

Samhandling mellom ulike verdener rundt personer med selvskadingsproblematikk

En kvalitativ utforskning av hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kommer til uttrykk i samhandling i helsevesenet

Iselin Dalen Moe

VEILEDER

Gunnhild Ruud Lindvig

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Master

FORORD

At jeg nå er i mål, føles litt uvirkelig – men veldig godt! Opptakten til masteroppgaven, via videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge, skjedde parallelt med svangerskap, koronarestriksjoner og det å bli mamma for første gang.

Prosessen har på mange måter opplevdes som ett steg frem og to tilbake og en indre uro for om man ville komme i mål i det hele tatt. Men prosessen har også vært spennende, lærerik, inspirerende og engasjerende. Jeg har virkelig fått utviklet min refleksivitet og kritiske holdning til hvorfor jeg forstår, tenker og handler som jeg gjør i møte med andre mennesker, både som privatperson og fagperson. Jeg har periodevis kjent mye på det såkalte imposter syndromet, men nå ved veis ende slått meg til ro med at jeg ut fra forutsetningene har gjort en solid innsats som har ført til egenutvikling i stor grad.

Som småbarnsmamma og lokalpolitiker i full turnusjobb var valget om å gå videre til en mastergrad noe jeg visste ville kreve tøffe prioriteringer. Disse prioriteringene har likevel vært mulige fordi jeg har fått så mye støtte spesielt fra familien, men også fra flere andre betydningsfulle mennesker underveis:

- Veileder Gunnhild, som allerede fra første stund på studiet gjorde selv den tørreste teori mulig å henge med på med gode eksempler og energisk forelesningsstil. Å deretter få deg som veileder var jeg heldig med. Takk for engasjerende og lærerike samtaler og for ærlige og grundige tilbakemeldinger hele veien. Det har betydd mye at du helt fra start har uttrykt å ha troen på meg, tusen takk.
- Så til psykisk helsearbeiderne jeg intervjuet, uten dere hadde det ikke blitt noen studie i det hele tatt. Takk for at dere velvillig delte av deres tid og erfaringer med meg.
- May Christine, Frida og Inger, mine herlige kolleger. Takk for at dere stilte opp i pilotintervjuer og har latt meg snakke (til tider veldig mye) om alt jeg til enhver tid har vært opptatt av i denne prosessen.

- Maria, partikollega og venninne. For en tilfeldighet at akkurat du skulle bli en del av livet mitt underveis i denne prosessen. Takk for tid og tålmodighet til å snakke om studien min og gode råd og motivasjon på veien.
- Mamma og pappa, tusen takk. Forordet er for kort til å beskrive alt dere har hjulpet med, men vit at det har hatt all verdens betydning for at jeg nå har klart å fullføre.
- Mats, en mer tålmodig ektemann skal man lete lenger etter. Du har satt mye til sides for min skyld, og dette hadde aldri gått uten støtten fra deg. Til brannmann og mekaniker å være kan du nok usedvanlig mye om psykisk helsefeltet etter denne prosessen.
- Min kjære Varg, du var ikke mer enn én måned gammel når du måtte bli med mammaen din på forelesning på UiA. Tenk at du nå har blitt fire år og evner å spør om jeg har skrevet mye på «skolejobben» i dag. Nå gleder jeg meg til å være mye mer sammen med deg og pappaen din!

Iselin Dalen Moe

Gjerstad, april 2024

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Selvskading omtales som et folkehelseproblem, og personer som selvskader har ofte mange negative erfaringer med helsevesenet. Psykiske helsetjenester kan sies å utøves i spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner, som i hovedsak rommer et medisinsk- og et kontekstuellt perspektiv.

Hensikt: Studiens hensikt har vært å utforske hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kommer til uttrykk gjennom kommunale psykisk helsearbeideres beskrivelser av samhandlingen med andre helsetjenester rundt personer med selvskadingsproblematikk.

Metode: Data ble utviklet via individuelle semistrukturerte intervju med åtte psykiske helsearbeidere fra tre ulike kommuner. Analysen ble utført med utgangspunkt i Braun og Clarkes (2021b) refleksive tematiske analyse.

Funn: Som svar på problemstillingen utviklet jeg fire tema: 1) Ulik fenomenforståelse og tilnærming til selvskading, 2) En opplevelse av manglende kunnskap og forutinntatte holdninger, 3) Det er systemet som er sykt, og 4) Et hegemoni under press.

Konklusjon: Inspirert av kritisk teori har jeg hatt en kritisk holdning til medikaliseringen som har foregått innenfor psykisk helsefeltet og til hvordan styringssignaler, organiseringen av, og rammer for, tjenestene skaper en spenning som spiller inn på samhandlingen mellom tjenestene. Det kan se ut til at personer med selvskadingsproblematikk lider særlig under at denne samhandlingen er utfordrende, da det er en gruppe som ofte har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Helsemyndighetene sender sprikende og til dels motstridende signaler som bidrar til å opprettholde spenningen i feltet. Dette peker på viktigheten av at helsemyndighetene må styre psykisk helsefeltet i en mer samlende retning.

Nøkkelord: selvskading, psykisk helsetjeneste, kunnskapstradisjon, medisinsk modell, kontekstuellt perspektiv, samhandling, kritisk teori.

SUMMARY

Background: Self-harm is referred to as a public health problem, and people who self-harm often have many negative experiences with the healthcare system. Mental healthcare is often practiced in the field of tension between different epistemological orientations, which mainly contain a medical- and a contextual perspective.

Aim: The aim of this study has been to explore how the tension between different epistemological orientations is expressed through municipal mental healthcare professionals' descriptions of collaboration with other healthcare services around people who struggles with self-harm.

Method: Data were developed by individual semi-structured interviews with eight mental healthcare professionals from three different municipalities. The analysis was carried out based on Braun and Clarke's (2021b) reflexive thematic analysis.

Findings: To answer the research question, I developed four themes: 1) Different understanding of the phenomenon and approach to self-harm, 2) An experience of the lack of knowledge and preconceived attitudes, 3) The system is sick, and 4) A hegemony under pressure.

Conclusion: Inspired by critical theory, I have had a critical attitude to the medicalization that has taken place within the mental health field and to how government documents, organization of the field and the frameworks for mental healthcare create a tension that affects the collaboration between the services. It may appear that people who struggles with self-harm problems suffer in particular from the fact that this collaboration is challenging, as it is a group that often needs long-term and complex services. The health authorities send different, and sometimes conflicting signals that contribute to maintaining the field of tension. This points to the importance of the health authorities to guide the mental health field in a more unifying direction.

Keywords: self-harm, mental health service, knowledge tradition, medical model, contextual perspective, collaboration, critical theory.

INNHold

Forord	II
Sammendrag	IV
Summary	V
Innhold	VI
1 INTRODUKSJON	1
1.1 Problemstilling og hensikt	2
1.2 Begrepsavklaringer	3
1.3 Studiens oppbygging	4
2 VITENSKAPSTEORETISK INSPIRASJON	6
2.1 Kritisk teori	7
2.2 Kritisk teoris rolle i denne studien	8
3 TEORETISK RAMMEVERK	10
3.1 Organisering av psykiske helsetjenester	10
3.1.1 Samhandling mellom tjenester	11
3.2 Aktuelle styringsdokumenter	12
3.2.1 Politiske føringer	12
3.2.2 Faglige føringer	14
3.3 Spenninger og motsetninger på psykisk helsefeltet	15
3.3.1 Den medisinske modellen og medikalisering	17
3.3.2 Det kontekstuelle perspektivet	18
4 FORSKNING PÅ SAMHANDLING MED PSYKISKE HELSETJENESTER	19
5 METODE, UTVALG OG ANALYSE	22
5.1 Kvalitative intervju	22
5.1.1 Intervjuguide	23
5.1.2 Rekruttering og intervjupersoner	24
5.1.3 Gjennomføring av intervjuene	25
5.2 Refleksiv tematisk analyse	25
5.2.1 Studiens analyseprosess	26

6	STUDIENS FUNN.....	29
6.1	Ulik fenomenforståelse og tilnærming til selvskading.....	29
6.2	En opplevelse av manglende kunnskap og forutinntatte holdninger.....	31
6.3	Det er systemet som er sykt.....	32
6.4	Et hegemoni under press	33
7	DISKUSJON	35
7.1	Samhandling mellom ulike verdener.....	35
7.1.1	Samhandling med psykisk helsevern	36
7.1.2	Fastlegenes kunnskap og holdninger.....	37
7.2	Er systemet sykt?.....	39
7.2.1	Individualisering versus standardisering	40
7.2.2	''Utgangsdørene'' i psykisk helsevern.....	41
7.3	Status for spenningsfeltet	43
7.3.1	Hegemoni og definisjonsmakt.....	44
7.3.2	Er det et paradigmeskifte på gang?	46
8	METODISKE OG ETISKE OVERVEIELSER	48
8.1	Om å innta en forskerrolle.....	48
8.2	Transkribering av intervjuene	49
8.3	Utvikling av funn	50
8.4	Samtykke, konfidensialitet og mulige konsekvenser	51
8.5	Kvalitetskriterier.....	54
8.5.1	Troverdighet	54
8.5.2	Pålitelighet.....	55
8.5.3	Bekreftbarhet	55
8.5.4	Overførbarhet	56
9	KONSKLUSJONER OG IMPLIKASJONER	57
9.1	Implikasjoner for videre forskning.....	58
	Referanseliste	59
	Vedlegg	67
	Vedlegg 1: Søkestrategi EBSCO host.....	67
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	70

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	72
Vedlegg 4: Godkjenning fra SIKT	75
Vedlegg 5: Godkjenning fra FEK	76

1 INTRODUKSJON

Selvskading beskrives i dag som et stort folkehelseproblem hvor personene som selvskader ikke sjeldent opplever manglende forståelse og negative holdninger fra ansatte i helsevesenet. Fortsatt kan kunnskap om selvskading sies å være en mangelvare (Henriksen, 2023; Ribe & Mehlum, 2015, s. 13-14; Thorvik, 2020, s. 49). I løpet av mine ti år i tjenesteyterrollen, med hovedvekt av tiden innenfor kommunalt psykisk helsearbeid, har jeg møtt mange mennesker med ulike utfordringer og livssituasjoner, inkludert selvskadingsproblematikk. Min forforståelse rommer klare tanker om hvordan jeg selv forstår og møter selvskadingsproblematikk i min arbeidshverdag. Jeg opplever at omsorg, tålmodighet, åpenhet og å tåle og tørre å utforske hva som ligger bak er viktige faktorer i møte med selvskadingsproblematikk. Som barnevernspedagog med mye kunnskap om utvikling og traumebevisst forståelse, ligger det i meg å forstå selvskading som et smerteuttrykk (Thorkildsen, 2022).

Jeg har erfart at hvordan profesjonsutøvere i helsevesenet forstår selvskadingsproblematikk har variert på egne arbeidsplasser og innad i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten generelt. Jeg har også erfart at denne varierende fenomenforståelsen har stor betydning for hvordan personer med selvskadingsproblematikk møtes av profesjonsutøverne. På bakgrunn av disse erfaringene var interessen min, og studiens opprinnelige hensikt, å utforske kommunale psykiske helsearbeideres fenomenforståelse og tilnærming til selvskadingsproblematikk. Da jeg hadde gjennomført alle intervjuene og startet på analyseprosessen opplevde jeg at intervjupersonene var såpass opptatt av å fortelle om samhandlingen med andre tjenester at jeg, kanskje på bakgrunn av mine egne blandede samhandlingserfaringer, valgte å dreie fokuset over til beskrivelsene de gav av samhandlingen med andre i helsevesenet.

Mine egne erfaringer tilsier at det ofte er behov for samhandling rundt personer med selvskadingsproblematikk, både i akutte og mindre akutte situasjoner. Dette er også en gruppe personer som forholder seg til flere ulike deler av helsevesenet samtidig. God og helhetlig hjelp til personer med selvskadingsproblematikk krever derfor god samhandling på tvers av tjenester (Helsedirektoratet, 2021). Jeg har også erfart at det i samhandling med andre helsetjenester er utfordrende å omforenes rundt en felles fenomenforståelse og tilnærming til disse personene. Dette har ført til en opplevelse av samhandlingen som utfordrende og tidvis frustrerende, men noen ganger helt motsatt. Dog gjelder dette et mindretall av erfaringene.

Utover i analyseprosessen, oppdaget jeg et spenningsfelt mellom ulike kunnskapstradisjoner som kom til syne i mange av beskrivelsene om samhandling. Jeg valgte da å forfølge dette videre og anlegge et mer samfunnskritisk perspektiv. Dermed har jeg endt opp med en studie som inspirert av kritisk teori har satt søkelys på spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner i samhandlingen rundt personer med selvskadingsproblematikk.

1.1 Problemstilling og hensikt

Psykiske helsetjenester kan sies å utøves i spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner hvor man på den ene ytterkanten forstår og møter personers utfordringer ut fra et medisinsk perspektiv som står sterkt i kontrast til det kontekstuelle og relasjonelle perspektivet som finnes på den andre ytterkanten (Aarre, 2018). Mitt utgangspunkt er at det å tilhøre ulike kunnskapstradisjoner har noe å si for samhandlingen mellom profesjonsutøvere rundt personer med selvskadingsproblematikk. Jeg ønsket derfor å utforske følgende problemstilling:

Hvordan kommer spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner til uttrykk i kommunale psykisk helsearbeideres beskrivelser av samhandling med andre helsetjenester rundt personer med selvskadingsproblematikk?

Hensikten med studien har vært å utvikle kunnskap som kan bidra til refleksjon og bevisstgjøring rundt hvordan tilhørighet til ulike kunnskapstradisjoner kan ha noe å si for profesjonsutøveres arbeid med personer med selvskadingsproblematikk spesielt, og muligens også innenfor psykisk helsefeltet generelt. Kanskje kan studien være et bidrag inn i debatten om hvilke perspektiv helsevesenet bør legge til grunn i møte med personer med selvskadingsproblematikk. Interessen bak å utforske denne problemstillingen lå ikke først og fremst i det å si noe om hvem som har rett og hvem som har galt, men via et samfunnskritisk perspektiv å belyse noe som er av stor betydning for hvordan personer med selvskadingsproblematikk møtes av det helsevesenet som er ment å skulle samhandle til deres beste. For å svare på problemstillingen har jeg intervjuet åtte psykiske helsearbeidere som jobbet i tre ulike kommuner. Samtlige intervjupersoner jobbet i tjenester for voksne, og psykiske helsetjenester til barn og unge under 18 år omtales ikke i denne studien.

1.2 Begrepsavklaringer

Sentrale begreper avklares her i korte trekk, og vil i noe grad bli ytterligere redegjort for i kapitlene Teoretisk rammeverk og Diskusjon.

Psykisk helsearbeider brukes i problemstillingen som en samlebetegnelse på intervjupersonene i studien som samtlige er ansatt i ulike kommunale psykiske helsetjenester.

Samhandling kan defineres som et «uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13). I denne studien forstås samhandling i tråd med dette som samarbeid mellom ulike tjenester i helsevesenet.

Helsetjenester er en samlebetegnelse på ulike deler av helsevesenet og rommer i denne studien både fastleger, legevakt og deler av spesialisthelsetjenesten. Fastlege og legevakt hører inn under kommunehelsetjenestens ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 3-2 første ledd) men de er ikke en del av kommunenes avdelinger for psykisk helse. Fastlege og legevakt er derfor i denne studien å anse som samhandlingspartnere. De delene av spesialisthelsetjenesten som er aktuelle i denne studien er alle offentlige, og de inkluderer ambulansetjenesten, akuttmottak, distriktpsikiatriske sentre (DPS) og sykehusavdelinger innen psykisk helsevern. I tråd med Andersen og Braut (2021) og Ramsdal (2013b, s. 224-225) vil jeg bruke **psykisk helsearbeid** om kommunenes innsats på psykisk helsefeltet mens spesialisthelsetjenestens arbeid med psykisk helse omtales som **psykisk helsevern**. Ansatte i psykisk helsevern omtales som **behandlere**.

Personer med selvskadingsproblematikk omtales ofte som **brukere** av kommunale helse- og omsorgstjenester og som **pasienter** i relasjon til fastleger, på legevakten og i spesialisthelsetjenesten (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 21-23). Jeg benytter meg i hovedsak av begrepene bruker og pasient da jeg oppfatter at det samsvarer både med begrepsbruken i offentlige dokumenter, med hva som brukes i praksis samt med hva intervjupersonene i stor grad benytter. I studien bytter jeg på hvilket begrep som benyttes avhengig av hvilken del av helsevesenet personen omtales i forhold til.

Selvskadingsproblematikk er et stort begrep som rommer mye. Det finnes flere definisjoner på selvskading, og selvskading kan beskrives som «et sammensatt og langt fra entydig klinisk fenomen. Selvskading er atferd, og kan være uttrykk for en rekke psykiske, sosiale og

kulturelle forhold» (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, s. 754). Begrepet *villet egenskade* blir i økende grad benyttet, og «med begrepet «villet» sikter man ikke til viljen til å dø. «Villet» handler om å utføre selvskadende handlinger med vilje, til forskjell fra at man blir skadet eksempelvis ved en ulykke» (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, s. 755). Da jeg har intervjuet kommunalt ansatte, legger jeg Helsedirektoratets veiledende materiell for kommunene om blant annet selvskading til grunn, og der defineres selvskading som «skade en person har påført seg med vilje, uten intensjon om å dø» (Helsedirektoratet, 2021, s. 47). Når jeg skriver om hvordan selvskadingsproblematikk kan forstås, omtales jeg dette som **fenomenforståelse**.

Med **kunnskapstradisjon** mener jeg i denne studien hvilke faglige referanserammer ansatte i helsevesenet forstår og handler ut ifra i møte med brukere og pasienter (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 159-160; Ulland & Bertelsen, 2010). «Kunnskapstradisjonene lever side om side og på ulike steder blant helsemyndigheter, ansatte, brukere og pårørende» og kan i hovedsak oppsummeres som *det naturvitenskapelige perspektivet* og *det kontekstuelle perspektivet* (Ørstavik, 2008, s. 113). Det naturvitenskapelige perspektivet omtaler jeg i denne studien som den medisinske kunnskapstradisjonen eller den medisinske modellen.

I tråd med Folkehelseinstituttet bruker jeg begrepet **psykisk plage** om både lette og sterkere plager som eksempelvis nedstemthet, og **psykisk lidelse** «når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt» (Tesli et al., 2023).

1.3 Studiens oppbygging

I kapittel 1 **Introduksjon** har jeg nå presentert studiens tematikk og dens problemstilling, hensikt og begrepsavklaringer. I kapittel 2 **Vitenskapsteoretisk inspirasjon** beskriver jeg kort prosessen som førte frem til valg av kritisk teori som vitenskapsteoretisk inspirasjon. Videre trekker jeg frem sentrale aspekt ved kritisk teori generelt før jeg gjør rede for kritisk teoris rolle i denne studien. I kapittel 3 **Teoretisk rammeverk** presenteres kunnskap om psykiske helsetjenesters organisering, samhandling og rammer ved hjelp av lovverk samt politiske- og faglige styringsdokumenter. Spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner beskrives også ytterligere, og det gjøres rede for den medisinske modellen og det kontekstuelle perspektivet. I kapittel 4 **Forskning på samhandling med psykiske helsetjenester** vises det først kort til aktuelle forskningsrapporter. Deretter beskrives

søkestrategien jeg benyttet meg av for å finne annen relevant forskning, og denne forskningen presenteres. I kapittel 5 **Metode og utvalg** gjør jeg rede for valg av kvalitative intervju som metode, utarbeidelse av intervjuguide, rekruttering av intervjupersoner og gjennomføring av intervjuene. Videre gjør jeg rede for valg av analysemetode og beskriver denne studiens analyseprosess. I kapittel 6 **Studiens funn** presenterer jeg studiens funn i form av de fire temaene jeg utviklet. I kapittel 7 **Diskusjon** diskuteres studiens funn i hovedsak i lys av tidligere forskning, styringsdokumenter og ved å trekke inn sentrale stemmer på psykisk helsefeltet. I kapittel 8 **Metodiske og etiske overveielser** beskriver jeg en rekke refleksjoner og valg jeg har tatt underveis i forskningsprosessen. Jeg ser også studien i sammenheng med ulike kvalitetskriterier i forskning. I kapittel 9 **Konklusjoner og implikasjoner** trekker jeg noen konklusjoner på bakgrunn av studiens funn og diskusjon, før jeg avslutter med noen implikasjoner for videre forskning.

2 VITENSKAPSTEORETISK INSPIRASJON

I all kvalitativ forskning er det avgjørende for kvaliteten at det er en passende relasjon mellom problemstillingen, den metodiske tilnærmingen og den vitenskapsteoretiske forankringen (Braun & Clarke, 2021, s. 26; Polit & Beck, 2010, s. 19-22). I dette kapitlet gjør jeg rede for valg av vitenskapsteoretisk inspirasjon og beskriver dens rolle i denne studien.

I samsvar med Biesta (2015), som problematiserer det han omtaler som en *confessional approach* til vitenskapsteori, har jeg valgt en pragmatisk tilnærming. Dette innebærer i denne studien at det som ble avgjørende for valg av vitenskapsteoretisk utgangspunkt var hvilken vitenskapsteori jeg vurderte at egnet seg best i kombinasjon med den typen svar datamaterialet mitt kunne gi på problemstillingen. Den pragmatiske tilnærmingen har i denne studien derfor innebåret at jeg har latt meg inspirere av flere vitenskapsteoretiske tradisjoner. Jeg startet ut med en fenomenologisk og hermeneutisk interesse. Fenomenologisk, fordi jeg ville utvikle kunnskap om fenomenet selvskading ved å studere det slik det ga seg til kjenne i psykisk helsearbeideres egne opplevelser med fenomenet. Hermeneutisk, fordi fokuset var på helsearbeidernes *forståelse* av fenomenet og at denne forståelsen langt på vei ville bygge på fortolkninger av andres (selvskadings) atferd og utsagn. Da samhandling med andre helsetjenester ble et sentralt tema, og det ble tydelig at ulike fenomenforståelser i de ulike tjenestene spilte en rolle for samhandlingen, opplevde jeg at studien kunne bli vel så interessant ved å anlegge et tydeligere samfunnsperspektiv enn jeg hadde tenkt tidligere. Siden de ulike fenomenforståelsene så ut til å komme fra ulike kunnskapstradisjoner, som igjen har ulik makt og status i feltet, vendte jeg blikket mot både sosialkonstruksjonismen (Tjora, 2020) og samlebetegnelsen frigjørende samfunnsvitenskap. Denne samlebetegnelsen rommer flere perspektiver, som ifølge Nygaard (2020, s. 328), har en felles hensikt å bidra til sosial forandring. Hva denne forandringen skal innebære er det dog ikke ett svar på. Ett av perspektivene innenfor frigjørende samfunnsvitenskap er den såkalte Frankfurterskolens kritiske teori (Nygaard, 2020, s. 329). Jeg landet til slutt på kritisk teori som det mest interessante perspektivet å anlegge for analysen som skulle kunne ut i svar på problemstillingen.

2.1 Kritisk teori

Frankfurterskolen har sitt opphav ved universitetet i Frankfurt og institutt for sosialforskning etablert i starten av 1920-årene. Men først i 1931 da Horkheimer overtok ledelsen av instituttet ble det vi i dag kjenner som Frankfurterskolen etablert med andre sentrale navn som Adorno, Marcuse, Fromm (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 181; Johansen, 2023). Disse kan sies å representere den første av flere generasjoner tilknyttet Frankfurterskolen og kritisk teori. De delte en tanke om at «social phenomena are best understood as changeable elements in a dialectical social development» og at «the inherent restrictions and irrationalities that inform modern capitalist society should be among the major subjects of research» (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 181).

I kritisk teori kombineres en fortolkende tilnærming, altså en hermeneutisk aktivitet, med en kritisk holdning og interesse knyttet til å bestride «actual social realities» (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 179). Derfor brukes gjerne begreper som kritisk hermeneutikk eller trippelhermeneutikk (Alnes, 2020; Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 187; Thagaard, 2018, s. 39). Trippelhermeneutikken kobles til den kanskje mest kjente personligheten forbundet med kritisk teori, den tyske filosofen og sosiologen Jürgen Habermas. Han tilhører det som omtales som den andre generasjonen av Frankfurterskolen, og representerer en mer optimistisk kritisk teori enn den forbundet med den første generasjonen (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 184). Habermas er spesielt kjent for sin teori om kommunikativ handling (communicative action) (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 186; Vetlesen, 2023). Mest relevant for denne studiens anvendelse av kritisk teori, er likevel begrepet trippelhermeneutikk, som oppsummert forklares godt av Thagaard (2018):

Enkel hermeneutikk handler om individets tolkning av seg selv og sin intersubjektive situasjon eller virkelighet. Dobbel hermeneutikk handler om forskerens fortolkning av denne virkeligheten. Den kritiske teoriens trippelhermeneutikk innbefatter dobbelhermeneutikken og i tillegg en kritisk tolkning av samfunnsforholdene som påvirker både personer i felten og forskeren. (Thagaard, 2018, s. 39)

På psykisk helsefeltet kan kritisk teori som utgangspunkt bidra til å «se på samfunnets og helsevesenets utforming ut fra begreper som makt, interessekonflikter og klassemotsetninger. Dette betyr at de profesjonelle også handler ut fra egeninteresser og ikke bare til pasientens beste» (Norvoll, 2013, s. 52). Ifølge Norvoll (2013) ligger det en spesiell interesse i flere kritisk teoretiske bidrag for det hun omtaler som medikaliseringstendensene i dagens samfunn

som blant annet innebærer «at stadig flere psykiske tilstander som før ble betraktet som hverdagslig adferd eller livsproblem, nå patologiseres ved å bli en psykiatrisk diagnose» (Norvoll, 2013, s. 55).

2.2 Kritisk teoris rolle i denne studien

Alvesson og Sköldbberg (2018) skriver at «the insights of critical theory do not lend themselves easily to being used in empirical undertakings» (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 180). Det har derfor krevd mye refleksjon knyttet til hvordan og i hvilke grad jeg skulle anvende kritisk teori, og jeg endte opp med det Alvesson og Sköldbberg (2018) beskriver som «a more limited adoption of the theory» (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 203). Jeg har altså valgt å la meg inspirere av, heller enn å bli styrt av kritisk teori.

Til forskjell fra det som er mest vanlig i vitenskapeteoretiske tradisjoner forbundet med kvalitativ forskning, har ikke kritisk teori det samme tette forholdet til empiri. Å la seg inspirere av kritisk teori i empirisk forskning, som i dette tilfellet benytter individuelle kvalitative intervju, kan derfor på generelt grunnlag kritiseres for å ikke være helt adekvat. Det som likevel gjør den kritiske teorien aktuell i empiriske studier er dens vektlegging av fortolkning (Alvesson & Sköldbberg, 2018, s. 202; Thagaard, 2018, s. 39). Som allerede beskrevet ble kritisk teori først aktuelt når jeg var i gang med studiens analyse. Kritisk teori og trippelhermeneutikken inspirerte meg i analyseprosessen til å benytte meg av et nytt par briller å kode med. I tråd med trippelhermeneutikken løftet jeg blikket videre opp fra fortolkning av intervjupersonenes beskrevne erfaringer, til et mer kritisk blikk på samfunnsforhold, i betydningen ytre forhold som legger føringer for den praksisen intervjupersonene beskriver. Intervjupersonene gjorde til kjenne et spenningsfelt i intervjuene, og jeg tolket deres beskrivelser av samhandlingserfaringer som ulike måter spenningen kunne komme til uttrykk på.

Litt utypisk for kritisk teori, har jeg imidlertid vært mer kritisk *på vegne av* intervjupersonene, enn kritisk til hva de har formidlet. Dette kan likevel være i tråd med det jeg opplever at Fangen (2022, kap. 8) vil frem til når hun retter søkelyset mot etiske problemstillinger spesielt forbundet med kritisk teoretisk forskning og trippelhermeneutikkens tolkninger av samfunnsforholds påvirkning på intervjupersonene. Jeg forstår Fangen (2022) dit hen at det potensielt problematiske handler om at jeg som forsker kan tolke intervjupersonene som styrt

av det hun omtaler som en falsk bevissthet (Fangen, 2022, kap. 8). Dette innebærer at «individer eller grupper har forvridde forestillinger om sin sosiale virkelighet fordi de lar seg lede av en dominerende ideologi som mer er uttrykk for særinteressene til spesielle grupper enn for allmenne interesser til beste for hele samfunnet» (Skirbekk, 2021, avsn. 1). Fangen (2022, kap. 8) trekker frem at et alternativ vil være å heller vise til hvordan personers forståelser og handlinger gir mening i lys av konteksten de er en del av og rammene de har å forholde seg til. I denne studien har jeg, istedenfor å være kritisk til intervjupersonenes opplevelser og beskrivelser, vært kritisk til organisering og rammer for tjenestene og til hvordan helsemyndighetenes styringssignaler spiller inn på spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner. Kritikken av medikaliseringen i samfunnet fra kritisk teoretisk hold (Norvoll, 2013, s. 54) var også noe som gav gjenklang i datamaterialet, og den opplevdes veldig aktuell etter hvert som jeg utviklet temaene/studiens funn. Jeg har derfor også latt meg inspirere av denne medikaliseringskritikken i diskusjonen av funnene. I studiens diskusjon tones intervjupersonenes beskrivelser ned. Det at datamaterialet og intervjupersonenes stemmer vies mindre plass i diskusjonen enn det som er vanlig i studier med kvalitative data er typisk for kritisk teoretisk forskning (Alvesson & Sköldberg, 2018, s. 205).

3 TEORETISK RAMMEVERK

I tråd med inspirasjonen fra kritisk teori, består studiens teoretiske rammeverk i stor grad av kunnskap om hvilke rammer og styringssignaler tjenestene som samhandler rundt personer med selvskadingsproblematikk har å forholde seg til, samt kunnskap om ulike kunnskapstradisjoner og spenningen mellom disse. I dette kapittelet beskrives derfor psykiske helsetjenesters organisering og samhandling, og det gjøres rede for aktuelle styringsdokumenter som legger føringer for de psykiske helsetjenestene. Deretter beskrives spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner ved å trekke linjer til fagpersoner på feltet som, slik jeg ser det, representerer kritiske stemmer når det gjelder hva som tillegges mest vekt i utviklingen og utøvingen av, samt samhandlingen mellom, helsetjenestene. Jeg gjør rede for motsetninger og spenninger innenfor psykisk helsefeltet, og tar for meg ulike perspektiver forstått som ulike kunnskapstradisjoner.

3.1 Organisering av psykiske helsetjenester

Grunnstrukturen i norsk helsevesenet er todelt og består av primærhelsetjenesten, ofte omtalt som kommunehelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til tjenestene som ytes av det offentlige finnes det private helsetjenester. «Mange av disse får større eller mindre deler av sin virksomhet finansiert gjennom avtaler og tjenesteytelse på vegne kommuner eller helseforetak» (Braut, 2023, avsn. 12). Uavhengig av om man jobber i kommunalt, statlig eller privat helsevesen finnes en rekke juridiske føringer og styringssignaler fra helsemyndighetene som ligger til grunn for tjenestene som gis i de ulike delene av helsevesenet (Aarre, 2018, s. 21).

Som tjenestefelt har psykisk helse vært i stor utvikling de siste tiårene (Hansen & Olsen, 2023, s. 213; Ramsdal, 2013b). Øydgard et al. (2020) har gått gjennom politiske føringer og det de omtaler som policydokumenter fra 1974 til 2020. Oppsummert skriver de at:

I løpet av de siste femti årene har [det] skjedd en omfattende utvikling på problemfeltet psykisk helse og psykiske lidelser. Parallelt med at forståelsen av psykiske lidelser og psykisk helse er endret, har det pågått en desentralisering og nedbygging av store institusjoner. Kommunene er blitt pålagt stadig større ansvar for sine innbyggere med psykiske lidelser. (Øydgard et al., 2020, s. 113)

Ramsdal (2013b) beskriver at de siste tiårene har ført med seg en endring i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer som kan oppsummeres i tre faser:

1) den historiske oppbyggingen av psykiatriske institusjoner, 2) deinstitusjonalisering og nye behandlings- og organisasjonsformer, og 3) utviklingen mot et omfattende, komplekst «psykisk helsesystem», som blant annet omfatter spesialisttjenester, lokalbaserte tjenester og private aktører i samspill. (Ramsdal, 2013b, s. 221)

I dag yter kommunene tjenester til personer med psykiske utfordringer med utgangspunkt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) som legger en rekke føringer for hvilke typer tjenester kommunen må ha. Men hvordan kommunene velger å organisere og bygge opp disse tjenestene er i stor grad opp til hver enkelt kommune og det er derfor store forskjeller fra kommune til kommune (Chudasama & Weihe, 2023; Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Spesialisthelsetjenesten inkluderer både offentlige og private foretak og skal tilby spesialiserte tjenester med utgangspunkt i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Dette innebærer blant annet sykehus, ambulansetjenester og akuttmottak. Psykiatriske sykehusavdelinger og distriktpsykiatriske sentre (DPS) er en del av spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern (Malt, 2023) som reguleres av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999). Loven har som formål «å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper» (Psykisk helsevernloven, 1999 § 1-1 første ledd).

3.1.1 Samhandling mellom tjenester

Gode tjenester for hver enkelt bruker og pasient forutsetter god samhandling på tvers av tjenestene. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er juridisk forpliktet til å samhandle med andre tjenester, internt og på tvers, for å kunne «gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-4 første ledd; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 e første ledd). De er også forpliktet til å samhandle dersom dette er nødvendig for å ivareta egne oppgaver for øvrig og når det er nødvendig for at «andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-4 tredje ledd; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 e

annet ledd). Kommunen og spesialisthelsetjenesten har også en gjensidig veiledningsplikt overfor hverandre (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 5-11; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 6-3).

Samhandlingen på psykisk helsefeltet skjer mellom ulike profesjoner og rundt og med brukere og pasienter, som selv også skal være en aktiv part og stemme i samhandlingen (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 25). Dersom en bruker eller pasient trenger sammensatte og langvarige helsetjenester øker behovet for tverrprofesjonell samhandling (Hauksdottir et al., 2020, s. 29). Samtidig øker behov for koordinering mellom ulike tjenestenivå. Pasient- og brukerombudet lager årlige rapporter om henvendelsene de mottar. I 2022 dokumenterte rapporten «flere saker der samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har sviktet» (Pasient- og brukerombudet, 2022, s. 14). Rapporten fra 2023 bekrefter at «helse- og omsorgstjenesten fortsatt har en utfordring når det gjelder samhandling internt på sykehuset, mellom sykehus og kommunale tjenester, samt internt i kommunen» (Pasient- og brukerombudet, 2023, s. 18).

3.2 Aktuelle styringsdokumenter

Psykisk helse beskrives av Borge et al. (2018) som «et tverrfaglig fag-, forsknings- og praksisfelt innenfor psykisk helsevern og kommunalt helse- og omsorgsarbeid. Fagfeltet spenner vidt når det gjelder forståelsesformer og praksistilnærminger» (Borge et al., 2018, s. 366). Det er Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som står for de helsepolitiske styringssignalene de ulike delene av helsevesenet må forholde seg til (Braut, 2023). Som Øydgard et al. (2020) har vist, har en rekke ulike dokumenter vist retning og lagt føring på psykisk helsefeltet de siste 50 årene.

3.2.1 Politiske føringer

Et naturlig sted å starte i denne studiens sammenheng er å se tilbake til året 1996 som ifølge Ørstavik (2008) markerer noe historisk ved at Norge fikk sin første stortingsmelding om psykisk helse (Ørstavik, 2008, s. 112). I St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* var det et mål tilby tjenester som i større grad var tilpasset brukernes behov, og meldingen la et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester (St.meld. nr. 25 (1996-1997), s. 15).

Stortingsmeldingen ble fulgt opp av *Opptappingsplanen for psykisk helse* (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). Tre sentrale målsettinger i denne var:

1) å øke det totale tilbudet av tiltak og tjenester til mennesker med psykiske lidelser innenfor spesialisttjeneste denne og kommunen, 2) å sikre at brukernes synspunkter og interesser ble ivaretatt («brukerperspektivet»), 3) å utforme tiltak og tjenester slik at de framstår som en helhetlig behandlingsskjede. (Ramsdal, 2013b, s. 231)

Ramsdal (2013a) beskriver at i opptappingsplanens kunnskapsgrunnlag «var en særlig opptatt av at et humanvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig kunnskapsprinsipp ble lagt til grunn. Reformdokumentene var i stor grad opptatt av levekår og fokuserte i liten grad på diagnoser og behandlingsformer» (Ramsdal, 2013a, s. 331). Det kan sies at forventningene til kommunenes arbeid ble desto tydeligere da Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) trådte i kraft i 2012 (Hagen, 2023; Øydgard et al., 2020, s. 112). Til grunn for reformen lå en erkjennelse av at tjenestene var blitt for fragmenterte og i ferd med å bli for kostbare. Flere utredninger hadde påpekt nødvendigheten av bedre samhandling og samordning (Forskningsrådet, 2016, s. 15). Et av stortingsmeldingens formål var derfor å legge fram forslag om hvordan hensynet til samhandling burde påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 14). Det pekes i meldingen på flere utfordringer og presenteres flere hovedgrep for å møte disse utfordringene. For psykisk helsetjenester innebar dette skjerpede krav til samhandling mellom psykiske helsetjenester, rustjenester og alle andre aktører i de lokale tjenestene. Videre ble det lagt stor vekt på krav om bedre samhandling med spesialisttjenesten (Ramsdal, 2013a, s. 334). Reformen er å anse som en retningsreform ved at den angav langsiktige mål og strategier som strakte seg over en tidshorisont på flere tiår (Ramsdal, 2013a, s. 332).

Et annet aktuelt styringsdokument, av nyere dato, er *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023:4, 2023). Her beskrives det at «dagens organisering av helse- og omsorgstjenestene bidrar til at pasientforløpene for pasienter som trenger tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten ofte kan oppleves usammenhengende, og at de ulike nivåene ikke kommuniserer godt nok» (NOU 2023:4, 2023, s. 123). Det pekes videre på et behov for å styrke samhandlingen og koordineringen på tvers av tjenestenivåene, også med tanke på bedre tilgang på, og bruk av, personellet i tjenestene (NOU 2023:4, 2023, s. 125).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) beskrives som en strategi med mål om å realisere *pasientens helsetjeneste*, en helsetjeneste som oppleves sammenhengende på tvers av nivå, hvor pasientene skal være aktive deltakere og oppleve tjenester som samhandler rundt dem (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 7). Stortingsmeldingen skulle etter planen blitt avløst av Nasjonal helse- og samhandlingsplan høsten 2023, men denne lot vente på seg til 1.mars 2024. I denne planen er det *vår felles helsetjeneste* som skal realiseres: «Uttrykket «vår felles helsetjeneste» favner hele helse- og omsorgstjenesten – både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten» (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 7). Det fastslås blant annet at det fortsatt er for dårlig sammenheng mellom helsetjenestene og at dette er noe som utfordrer vår felles helsetjeneste (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 17).

Vi er nå inne i en ny tiårig opptrappingsperiode med *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033)* (Meld. St. 23 (2022-2023)). I løpet av disse 10 årene skal innsatsen på psykisk helsefeltet trappes opp med en overordnet målsetting om «at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp» (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 6).

3.2.2 Faglige føringer

Helsedirektoratet har utformet nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale faglige råd, nasjonale pasientforløp (tidligere pakkeforløp), rundskriv, veiledere til lov og forskrift samt nasjonale veiledere. Via disse gir Helsedirektoratet råd og anbefalinger på områder med behov for nasjonal normering, eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning (Helsedirektoratet, 2023). Hensikten er tredelt: «hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten, bidra til riktige prioriteringer i tjenesten og løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp» (Helsedirektoratet, 2023). Spesielt relevant for denne studien er *nasjonale faglige råd* knyttet til selvskading og selvmord som er rettet inn mot kommunene som veiledende materiell for forebygging (Helsedirektoratet, 2021). *Nasjonalt pasientforløp* for voksne med psykiske lidelser er også relevant, fordi den sier at pasienten skal henvises til psykisk helsevern når tegn på alvorlig psykisk lidelse er til stede, og selvskading oppgis som ett av flere mulige tegn (Helsedirektoratet, 2022). Jeg vil også trekke frem *nasjonal veileder* for oppfølging av personer med store og sammensatte behov som retter seg både mot kommune og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019). Denne legger vekt på, og konkretiserer i noe

grad, hvordan samhandlingen mellom de ulike nivåene kan og bør foregå knyttet til personer med store og sammensatte behov, som etter min vurdering kan innbefatte noen personer med selvskadingsproblematikk.

Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne fra 2014 er fortsatt gjeldene og skal være et verktøy både for kommunene og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Ny veileder er på trappene, og høringsutkastet er gjort tilgjengelig med høringsfrist 16. mai 2024 (Helsedirektoratet, 2024). I gjeldene veileder kan vi lese at:

Tjenesteutøvere som arbeider med personer med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet bør ha tilstrekkelig kompetanse til å forstå helheten i problematikken, men bare flerfaglige arbeidsfellesskap kan samlet rå over den dybdekunnskapen som er nødvendig. (Helsedirektoratet, 2014, s. 111)

I høringsutkastet til ny veileder innledes det med at:

Siden 2014 har mye skjedd med betydning for lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne: innføringen av "pakkeforløp" i psykisk helsevern [...], satsninger, planer, strategier og faglige modeller har blitt vedtatt og gjennomført. Også forventninger til og arenaer for, samt modeller for samhandling og samarbeid, innad i kommuner, mellom kommuner og på tvers av tjenestenivåer har endret seg. (Helsedirektoratet, 2024)

3.3 Spenninger og motsetninger på psykisk helsefeltet

Psykisk helsefeltet både nasjonalt og internasjonalt kan sies å ha utviklet seg i et spenningsfelt mellom ulike kunnskapstradisjoner (Ulland & Bertelsen, 2010, s. 121; Wampold & Imel, 2015). I sine tre rapporter utgitt i tidsperioden 2017-2020 har FNs spesialrapportør for retten til helse, Dainius Pūras, hatt et spesielt fokus på psykisk helsefeltet og blant annet belyst hvordan menneskerettighetsperspektivet vies for lite plass (Human Rights Council, 2017, 2019, 2020). Rapportene kommer med en rekke konklusjoner og anbefalinger til landene, og i den siste rapporten oppsummeres det med at «global, regional and national conversations are needed to discuss how to understand and respond to mental health conditions» (Human Rights Council, 2020, s. 1). Nasjonalt er det flere stemmer som bidrar til slike diskusjoner, og som peker på det jeg oppfatter som spenninger og motsetninger innenfor psykisk helsefeltet.

Dosent i statsvitenskap Helge Ramsdal peker på det han kaller et skisma mellom de psykiske helsetjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten ved at tjenestene «utvikles med grunnlag i ulike kunnskapsgrunnlag» (Ramsdal, 2013b, s. 238). Sosionom og den gang førsteamanuensis Tore Dag Bøe og spesialsykepleier og den gang avdelingssjef ved et DPS, Arne Thomassen, påpeker at:

Det passer nok ikke helt å snakke om utviklingen innenfor det psykiske helsefeltet som om det var én enhetlig utvikling, det er mer passende å snakke om et mangfold av utviklinger og et mangfold av utviklingslinjer, der disse like mye spriker og går i ulike retninger, som de utgjør en felles bevegelse. (Bøe & Thomassen, 2017, s. 17)

Professor Dagfinn Ulland og førstelektorene i psykisk helsearbeid Anne Brita Thorød og Erna Ulland gav i 2015 ut antologien *Psykisk helse: Nye arenaer, aktører og tilnærminger* (Ulland et al., 2015). I bokens forord, som de skrev sammen med brukeraktivist Odd Volden, peker de på at «selv om det er enighet om at hjelpen må bringes nærmere brukeren, er det ikke sikkert at enigheten er like stor når det kommer til spørsmål om hvor vi finner kunnskapsgrunnlaget for hjelpen, hva hjelpen består i, hvem hjelperne er, og hvor hjelpen bør lokaliseres» (Volden et al., 2015, s. 13).

Lege og spesialist i psykiatri Trond Aarre beskriver det han omtaler som en helsepolitisk spagat innenfor psykisk helsefeltet. I dette legger han at norske myndigheter via stortingsmeldinger, retningslinjer og rapporter sender signaler som kan tyde på at de ikke en gang er enige innad om hvilken retning tjenestene skal utvikle seg i, fordi signalene som sendes er svært sprikende og i noen tilfeller motstridende (Aarre, 2018, s. 18-21).

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har i to runder utfordret professor i sosialpsykologi, Tor-Johan Ekeland, til å utvikle og videreutvikle en kunnskapsplattform for psykisk helsefeltet (Ekeland, 2011, 2021). Ved å vise til nasjonale og internasjonale stemmer, samt nasjonale styringssignaler på feltet, peker han på at ulike kunnskapssyn, motsetninger og spenninger «har fulgt dette fagets historie» (Ekeland, 2021, s. 15).

Psykologspesialist Birgit Valla (2022) argumenterer for at psykiske helsetjenester må endres og peker på at «det er spesielt på tre områder vi har gått oss vill. Derfor er det her vi trenger en omfattende snuoperasjon: Dette gjelder diagnosene, metodene og medikamentene. Alle tre opererer innenfor det man kan kalle den medisinske modellen» (Valla, 2022, s. 23).

I beskrivelsene av motsetninger og spenninger innenfor psykisk helsefeltet er det et fellestrekk at det i hovedsak pekes på to ulike kunnskapssyn eller kunnskapstradisjoner; en medisinsk forankret tradisjon og en kontekstuell orientert tradisjon. Grunnprinsippene i de to tradisjonene refereres gjerne til som henholdsvis *den medisinske modellen* og *den kontekstuelle modellen*. Bøe og Thomassen (2017, s. 70) beskriver denne todelingen, men understreker samtidig at den kan sies å være noe forenklet. Selv om jeg anerkjenner at modeller alltid representerer en forenkling av virkeligheten, mener jeg at en kort redegjørelse av de to modellene kan fungere som en skisse for å forstå grunnlaget for de viktigste spenningene i feltet.

3.3.1 Den medisinske modellen og medikalisering

Den medisinske modellen er, ifølge Aarre (2018, s. 36) individ- og sykdomsorientert og kjennetegnes ved at psykiske plager anses som symptomer på sykdom. Basert på Wampold et al. (2001) oppsummerer han den medisinske modellen i fem trekk:

En klient som har en lidelse eller plage, en forklaring (som kan være biologisk eller psykologisk) på disse problemene, en mekanisme for endring, spesifikke ingredienser i terapien og tanken om at spesielle ingredienser i behandlingen er ansvarlige for effekten på avgrensede lidelser eller problemer. (Aarre, 2018, s. 36)

I den medisinske modellen vektlegges det som Bøe og Thomassen (2017) beskriver som *utenfrakunnskap*. Denne kunnskapen omfatter «sykdomslære, diagnosekunnskap og kunnskap om metode og teknikker» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71). Den medisinske modellen ligger til grunn for medikaliseringen av normale tilstander som har funnet sted i senere tid (og som jeg introduserte i kap. 2). Denne medikaliseringen har ført til at den medisinske modellen «har stor betydning for forståelsen av sykdom og helse i samfunnet, og har stor makt til å definere hva som skal regnes som normalitet eller sykdom» (Norvoll, 2013, s. 54). Medikaliseringen som har foregått på psykisk helsefeltet kjennetegnes blant annet av at et økende antall utfordringer sykeliggjøres og diagnostiseres. Dette vises blant annet ved at antall diagnoser på psykisk helsefeltet har økt kraftig. Medikalisering kjennetegnes også av økende omfang av psykiske helsetjenester og økende omfang av medikamentell behandling av psykiske tilstander (Norvoll, 2013, s. 55-56).

3.3.2 Det kontekstuelle perspektivet

I litteraturen veksler begrepsbruken noe mellom *modell* og *perspektiv*, men i hovedsak omtales det kontekstuelle *perspektivet*. Ifølge Bøe og Thomassen dreier det seg nemlig ikke om en modell i samme grad som den medisinske modellen:

Den er ikke en modell i betydningen et fast skjema som regulerer hvordan en gjennomfører en behandling. Hovedtanken her er at psykiske lidelser ikke kan forstås uavhengig av et menneskes personlighet, livssituasjon, de sosiale relasjonene han eller hun står i, omgivelsene han eller hun lever sitt liv i og så videre. (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70-71)

Et kontekstuellt perspektiv innebærer en kritisk holdning til diagnostisering fordi man frykter å miste det unike ved hvert enkelt menneske av synet (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71). Med en kontekstuell tilnærming er man kort sagt «mindre opptatt av de konkrete plagene folk har og mer opptatt av den sammenhengen de oppstår i» (Aarre, 2018, s. 23). I motsetning til den medisinske modellens vektlegging av *utenfrakunnskap*, vektlegger det kontekstuelle perspektivet *innenfrakunnskap* forstått som «den kunnskapen klienten/brukeren bærer med seg om sin livssituasjon, sitt nettverk, sine opplevelser, erfaringer, virkelighetsforståelse og så videre» (Bøe & Thomassen, 2017, s. 71).

Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR), på engelsk originalt kalt The Power Threat Meaning Framework (PTMF), har fått økende oppmerksomhet som et rammeverk i tråd med det kontekstuelle perspektivet. «Et hovedbudskap i PTMF er at personers utfordringer ikke forstås som sykdom, men som en måte å mestre og overleve negative livshendelser eller vanskelige situasjoner på» (Hagen, 2021, s. 72). I den norske oversettelsen av British Psychological Societys Division of Clinical Psychology sin redegjørelse av rammeverket, beskrives det som «et konseptuelt alternativ til en diagnostisk modell for psykiske vanskeligheter. Utfordringer og væremåter som innenfor et diagnostisk rammeverk vil forstås som symptomer på sykdom, forstås i MTMR som menneskelige responser og uttrykk som gir grunnlag for å utforske og forstå emosjonell smerte, fortvilelse, uvanlige opplevelser og væremåter» (Johnstone & Boyle, 2018, s. 5).

4 FORSKNING PÅ SAMHANDLING MED PSYKISKE HELSETJENESTER

I dette kapittelet vises det innledningsvis kort til aktuelle evalueringer og rapporter, før det gjøres rede for søkestrategien min og resultatene litteratursøket gav knyttet til norske studier om samhandling i helsevesenet med og mellom psykiske helsetjenester.

Det foreligger en rekke evalueringer og rapporter som på ulikt vis belyser samhandling mellom helsetjenester generelt og innen psykisk helse spesielt. Rapporter fra de siste 10 årene peker på mange av de samme utfordringene og viser at samhandlingen mellom kommunale psykisk helsetjenester, fastleger og spesialisthelsetjeneste fortsatt har et stort forbedringspotensial på flere områder (Forskningsrådet, 2016; Ose & Kaspersen, 2023; Pasient- og brukerombudet, 2022, 2023; Riksrevisjonen, 2021; Tøndel & Ose, 2014; Ådnanes et al., 2020). For å finne relevant forskning om samhandling mellom ulike psykisk helsetjenester utover dette gjorde jeg, etter utviklingen av studiens funn, et strukturert søk i flere databaser. Jeg søkte først i EBSCOhost (MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete, (SocINDEX og Social work abstracts), Web of Science (Core collection) og Google Scholar. Jeg utførte mange søk på ulike kombinasjoner av søkeord (se vedlegg 1 for eksempel fra EBSCOhost) og søkte også i Idunn med de samme søkekonseptene på norsk. Litteratursøket gav mange treff generelt på samhandling i helsetjenestene og innen psykisk helse. Når søkeordene knyttet til selvskading og/eller kunnskapstradisjon ble koblet på sank antall treff drastisk. Jeg klarte ikke å finne noen studier fra år 2000 og til nå som helt konkret har utforsket samhandling rundt personer med selvskadingsproblematikk fra tjenesteyterperspektivet. Mange studier med treff på samhandling og selvskading handlet om samhandling mellom tjenesteyter og bruker/pasient, og ikke mellom ulike tjenester. Jeg leste gjennom overskrifter og sammendrag, samt referanselister til rundt 500 artikler. Etter denne prosessen ble jeg sittende igjen med rundt 100 artikler. Jeg avgrenset videre til norsk kontekst fra 2010 og til i dag, da jeg i størst grad var ute etter studier fra samhandlingsreformen kom og deretter trådte i kraft i 2012. Dette vurderte jeg å være en relevant avgrensning siden organiseringen av helsetjenestene før dette ikke er like sammenliknbare med dagens situasjon som intervjupersonene mine jobbet i. Norsk helsevesen med dets oppbygging, rammer og føringer er heller ikke direkte sammenliknbare med andre lands. Prosessen resulterte i at jeg endte opp med 10 artikler.

Jeg fant ikke norske studier som helt konkret har tatt for seg tverrprofesjonell samhandling rundt personer med selvskadingsproblematikk, men flere studier som tok for seg samhandling på psykisk helsefeltet generelt. Jeg fant to aktuelle litteraturstudier, hvorav den ene konkluderer med at «litteraturgjennomgangen fremstiller fagfeltet psykisk helse- og rusarbeid som en sammensatt og komplisert del av helsevesenet med særegne utfordringer. Utfordringene kommer til uttrykk som svikt i samhandling, svikt i diagnostisering og behandling og tjenester preget av diskontinuitet» (Nordaunet, 2022, s. 24). Vik (2018) på sin side slår fast at hans funn «innebærer at man kan stille spørsmål ved samhandlingstiltak som fremhever standardisering og effektivisering av oppgavefordelingen uten sosial interaksjon mellom aktørene» (Vik, 2018). Steihaug (2017) oppsummerer funn fra fire studier hun selv har vært delaktig i hvor samarbeidsutfordringer i helsetjenestene belyses. I oppsummeringsartikkelen retter hun fokuset mot hva disse utfordringene har å si for klinisk arbeid, og hun konkluderer med at «fagpersonenes samarbeid ble, på tvers av de ulike kontekstene, hemmet av organisatoriske og individuelle forhold, inkludert ulikhet i profesjonell makt, kunnskapsbase og kultur» (Steihaug, 2017, s. 204).

Flere kvalitative studier har intervjuet både ansatte fra kommunalt psykisk helsearbeid og ansatte i spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern. Alle studiene peker på samhandlingsutfordringer mellom de to nivåene som i stor grad kobles til for lite kunnskap om hverandre (Danbolt et al., 2010; Elstad et al., 2017; Elstad et al., 2013; Olsen et al., 2015). Olsen et al. (2015) fant blant annet at «utfordringer med samarbeid på tvers preges av usynlige strukturer forårsaket av tradisjonell tenkning innenfor psykisk helsearbeid» (Olsen et al., 2015, s. 66). Funnene viser også «at samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten oppleves som et alvorlig hinder for god pasientbehandling [...]» (Danbolt et al., 2010, s. 244) og at «brukere, fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten hadde en felles oppfatning av at spesialisthelsetjenesten og kommunene «er to forskjellige verdener» som vet for lite om hverandre» (Danbolt et al., 2010, s. 240). Kommunalt ansatte i en av studiene formidler opplevelsen av «seg selv som «hender» og mener at spesialisthelsetjenesten oppfatter seg selv som «hjernen» i samarbeidet» (Olsen et al., 2015, s. 60). Studiene viser likevel at det er ønskelig fra de ulike partene å få til bedre samhandling, og at det å møtes for å bli kjent også utenom samhandling knyttet direkte til brukere og pasienter kan være en viktig faktor for å få til dette (Danbolt et al., 2010; Elstad et al., 2017; Elstad et al., 2013).

To av de aktuelle studiene jeg fant hadde kommunalt ansatte som intervjupersoner. En av dem studerte fastlegenes samhandling med kommunehelsetjenesten generelt (ikke kun psykisk helse) ved å intervjuer både fastleger og andre kommunalt ansatte innen helse (Steihaug et al., 2017). Studien viste variasjon i samhandlingen som inkluderer fastleger, med store individuelle forskjeller fra fastlege til fastlege med hensyn til i hvilke grad de er tilgjengelige og møter opp eksempelvis på samarbeidsmøter. Studien retter fokuset mot strukturelle faktorer og konkluderer med at «primary healthcare in Norway is not a very wellintegrated organization, but rather a conglomerate of loosely coupled units with a multitude of in-built restraints on collaboration» (Steihaug et al., 2017, s. 6). Den andre studien utforsket, ved hjelp av spørreskjema, sosialarbeidere som jobber i kommunalt psykisk helsearbeid og deres epistemologiske preferanser (Ekeland & Myklebust, 2021). De fant at sosialarbeiderne hadde ulike inspirasjonskilder i deres arbeid, men var mest inspirert av tankegangen forbundet med kognitiv terapi og minst inspirert av den medisinske modellen. De konkluderte videre med at «the overall finding is that social workers seem to be more eclectic than specific in their epistemological orientation and that the eclecticism seems to express epistemological indifference rather than a conscious choice» (Ekeland & Myklebust, 2021, s. 269).

Ådnanes og Steihaug (2016) intervjuet brukere av psykiske helsetjenester og pekte på at intervjupersonenes erfaringer ikke samsvarer med de helsepolitiske målene om helhetlige tjenester. Intervjupersonene beskrev opplevelser av fragmenterte psykisk helsetjenester og manglende brukermedvirkning. Med min egen studies problemstilling i bakhodet la jeg spesielt merke til følgende funn:

This discrepancy might reflect that knowledge and understanding within the field, as well as the organisation of services, are still dominated by a relatively traditional psychiatric disease model. Giving more attention to the epistemological problems in the mental health field and to the inequality in power and influence between the mental health care providers and between patient and provider, might contribute to better framework conditions for communication and cooperation between the different actors. (Ådnanes & Steihaug, 2016, s. 8)

5 METODE, UTVALG OG ANALYSE

I dette kapittelet gjør jeg rede for valg av metodisk tilnærming, utarbeidelse av intervjuguide, rekruttering av intervjupersoner og datautviklings- og analyseprosessen. Det som styrer valg av metodisk tilnærming er problemstillingen og hva denne søker å gi svar på (Flick, 2022, s. 4). Jeg valgte et kvalitativt design, da hensikten har vært å beskrive og forstå et sosialt fenomen (samhandling rundt personer med selvskadingsproblematikk), heller enn å komme frem til kunnskap om noe som kan måles og tallfestes slik kvantitative design søker (Thagaard, 2018, s. 15). For å utvikle data som kunne belyse problemstillingen gjennomførte jeg individuelle semistrukturerte intervju. Jeg velger i tråd med Thagaard (2018, s. 28) å bevisst benytte begrepet datautvikling til fordel for datainnsamling. Dette fordi jeg er av den oppfatning at datamaterialet mitt er et resultat av samskaping mellom intervjupersonene og meg som forsker (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). For å analysere dataene tok jeg utgangspunkt i refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2021b).

5.1 Kvalitative intervju

Et kvalitativt forskningsintervju har som mål å søke innsikt i hvordan verden ser ut fra intervjupersonens perspektiv. Dette innebærer å få frem intervjupersonens erfaringer og opplevelser, samt betydningen disse har (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Kvale og Brinkmann (2015, s. 137) påpeker at det første man må gjøre også i en intervjustudie, er å reflektere rundt egnetheten til metoden man planlegger å bruke. Jeg gjorde først vurderinger knyttet til om individuelle intervju eller fokusgruppeintervju ville egne seg best til å belyse problemstillingen min. Selv om fokusgruppeintervju muligens kunne bringe opp flere perspektiver, ønsket jeg at hver enkelt intervjupersons beskrivelser skulle være så upåvirket av andre fagpersoner som mulig. Dette fordi studiens opprinnelse hensikt knyttet til intervjupersonenes fenomenforståelse og handlinger i møte med selvskadingsproblematikk ville kunne gi beskrivelser som belyste intervjupersonenes følelser og holdninger knyttet til et vanskelig tema. En risiko ved fokusgruppeintervju er at de ulike deltakerne ikke tør å være helt ærlige i frykt for hva de andre deltakerne vil synes. Flick (2022, s. 246-247) beskriver at ved sensitive tema er ikke fokusgrupper å foretrekke, heller ikke når det er individuelle erfaringer man ønsker å belyse og analysere. Valget falt derfor på å gjennomføre individuelle, semistrukturerte intervju.

5.1.1 Intervjuguide

At intervjuet er semistrukturert innebærer at man på forhånd har formulert en intervjuguide med temaene man ønsker belyst, og spørsmål knyttet til disse, men ikke nødvendigvis satt en fast rekkefølge som skal følges i intervjuet. Dette gir mulighet for tilpasning underveis med utgangspunkt i hva intervjupersonen forteller (Thagaard, 2018, s. 91). Samtidig legges det i semistrukturerte intervju til rette for at intervjupersonen i stor grad kan snakke fritt og bringe inn elementer i intervjuet som ikke intervjueren på forhånd har tenkt på, men som likevel kan være relevant for å belyse problemstillingen. Denne fleksible, men likevel delvis strukturerte, intervjuformen vurderte jeg at kunne bidra til å utvikle data som egnet seg godt for å belyse problemstillingen min.

I arbeidet med denne studiens intervjuguide (vedlegg 2) hentet jeg inspirasjon fra Kvale og Brinkmanns (2015, s. 166-167) ni ulike intervju spørsmål; introduksjonsspørsmål, oppfølgings spørsmål, inngående spørsmål, spesifiserende spørsmål, direkte spørsmål, indirekte spørsmål, strukturerende spørsmål, taushet og fortolkende spørsmål. Intervju spørsmål formuleres ikke like teoretiske som en problemstilling eller forskningsspørsmål, men heller i et språk intervju personene bruker til daglig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162-163). Siden intervju personene mine var fagpersoner selv, vurderte jeg at språket kunne være mer faglig enn dersom jeg skulle intervjuet brukere eller pårørende om samme tema.

I formuleringen av spørsmålene benyttet jeg meg av erfaringene mine med motiverende intervju og andre terapeutiske samtaler, i tillegg til at jeg leste flere andre semistrukturerte intervjuguider og fikk inspirasjon fra disse. Det var et mål å både stille sentrale spørsmål knyttet til hovedtema og samtidig gi rom for at intervju personen kunne komme med beskrivelser, refleksjoner og perspektiver jeg ikke selv hadde tenkt på i forkant å stille spørsmål om. Jeg hadde blant annet med spørsmål om intervju personenes samhandlingserfaringer, og det var på denne måten det i alle intervju åpnet seg en mulighet for å snakke om dette.

Videre var det viktig å formulere åpne, ikke-ledende spørsmål som oppmuntret til utfyllende svar fra intervju personene. Intervjuguiden var gjennom flere revideringer i samarbeid med veileder, og i etterkant av pilotintervjuer. Eksempelvis var det i intervjuguiden brukt i pilotintervjuene først spørsmål om handlinger i møte med selvskadingsproblematikk, uten at intervju personene først hadde fått mulighet til å si noe om hvordan de forstår

selvskadingsproblematikk. Den største endringen i intervjuguiden innebar derfor å flytte spørsmålene om intervjupersonenes forståelse av selvskading opp som de første spørsmålene etter innledende spørsmål om intervjupersonen.

5.1.2 Rekruttering og intervjupersoner

Thagaard (2018, s. 54) presiserer viktigheten av at man i kvalitative studier med et begrenset antall intervjupersoner benytter en hensiktsmessig utvelgelsesprosess, som strategisk utvelging. Dette innebar i denne studien at jeg valgte intervjupersoner ut fra visse kvalifikasjoner som gjorde dem egnet seg til å belyse problemstillingen. Dette gjorde jeg med utgangspunkt i tre inklusjonskriterier: 1) å være ansatt i kommunehelsetjenesten, 2) ha minimum treårig universitets- eller høyskoleutdanning innen helse- og sosialarbeid og 3) ha minst ett års erfaring med fast oppfølging av personer som selvskader.

For å komme i kontakt med mulige intervjupersoner innhentet jeg kontaktinformasjon fra kommuners nettsider. Jeg valgte kommuner innenfor en viss avstand fra der jeg bor, da jeg ønsket å få til intervjuene ved personlig oppmøte og ikke digitalt. Dette presiserte jeg i informasjonsskrivet, som en del av forklaringen på hvorfor vedkommende mottok min henvendelse. Flertallet av kommunene hadde kun kontaktinformasjon til ledere tilgjengelig på deres nettsider, og rekrutteringen startet derfor i hovedsak med å sende ut forespørsler til disse om å få kontaktinformasjon til ansatte i deres tjenester som oppfylte inklusjonskriteriene. Jeg sendte deretter ut individuelle forespørsler direkte til ansatte i 15 ulike kommuner, som til slutt resulterte i åtte intervjupersoner. Av disse var to menn og seks kvinner på mellom 35 og 68 år, med et gjennomsnitt på 49 år. De åtte jobbet i tre ulike kommuner på mellom 10 og 55 tusen innbyggere i Sørøst Norge, og hadde vært på nåværende arbeidsplass mellom fire og 19 år. Samtlige jobbet i en form for kommunal psykisk helsetjeneste, men under ulike rammer og i noe ulike roller. De jobbet i bolig, rask psykisk helsehjelp, ambulerende team og i psykisk helseteam med samtaleoppfølging og veiledning. Brukergruppen de jobbet med var i hovedsak personer fra 18 år og oppover med alt fra milde psykiske helseplager til alvorlige psykiske lidelser. Representert blant intervjupersonene er barnevernspedagog, sykepleier, vernepleier og sosionom. To av intervjupersonene hadde ikke grunnutdanning som var direkte helse- eller sosialfaglig, men på bakgrunn av deres lange arbeidserfaring på feltet hadde de kvalifisert for videreutdanning innen psykisk helse på universitets- og høyskolenivå og de ble derfor inkludert. Intervjupersonene hadde jobbet med mennesker i mellom 12 og 42 år, og

samtlige hadde også videreutdanninger innen blant annet psykisk helse, rusarbeid, veiledning, etikk, recovery, kognitiv terapi, traumeterapi og familierapi.

5.1.3 Gjennomføring av intervjuene

Datamaterialet er i sin helhet utviklet via individuelle kvalitative intervju med de åtte intervjupersonene. Disse valgte selv hvor de ønsket at intervjuene skulle gjennomføres, og dette ble på deres arbeidsplasser eller hjemme hos dem. Intervjuene ble tatt opp ved bruk av Nettskjema diktafon, og varierte fra 40 til 70 minutter. Til sammen utgjør datamaterialet i transkribert form i overkant av 45 000 ord.

Samtlige intervjupersoner var veldig engasjerte og reflekterte, de formidlet mye på eget initiativ og snakket seg ofte naturlig over i andre tema jeg hadde i intervjuguiden min. Før jeg avsluttet lydopptaket ba jeg intervjupersonene om å tenke over om det var noe mer de ønsket å dele mens jeg selv så gjennom intervjuguiden for å dobbeltsjekke at vi hadde vært innom temaene. Dette fungerte i flere av intervjuene som en slags invitasjon til at intervjupersonen selv tok initiativ til å oppsummere litt og trekke frem hva de syntes var ekstra viktig av det vi hadde snakket om.

Ganske umiddelbart etter hvert av intervjuene satt jeg meg ned med refleksjonsboken min for å få ned tanker og refleksjoner. Dette opplevdes veldig nyttig, også for å nullstille meg litt før neste intervju, da jeg ved flere anledninger gjennomførte mer enn ett intervju på samme dag.

5.2 Refleksiv tematisk analyse

En tematisk analyse søker å finne mønstre av tema i dataene, men er en analysemetode som uten videre presisering kan innebære så mangt. Dette adresserte Braun og Clarke i sin mye refererte artikkel *Using thematic analysis in psychology* (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Her presenterte de tematisk analyse gjennom seks faser og argumenterte blant annet for at analysemetoden egner seg godt for nye forskere da den er forholdsvis enkel å lære seg og å gjennomføre (Braun & Clarke, 2006, s. 87-97). Siden 2006 har tematisk analyse (TA) som metode blitt benyttet i økende grad og med hyppig referering til Braun og Clarke (2006). Forståelsen for, og anvendelsen av, metoden har vært svært varierende, noe som har bidratt til at deres egne tanker om tematisk analyse har utviklet og endret seg. De anbefaler derfor

forskere som skal benytte deres versjon av tematisk analyse, som de nå betegner som refleksiv tematisk analyse (RTA), å gjøre dette med utgangspunkt i nyere artikler (Braun & Clarke, 2019). Utgangspunktet for min forståelse og anvendelse av RTA er i hovedsak boken *Thematic Analysis: A practical guide* (Braun & Clarke, 2021b).

Braun og Clarke ser verdien i å bruke metaforer og beskriver at de ser for seg kvalitative analyser som *adventures*, hvor refleksivitet, kreativitet og teoretisk engasjement trekkes frem som et nødvendig grunnlag (Braun & Clarke, 2021b, s. xxvi). Deres beskrivelser av hvordan RTA kan anvendes er å anse som retningslinjer heller enn regler som skal anvendes rigid:

What we offer is a set of conceptual tools, heuristics, practise guidelines, and processes to facilitate a deep, rich, and robust engagements with data for knowledge production. But it's up to you to navigate, to make the most of the opportunities along the way, and to avoid potential perils and pitfalls. (Braun & Clarke, 2021b, s. 11).

En fallgrube ved bruk av RTA er å anta at det ikke er behov for å se analysen i sammenheng med et vitenskapsteoretisk ståsted. Braun og Clarke (2021a) påpeker at «the relative lack of theoretical prescription inherent in TA is often misinterpreted as indicating TA is atheoretical» (Braun & Clarke, 2021a, s. 337). Selv om RTA ikke har en innebygd vitenskapsteoretisk forankring, betyr ikke dette at man kan gjennomføre en analyse i et teoretisk vakuum. Jeg har derfor redegjort for kritisk teori som min vitenskapsteoretiske inspirasjon og vil videre beskrive de seks fasene i RTA og hvordan jeg har forholdt meg til disse.

5.2.1 Studiens analyseprosess

Første fase innebar å gjøre seg godt kjent med datamaterialet. Jeg lyttet på alle intervjuene minst to ganger i forbindelse med transkribering av dem. Jeg leste deretter gjennom transkripsjonene, laget tankekart og notater knyttet til innholdet i hvert enkelt intervju, samt til datamaterialet i sin helhet (Braun & Clarke, 2021b, s. 42-47).

Det at problemstillingen endret seg flere ganger underveis frem mot endelig problemstilling gjorde at jeg beveget meg frem og tilbake mellom fasene flere ganger. Den videre beskrivelsen omhandler analyseprosessen fra valget ble tatt om å flytte fokus fra intervjupersonenes fenomenforståelse og handlinger og over til samhandling rundt personer med selvskadingsproblematikk.

I **andre fase** satte jeg sammen studiens datasett og startet kodingen (Braun & Clarke, 2021b, s. 42). Jeg satte først sammen alle tekstutdrag som kunne tenkes å bidra til å belyse samhandlingen rundt personer med selvskadingsproblematikk. Dette er å anse som en form for koding i seg selv. Datasettet inkluderte utdrag fra samtlige intervju. Jeg reviderte datasettet etter hvert som jeg snevret inn fokuset mot det som ble den endelige problemstillingen om hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kommer til uttrykk i kommunale psykisk helsearbeideres beskrivelser av samhandling med andre helsetjenester rundt personer med selvskadingsproblematikk.

Det å starte med en forholdsvis bred problemstilling anses i RTA som en fordel ved at man starter prosessen med et bredt fokus som etter hvert kan spisses inn med utgangspunkt i hva man finner underveis i analysen (Braun & Clarke, 2021b, s. 42). Kodingen av datamaterialet innebar å fange opp ulike elementer og meninger i det intervjupersonene hadde uttrykt. Jeg vekslet mellom å kode på papir og i dokument på pc, og eksempler på koder var «ulik faglighet», «medisinsk fokus i spesialisthelsetjenesten» og «ulik forståelse er utfordrende».

I prosessen med koding vises den mulige variasjonen i RTA ved at man koder med ulike utgangspunkt. Med dette menes at man må ta stilling til hvor man plasserer seg på ulike kontinuum blant annet knyttet til å ha en induktiv eller deduktiv tilnærming, og om kodingen er på semantisk eller latent nivå. Koding på et semantisk nivå innebærer at kodene fanger opp mening tett opp mot det intervjupersonene har uttrykt helt eksplisitt. På et mer latent nivå dreies fokuset over til mer implisitt uttrykt mening (Braun & Clarke, 2021b, s. 55-58). Jeg startet med en induktiv tilnærming og semantisk koding. Da jeg innså at intervjupersonenes samhandlingserfaringer kunne sees i sammenheng med psykisk helsefeltets ulike kunnskapstradisjoner, gikk jeg over til en mer deduktiv tilnærming og en mer latent koding. Dette fordi jeg da med utgangspunkt i den endelige problemstillingen søkte etter hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kom til uttrykk i beskrivelsene intervjupersonene gav av samhandlingen. Eksempler på koder etter denne prosessen var «vi jobber i ulike system», «medisinsk og diagnostisk fokus», «relasjonelt fokus» og «ulik tilnærming til selvskading».

I **tredje fase** utviklet jeg potensielle tema, som i RTA er «patterns anchored by a shared idea, meaning or concept» (Braun & Clarke, 2021b, s. 8). Jeg benyttet meg av fargekoding, post-it lapper og utklippte sitat og jobbet på papir og data. Jeg laget flere tankekart og skrev mye analytiske refleksjoner underveis. Potensielle tema var blant annet «vi har ulike briller på», «problematisk begrepsbruk» og «mangelfull forståelse for hverandre».

Fjerde fase opplevdes å flyte en del sammen med tredje fase, og jeg oppholdt meg lenge i disse to fasene med flere steg tilbake igjen til fase to innimellom. Kvalitative analyser har i stor grad til felles at de søker etter mønstre av mening i datamaterialet. Det som skiller tematiske analyser fra andre kvalitative analyser (som for eksempel narrativ analyse) er nettopp at meningsmønstrene struktureres ved å formulere temaer som kan romme og formidle meningsinnholdet. Den fjerde fasen innbar derfor å ta en «validitetsjekk» av de potensielle temaene (Braun & Clarke, 2021b, s. 97). Jeg stilte spørsmål ved om temaene var i tråd med kriteriene for temaer i RTA, eller om de var mer å regne som kategorier eller oppsummeringer av tematikk intervjupersonene snakket om. I denne delen av analysen ble jeg oppmerksom på eksempelvis at noen av de potensielle temaene inneholdt meningsinnhold med så store sprik at det ble nødvendig å utvikle en helt ny inndeling av temaene. Det er, ifølge Braun og Clarke (2021b, s. 99-104) sjeldent at de første potensielle temaene ender opp med å bli de endelige temaene, så det å gå frem og tilbake flere ganger mellom fasene i analysen er å anse som en viktig del av prosessen og kan vitne om at forskeren forplikter seg til, og tilstreber, kvalitet. Dette fungerte godt som noen trøstende ord da jeg underveis ble i tvil om jeg noen gang skulle komme i mål med analysen.

I **femte fase** skulle temaene finpusses og få sine endelige navn (Braun & Clarke, 2021b, s. 108). Jeg skrev oppsummeringer av hva hvert tema handlet om, og begynte på utkast til studiens funn-kapittel. Jeg opplevde at jeg ikke var i mål med å definere temaene og meningsinnholdet, så igjen tok jeg noen steg tilbake i analyseprosessen som var helt nødvendig for å kunne komme tilbake og finpusse temaene. En tommelfingerregel i navngivning av temaer i RTA er å ikke bruke kun *ett* ord. Braun og Clarke (2021b, s. 112) påpeker at *ett* ord kan godt beskrive en kategori, men meningsmønstre i RTA kan vanskelig fanges opp av *ett* ord. Jeg hadde flere potensielle temanavn underveis før de fikk sine endelige navn.

Den **sjette og siste fasen** består av å skrive rapporten, oppgaven eller avhandlingen og inkluderer å gjøre rede for analyseprosessen og drøfte funnene opp mot teori og tidligere forskning. I RTA er dette også å anse som en del av analyseprosessen fordi «you will still be producing your analysis as you write it» (Braun & Clarke, 2021b, s. 118). Dette kom til uttrykk ved at jeg måtte skrive flere utkast til funn-kapittelet før jeg kunne gå i gang med å diskutere funnene og skrive ferdig studien.

6 STUDIENS FUNN

Som svar på hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kom til uttrykk i psykisk helsearbeideres beskrivelser av samhandling med andre helsetjenester rundt personer med selvskadingsproblematikk, utviklet jeg fire temaer; 1) *Ulik fenomenforståelse og tilnærming til selvskading*, 2) *En opplevelse av manglende kunnskap og forutinntatte holdninger*, 3) *Det er systemet som er sykt* og 4) *Et hegemoni under press*. I følgende presentasjon av temaene er de ulike intervjupersonene gitt fiktive navn.

6.1 Ulik fenomenforståelse og tilnærming til selvskading

I intervjupersonenes beskrivelser av samhandling med andre helsetjenester kom spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner blant annet til uttrykk i beskrivelser av egen og andres forståelse av selvskading som fenomen og tilnærmingen til personer med selvskadingsproblematikk. Intervjupersonene var opptatte av det kontekstuelle og relasjonelle, av å bruke god tid og forstå selvskadingsproblematikken med utgangspunkt i hva brukerne hadde opplevd i livet. Christine hadde en oppsummerende beskrivelse av hvordan hun opplevde at hennes fenomenforståelse var ulik fenomenforståelsen til dem som tilhørte den medisinske kunnskapstradisjonen:

Jeg tenker at det som har ligget veldig til grunn da, innenfor det medisinske er at det er altså... det er en patologi de har lenge prøvd å finne, hva skal man si, genetiske markører og at det er feil med signalstoffer i hjernen. At det er patologiske årsaker da. Og det er ikke et syn som vi i kommunen legger til grunn i vårt arbeid. Vi ser i mye større grad på miljøbetingelser og hva som har skjedd deg og hvilket oppvekstvilkår har du hatt og ja... man tar mer utgangspunkt i klientens egen opplevelse. (Christine)

Det var gjennomgående at intervjupersonene i samhandling med de andre delene av helsevesenet opplevde å møte en fenomenforståelse av selvskading som var langt mer medisinsk og diagnostisk enn deres egen ved at selvskading oftere ble ansett som et symptom, gjerne på personlighetsforstyrrelse. Intervjupersonene selv trakk frem traumer og livsopplevelsers betydning, og beskrev recovery, miljøterapi og makt-trussel-mening-rammeverket som de faglige rammene de jobbet ut ifra i møte med selvskadingsproblematikk. Noen beskrev også en mer eklektisk tilnærming. Igjen kom spenningen mellom

kunnskapstradisjonene til uttrykk via beskrivelser av at tilnærmingen ble ulik når det lå ulike fenomenforståelser til grunn, slik Kim beskrev her:

I sykehuset jobber de jo veldig med symptomdekking, og at du skal ut igjen og så skal du fungere. Men så har man veldig ofte en opplevelse av, at man ikke jobber så mye med, altså apropos selvskading, så jobber man jo med å slutte å skade seg. Men ikke med det som ligger i bunn, grunnen til at du skadet deg. Mens vi jobber kanskje mer, ikke så mye med symptomene som selvskadingen i seg selv, men prøve å få tak i det som er under, og jobbe med det. (Kim)

Kim mente at de drev med helt forskjellige ting i kommunen og spesialisthelsetjenesten i møte med de samme brukerne og pasientene og at «det er forskjell på psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Det er to egentlig separate fagfelt, men som er helt avhengig av å snakke sammen og prøve å forstå hverandre på en måte».

I tilnærminger til personer med selvskadingsproblematikk opplevde intervjupersonene også ulik mestringstro på brukeres og pasienters vegne. I samhandlingen hadde intervjupersonene hørt eller lest vurderinger av personene de samhandlet rundt som *behandlingsresistente* eller tilsvarende. Espen fortalte at de innad på hans arbeidsplass hadde reflektert rundt mulig behandlingsresistens hos en av deres brukere med store selvskadingsutfordringer og personlighetsforstyrrelsesdiagnose, men de hadde landet på at det ikke gikk an å si at noen var behandlingsresistente, med følgende begrunnelse:

Men så har man nå ved å se seg tilbake over tid skjønt at dette ikke løser seg over natten. Sånn at man egentlig ikke kan tillatte seg å si det, for dette er jo flere års arbeid. Så det er jo nettopp det med tid og tålmodighet, og å klare å jobbe med dette over tid. (Espen)

De hadde erfart at ved å ta tiden til hjelp så opplevde de en bedring. Samtlige intervjupersoner reflekterte seg frem til at det ikke var mulig å være behandlingsresistente slik «de» i spesialisthelsetjenesten mente. Mange av intervjupersonenes beskrivelser og refleksjoner knyttet til dette tema generelt bar preg av «vi» og «dem», hvor «vi» representerte psykisk helsearbeidere i kommunen og «dem» viste til samhandlingspartnerne. Samtidig ble bildet noe nyansert:

Vanskelig å være bombastisk, fordi det er jo så forskjellig fra behandler til behandler, både på sykehusnivå og i kommunal kontekst. Men det er litt sånn både og. Noen

ganger virker det som at det ikke er en forståelse der, at det er et rent diagnostisk syn på det. Andre ganger er det veldig god forståelse. (Kim)

I likhet med det Kim her påpekte, opplevde jeg en variasjon også intervjupersonene imellom, som er forståelig med tanke på deres ulike utdannings- og erfaringsbakgrunner. Likevel plasserte de seg, etter min oppfatning, i stor grad i en annen kunnskapstradisjon enn deres samhandlingspartnere i helsevesenet ellers.

6.2 En opplevelse av manglende kunnskap og forutinntatte holdninger

I samhandling med fastleger, legevakt, ambulanse og akuttmottak opplevde intervjupersonene å møte forutinntatte holdninger de beskrev som dårlige og negative. Lene fortalte om følgende erfaring fra legevakten:

Men ja, det har vært litt sånn, skortet på en del holdningene der. At de vil sy uten bedøvelse, for eksempel. Da tenker jeg at da har du jo gått glipp av noe, hvis de tror at brukeren synes det er godt, da har de jo misforstått. Jeg tenker jo heller at du kan tenke at har du satt inn terrasseskruer på 8 cm inn i armen da, så sier det noe om hvor man er i hodet. For jeg tror ikke... de fleste av oss hadde ikke fysisk fått det til, for du hadde jo stoppet, for det blir jo vondt. Det sier jo noe om at koblingen, det er jo noe der som er så forstyrret i det øyeblikket, at den smerten er noe helt annet altså... Men ja, de har ikke helt skjønt greia. (Lene)

I flere slike beskrivelser av negative opplevelser kom spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner til uttrykk ved at disse samhandlingspartnerne, ifølge intervjupersonene, ikke hadde tilstrekkelig kunnskap, eller for snever kunnskap, til å møte personene som hadde selvskadet på en god måte. Det at manglende kunnskap er en måte spenningen mellom kunnskapstradisjoner kommer til uttrykk på, kan forstås på den måten at den medisinske kunnskapstradisjonen ikke rommer tilstrekkelig kunnskap til å forstå og møte et komplekst fenomen som selvskading på en god måte. Intervjupersonene koblet dette sammen med at spesielt fastleger hadde en manglende interesse for psykisk helse. Det opplevdes naturlig nok utfordrende å samhandle når intervjupersonene hadde inntrykk av at samhandlingspartnerne «ikke helt skjønte greia» med selvskadingsproblematikk. Videre opplevde intervjupersonene

at samhandlingspartnerne ikke selv innså eller innrømmet at de kanskje ikke hadde tilstrekkelig kunnskap, slik Kaja beskrev her:

Det kan jo skorte på samarbeidet. For det er jo ikke alle som er like ærlige da, på at vet du hva, det kan jeg for lite om. Og det er kanskje derfor jeg møter den motstanden noen ganger. Det er mye bedre å si at det kan vi ikke nok om. Men skal vi snakke litt om det sammen, eller skal vi prøve å finne noen som kan noe om det? (Kaja)

6.3 Det er systemet som er sykt

I dette tema kommer spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner til uttrykk via beskrivelser av hvordan systemet bidrar til å opprettholde ulikhetene som de ulike kunnskapstradisjonene representerer og utfordringene som følger med dette. I forlengelsen av, og ofte som forklaring på, beskrivelser knyttet til utfordringer i samhandlingen plasserte intervjupersonene i stor grad skylden på systemnivå og ikke hos den enkelte samhandlingspartner. Christine konkluderte med at «det er mye systemet som er... kall det sykt». Oda trakk frem pakkeforløpene som eksempel på noe som vanskeliggjorde samhandlingen rundt personer med selvskadingsproblematikk:

Og så er det litt med det her, hva pakkeforløpet har gjort med spesialisthelsetjenesten. Det er fem samtaler og så ut. Og det er jo de like fortvilte over som det vi er. Men det gjør at, at de som er langtidssyke, spesielt, ikke nødvendigvis får den oppfølgingen de trenger. (Oda)

Når spesialisthelsetjenesten kun var inne i bildet i begrensede tidsrom opplevdes det av flere av intervjupersonene som at det ikke ble prioritert nok tid til det relasjonelle. Kaja trakk frem at det lå et press på spesialisthelsetjenesten som påvirket den enkeltes vurdering av hvor lang tid de tillot seg å bruke på pasientene:

De tillater seg ikke å bruke like mye tid som det vi gjør i kommunen. Det er sikkert forskjell på oss som jobber her også altså. Men når man har jobbet så mange år, så vet man at det tar tid. Og man må tillate seg å bruke tid. Og spesialisthelsetjenesten, noen av de terapeutene som jobber der tørr jo å stå i det, vet at det tar tid. Og så er det andre som ikke kanskje tåler presset ovenfra, at nå må det være mer effektivisering her. (Kaja)

Her er Kaja også inne på at det er variasjoner både innad i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Mange av intervjupersonene satt likevel med en opplevelse av at spesialisthelsetjenesten avsluttet pasientene for fort fordi systemet tillot det, slik Christine snakket om her:

Jeg tenker at veldig mye av dette vi snakker om her nå som er utfordringer er ikke med overlegg, men det er en slags måte å... eller jeg tror spesialisthelsetjenesten har litt for mange utgangsdører da, som gjør at du har mulighet til å gå ut de dørene, der hvor de [ansatte] opplever at dette er for vanskelig. Og så er det jo ikke bare... Dette her handler jo om hvordan systemet er rigget. (Christine)

Det er altså et sprik mellom hvordan intervjupersonene vurderer hjelpebehovet til personene med selvskadingsproblematikk og den oppfølgingen de opplever at samhandlingspartnerne gir. Samtidig opplevde jeg at flere av intervjupersonene hadde både forståelse og medfølelse for at det å jobbe i et prosedyrestyrt system med den medisinske kunnskapstradisjonen som grunnmur og med stort tidspress måtte være vanskelig i møte med selvskadingsproblematikk:

Og det er ikke sånn at jeg tenker at jeg vet mer. Men jeg har lov til å vite mer. For rutiner og prosedyrer og alt sammen ligger liksom, som en sånn her... dette er det vi følger, standardprosedyrer i forhold til selvskading. Så prosedyrene kanskje ikke er like oppdaterte som de ønsker, sikkert. For jeg tror ikke det er noe de nødvendigvis går inn for å gjøre. At de går inn for å være vanskelig, hvis du skjønner. (Oda)

Slik jeg forstår Oda her mener hun at de som jobber innenfor psykisk helsevern ikke har annet valg enn å forholde seg til den medisinske kunnskapstradisjonen som ligger til grunn for hvordan rutiner og prosedyrer utformes der, mens hun selv, i kommunen, ikke trenger å ha en like snever tilnærming.

6.4 Et hegemoni under press

Spenningen kom også til uttrykk ved at den medisinske kunnskapstradisjonen ofte av intervjupersonene opplevdes å ha størst definisjonsmakt. Intervjupersonene beskrev erfaringer med at det er «de andre» i samhandlingen som er de såkalte ekspertene, som er «de som kan bestemme noe» og dermed har definisjonsmakten. Intervjupersonene beskrev også at spesielt behandlere i psykisk helsevern «tok over» og lot sine perspektiv være styrende, spesielt ved innleggelser. Christine beskrev at «det blir på en måte et brudd egentlig [når personen legges

inn], hvor andre perspektiver og andre fagligheter ligger til grunn da, veldig mye det medisinske. Det er det som jeg kjenner som det vanskeligste og mest utfordrende».

Men intervjupersonene beskrev også noe som kunne vitne om en dreining på psykisk helsefeltet. Spenningen mellom de ulike kunnskapstradisjonene kan se ut til å være endring, ved at den medisinske kunnskapstradisjonens hegemoni utfordres mer og mer. Christine beskrev noe av dette da vi snakket om implementering av makt-trussel-mening-rammeverket på hennes arbeidsplass:

Jeg tror dette er en vind som blåser litt over landet nå, og som kommer etter hvert og som jeg tenker er veldig sunt. Fordi det utvider rommet i veldig stor grad fra å være litt sånn snevert med det medisinske til å liksom tilby alternativer og ha ulike innfallsvirkninger og tilnærminger. (Christine)

Nina opplevde at også innad i personalgruppen hadde det vært en endring de siste årene i forståelsen av selvskadingsproblematikk ved at det før var:

En tilnærming til sånn *typisk*, de ofte puttet det i kategorien *typisk* en PF [personlighetsforstyrrelse], som de alltid sa. Jeg kjente det motsatt, jeg prøvde å lete etter noe annet enn det i de forskjellige som vi møter. Ikke tenke de store overskriftene, men heller prøve å forstå den, og hva den prøvde å si noe om da. (Nina)

Nina beskrev, slik jeg forstod henne, en endring fra å tillegge en diagnose mye mening, til å bli mer opptatt av å forstå hver enkelt brukers selvskadingsproblematikk uavhengig av diagnose.

7 DISKUSJON

I dette kapitlet diskuteres de fire temaene jeg utviklet ved å sette de i sammenheng med tidligere forskning og sentrale fagpersoners bidrag og meninger knyttet til tematikken. I tråd med at studien er inspirert av kritisk teori retter diskusjonen også et kritisk blikk på medikaliseringstendensene på psykisk helsefeltet, helsemyndighetenes styringssignaler og rammene for tjenestene.

7.1 Samhandling mellom ulike verdener

Mine funn viser at det spenningsfeltet som finnes mellom ulike kunnskapstradisjoner på psykisk helsefeltet kan dreie seg om, og komme til uttrykk som ulik fenomenforståelse og tilnærming til selvskadingsproblematikk, manglende kunnskap om, og forutinntatte holdninger til selvskadingsproblematikk. Slik jeg forstår Øverland (2006) er det nærmest et kunststykke å forsøke å forstå selvskadingsproblematikk. Han beskriver at personer som sliter med psykisk plager kan vise «uforståelige eller bisarre symptomer. Dette gjelder i særlig grad for fenomenet selvskadning: Det er vanskelig å forstå hvorfor et menneske med vitende vilje påfører seg smerte» (Øverland, 2006, s. 50). Kanskje er selvskadingsproblematikk i lys av dette et fenomen innenfor psykisk helsefeltet som egner seg spesielt godt til å få frem ulikhetene og motsetningene i de ulike kunnskapstradisjonene?

Psykisk helsearbeiderne jeg intervjuet var langt mer opptatt av det kontekstuelle og brukernes livshistorier, sammenliknet med slik de beskrev spesialisthelsetjenesten og fastlegene, som av intervjupersonene opplevdes mer opptatt av symptomer og diagnoser. Fra dette funnet kan jeg trekke paralleller til Hansen og Olsen (2023) som beskriver samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen på generelt grunnlag som «et møte mellom en behandlingslogikk som vektlegger diagnoser og behandlingsnytte (spesialisthelsetjeneste), og en omsorgslogikk som vektlegger funksjon og mestring i lokalsamfunn (kommunal oppfølgingstjeneste)» (Hansen & Olsen, 2023, s. 221). At psykisk helsearbeiderne i kommunen ser på psykisk helse generelt og selvskadingsproblematikk spesielt, gjennom andre briller enn deres samhandlingspartnere, kan komme som en naturlig følge av at tjenestene har forankret forståelsen og arbeidet sitt i ulike kunnskapstradisjoner. At samhandlingen rundt personer med selvskadingsproblematikk skjer med utgangspunkt iblant annet ulik fenomenforståelse fra de profesjonelle er, slik jeg forstår Aarre (2018), ikke til å

unngå så lenge det til grunn for faglige føringer ligger ulike kunnskapstradisjoner som ikke er så forenelige. Han mener at «mange ganger vil de være gjensidig utelukkende, særlig med hensyn til hvordan vanskene som folk strir med, skal forstås» (Aarre, 2018, s. 23).

7.1.1 Samhandling med psykisk helsevern

Intervjuperson Kim beskrev psykisk helsearbeid og psykisk helsevern som to separate fagfelt som driver med helt ulike ting. Han og flere beskrev likevel seg selv som eklektiske, ved at de ikke utelukkende forholdt seg til én teori, metode eller tilnærming. Dette er i tråd med Ulland og Bertelsen (2010, s. 121), som peker på at de fleste som jobber innenfor psykisk helsefeltet er påvirket både av den medisinske- og den kontekstuelle kunnskapstradisjonen, og kan derfor sies å ha en eklektisk tilnærming. Dette gjenspeiles i noe grad i mine funn gjennom beskrivelser av at både i kommunal- og spesialisthelsetjenestekontekst er det variasjoner innad i forhold til hvilken kunnskapstradisjon man "tilhører". Todelingen mellom kunnskapstradisjoner kan dermed sies å både være en forenkling og ytterpunkter på en skala (Bøe & Thomassen, 2017, s. 70; Ulland & Bertelsen, 2010, s. 121). I sin studie av samhandlingen mellom kommunale psykiske helsetjenester og spesialisthelsetjenesten fant Danbolt et al. (2010) likevel noe påfallende likt Kims beskrivelser, nemlig at både «brukere, fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten hadde en felles oppfatning av at spesialisthelsetjenesten og kommunene "er to forskjellige verdener"» (Danbolt et al., 2010, s. 240).

Psykisk helsearbeiderne jeg intervjuet var samstemte i at de tilnærmet seg selvskadingsproblematikk i stor grad ut fra en forståelse av selvskading som mestringsstrategi, og de var opptatte av å finne ut av hva som "lå bak" atferden. Mens samhandlingspartnerne spesielt i psykisk helsevern forholdt seg, ifølge intervjupersonene, i større grad til selvskading som et symptom (gjerne på en personlighetsforstyrrelse). Denne type motsetning er ifølge Aarre (2018) et godt eksempel på det som preger psykisk helsefeltet:

På den ene siden har vi en tjeneste som tar utgangspunkt i hva folk selv sier at de trenger hjelp til, og på den andre siden tanken om at psykiatrisk diagnostikk er en forutsetning for å kunne hjelpe folk på en faglig forsvarlig måte. (Aarre, 2018, s. 13)

Når man, slik intervjupersonene mine i stor grad opplevde at psykisk helsevern gjorde, legger den medisinske modellen til grunn for forståelsen av selvskading, står man i fare for det som kan beskrives som en sirkulær forståelse: personen selvskader fordi den har emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og den får diagnosen fordi den selvskader. Øverland (2006, s. 49) beskriver at det sånn sett ikke er mer å forstå, og det blir en kortslutning i fenomenforståelsen av selvskadingsproblematikk. Denne sirkulære forståelsen kan ligge til grunn for at intervjupersonene mine opplevde en snever og diagnostisk forståelse i samhandlingen med psykisk helsevern.

Hvilken fenomenforståelse man legger til grunn for selvskadingen vil i neste omgang, slik jeg forstår Øverland (2006, s. 49), ha noe å si for både behandlingen som gis og prognosen. Dette kom også til uttrykk i mine funn, ved at intervjupersonene beskrev ulik mestringstro på brukerne og pasientenes vegne. De opplevde at samhandlingspartnere i psykisk helsevern kunne stemple personene med selvskadingsproblematikk som behandlingsresistente. Hansen og Olsen (2023) peker på noe tilsvarende ved at kommunalt ansatte har opplevd «at personer diagnostisert med enkelte former for psykiske lidelser, eksempelvis personlighetsforstyrrelser, ofte blir vurdert av spesialisthelsetjenestene som å ikke kunne nyttiggjøre seg behandlingstilbud» (Hansen & Olsen, 2023, s. 217). Dette kan tyde på at personer med selvskadingsproblematikk, som følge av en forståelse basert på den medisinske modellen, møter behandlere med langt mindre mestringstro på deres vegne enn hva de møter hos psykisk helsearbeidere i kommunen. Dette henger sammen med at «dersom en behandler oppfatter at selvskading alltid er et uttrykk for at pasienten har en borderline personlighetsforstyrrelse, kan det medføre at prognosen vurderes til å være uforholdsmessig dårlig» (Øverland, 2006, s. 49).

7.1.2 Fastlegenes kunnskap og holdninger

Mangel på kunnskap var noe intervjupersonene mine opplevde at gjorde seg gjeldene spesielt i samhandlingen med fastleger og andre samhandlingspartnerne som ikke jobbet utelukkende med psykisk helse. Dette adresseres også av Mehlum som trekker frem at «til tross for at det er så mange som selvskader, er det stor mangel på kunnskap i samfunnet og i hjelpeapparatet, og forståelsen for dem som selvskader, er ikke alltid til stede» (Ribe & Mehlum, 2015, s. 14; Stänicke, 2020, s. 22). Jeg ønsker å trekke frem at jeg mener dette er spesielt problematisk i samhandlingen med fastlegene, fordi disse i utgangspunktet skal ha en nøkkelrolle i

samhandlingen rundt brukere og pasienter. Steihaug et al. (2017) fant likevel at i hvilken grad fastleger deltar i den tverrprofesjonelle samhandlingen varierer og at «some GPs in our study prioritize patients with simple problems instead of spending time on patients with needs that are more complex [...], competence may also influence GPs willingness to collaborate» (Steihaug et al., 2017, s. 5). Med dette som utgangspunkt vil personer med selvskadingsproblematikk med stor sannsynlighet for mange fastleger være i den pasientkategorien som risikerer å bli nedprioritert på bakgrunn av kompleksitet og mangel på tid og kompetanse hos fastlegen. Fastlegers manglende interesse for psykisk helse ble også adressert av mine intervjupersoner, og interessemangelen kunne, slik jeg oppfattet dem, ses på som en forklaring på manglende kunnskap og forutinntatte holdninger. Disse holdningene overfor personer med selvskadingsproblematikk er et funn som stemmer godt overens med pasienters erfaringer, hvor personer som selvskader kan oppleve seg forskjellsbehandlet, misforstått og møtt med dårlige eller stigmatiserende holdninger (Ribe & Mehlum, 2015, s. 14; Stänicke, 2020, s. 22).

Det er problematisk at det ser ut til å være så individuelt, og dermed tilfeldig, om du havner hos en fastlege med interesse og kompetanse til å forstå og møte selvskadingsproblematikk på en god måte eller ikke. Mine funn viser her likhetstrekk med det Tøndel og Ose (2014) beskrev i sin forskningsrapport om samhandling innenfor psykisk helsefeltet: «en gjennomgående tendens i datamaterialet [er] at samarbeidet med fastlegene rapporteres som preget av fastlegenes engasjement i psykisk helse, både av informanter fra psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten» (Tøndel & Ose, 2014, s. 91). De slo også fast at disse individuelle forskjellene «ikke kan forklares av andre faktorer enn fastlegers egne interesser» (Tøndel & Ose, 2014, s. 95). Når jeg i denne diskusjonen har satt meg fore å diskutere faktorer på systemnivå i større grad enn faktorer hos den enkelte profesjonsutøver, må jeg i denne sammenheng løfte blikket opp fra fastlegenes individuelle interesse. Fastleger selv har i studien til Steihaug et al. (2017, s. 5) pekt på tidspress som den faktoren som i størst grad hindret dem i å samhandle, og beskrevet at de ofte falt utenfor samhandlingen som skjedde mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fastlegenes manglende engasjement og deltakelse kan dermed også henge sammen med strukturelle faktorer som ikke legger godt nok til rette for at det er mulig å prioritere nok tid.

Det er også problematisk at personer som selvskader møter så ulike forståelser, tilnærminger og holdninger avhengig av hvilken del av helsevesenet de forholder seg til. Dette vil etter mitt syn kunne bidra til å forsterke opplevelsene mange har av et fragmentert helsevesen. Tøndel

og Ose (2014, s. 25) mener at ulike forståelser i tverrprofesjonell samhandling ikke er til å unngå, men at det kan handle om, og være et symptom på, for lite informasjonsutveksling. I de ulike verdenene, som litteraturen beskriver og mine funn bekrefter, kan ulike fenomenforståelse, tilnærming til og kunnskap om selvskadingsproblematikk tjene som én forklaring eksempelvis på «hvorfors det er så vanskelig å kommunisere i ansvarsgruppemøter og lignende situasjoner. Virkeligheten er rett og slett for forskjellig» (Øverland, 2006, s. 118).

Ved å ta utgangspunkt i at selvskadingsproblematikk kan være et fenomen hvor spenningen mellom kunnskapstradisjoner kommer ekstra godt til uttrykk, kan det også argumenteres for at det er et fenomen hvor det er ekstra viktig å prioritere tid til samhandling også på et mer generelt plan for å drøfte faglige problemstillinger (Elstad et al., 2013, s. 304; Øverland, 2006, s. 118). For å få til et samarbeid med mindre spenning holder det ikke at tjenestene er juridisk forpliktet til å samhandle med, og veilede hverandre. Tjenestenes organisering og ledelse spiller en avgjørende rolle, og kan bidra enten ved å legge til rette for eller være til hinder for god informasjonsutveksling og samhandling (Hauksdottir et al., 2020, s. 31; Næss & Halvorsen, 2020, s. 90). En oppsummering av funn fra en studie av samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste konkluderte med at «det trengs organisering som ivaretar og understøtter informasjonsdeling, gode samarbeidsrelasjoner og praktiske rammebetingelser for integrert samarbeid med pasienter og mellom fagpersoner» (Steihaug, 2017, s. 204). Med dette som bakteppe blir det aktuelt å videre diskutere systemet samhandlingen foregår i.

7.2 Er systemet sykt?

Psykisk helsearbeiderne jeg intervjuet plasserte i størst grad skylden for dårlig samhandling på systemnivå og i mindre grad hos den enkelte samhandlingspartner. Andre studier har også vist at det ikke er manglende ønske eller vilje hos ansatte det i hovedsak handler om når samhandlingen er utfordrende, men derimot rammene de har å forholde seg til som gjør at samhandling på tvers av tjenester oppleves utfordrende (Danbolt et al., 2010; Elstad et al., 2017; Elstad et al., 2013; Steihaug, 2017). Intervjupersonene mine uttrykte spesielt forståelse for at det å jobbe i en tjeneste hvor tidspress og den medisinske modellen ligger til grunn nok er utfordrende for mange. Dette funnet gjenspeiles i en uttalelse fra spesialrådgiver ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Sør (RVTS Sør), Lisa Hovde-Isaksen, som henviser til at «forskning har vist at det er trygge relasjoner som først og fremst gir behandlingseffekt innen psykisk helse. Men stort arbeidspress gjør det

vanskelig å få tid til å bygge tillit med pasientene. Dette til stadig økende frustrasjon hos hjelperne» (Frantzen, 2024b). Christine beskrev at det er systemet som er sykt. Har hun rett i dette? FNs spesialrapportør for retten til helse skrev i 2020 noe påfallende likt det mine intervjupersoner også uttrykte:

The main obstacle for the realization of the right to mental health does not rest with individuals and their global burden of mental disorders, but rather in the structural, political and global burden of obstacles being produced by archaic, broken mental health systems. (Human Rights Council, 2020, s. 19).

Et foreldet og ødelagt, eller sykt helsevesen, har flere ”symptomer” det er aktuelt å diskutere i denne sammenheng. Et problem er at tilgangen til og tilbudet innen psykiske helsetjenester varierer ut fra hvor du bor i landet, og brukere og pasienter får dermed ikke et likeverdig tilbud (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 18; Riksrevisjonen, 2021, s. 5; Aarre, 2018, s. 20). Noen utfordringer ser dog ut til å gjelde generelt, og disse vil jeg diskutere videre.

7.2.1 Individualisering versus standardisering

I mine funn ble nasjonale pasientforløp (tidligere kalt pakkeforløp) trukket frem som noe ved systemet som utfordret samhandlingen. Disse nasjonale pasientforløpene kan tjene som et godt eksempel på det Aarre (2018, s. 18) poengterer når han hevder at det fremstår som om helsemyndighetene ikke en gang klarer å bli enige med seg selv om hvilke retning vi skal gå i, og det blir en motsetning mellom krav og forventninger til individualisering på den ene siden og standardisering på den andre. Han har vanskelig for å se hvordan en skal arbeide «ut fra en individuell forståelse av den enkelte pasients problemer, og samtidig drive standardisert behandling etter pakkeforløp» (Aarre, 2018, s. 56). Oda uttrykte en fortvilelse over standardiseringen pasientforløpene representerer, og gav samtidig uttrykk for at hun opplevde den samme fortvilelsen hos samhandlingspartnerne i psykisk helsevern som måtte jobbe ut fra disse standardiserte pasientforløpene. Det kan altså se ut til at formålet med pasientforløpene ikke helt har blitt innfridd. I *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020* (Helsedirektoratet, 2018) erkjennes det en «uønsket variasjon i ventetid, utredning, behandling og oppfølging» og at «pasienter og brukere gir tilbakemelding om mangelfull innflytelse i behandlingen» (Helsedirektoratet, 2018, s. 3). Dette var pasientforløpene ment å skulle bidra til å få bukt med. Evaluering viste likevel at pasientforløpene «i svært liten grad bidrar til sammenheng og større grad av koordinering enn

tidligere» (Ådnes et al., 2020, s. 9) og «at en god del gjenstår for å oppnå mer brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte forløp» (Ådnes et al., 2021, s. 16).

Pasientforløpenes beskjedne resultater har vel og merke blitt tatt på alvor, og Helsedirektoratet meldte høsten 2022 at pasientforløpene skulle forbedres. Status per mai 2024 er at nytt forslag til blant annet *Nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser, voksne* er ute på høring. Etter å ha lest dette høringsutkastet oppfatter jeg at Aarres (2018) poeng i stor grad fortsatt står seg, noe også Hansen og Olsen (2023) trekker frem på mer generelt grunnlag knyttet til tjenester innen psykisk helse og rus: «i møte med velferdstjenestene blir den enkeltes individuelle, helhetlige behov avgrenset og transformert for å passe inn i definerte handlingskategorier og de tjenestene som er tilgjengelige» (Hansen & Olsen, 2023, s. 219). Helsemyndighetene fortsetter altså å sende motsigende signaler og spenningsfeltet mellom det kontekstuelle perspektivet og den medisinske modellen opprettholdes og kan sies å bidra til at brukere og pasienter fratras reell medvirkning (Karlsson & Borg, 2022, s. 25).

7.2.2 "Utgangsdørene" i psykisk helsevern

Oda trakk frem i intervjuet at begrensningen pasientforløpene setter for hjelpen som kan gis, medfører en risiko for at spesielt de som er langtidssyke ikke får den oppfølgingen de trenger. Noe som av intervjupersonene opplevdes spesielt utfordrende, var ulike vurderinger av hjelpebehovet til personene med selvskadingsproblematikk. Denne dissonansen i faglige vurderinger kan følge naturlig av at man tilhører ulike kunnskapstradisjoner, slik Steihaug (2017) belyser ved å vise til at profesjonsutøvernes «ulike syn på pasientenes behov for sykehusinnleggelse kan være et eksempel på hvordan ulike faglige perspektiver kan komplisere samarbeidet, hindre mer integrerte tjenester og derved gå ut over det kliniske arbeidet» (Steihaug, 2017, s. 211).

Psykisk helsearbeiderne jeg intervjuet beskrev en opplevelse av at psykisk helsevern skrev ut pasienter, både fra innleggelse og poliklinisk, for raskt (etter deres syn) både på bakgrunn av ulik vurdering av hjelpebehov, men også fordi systemet tillot det. Dette er langt på vei i tråd med Hansen og Olsen (2023) som peker på at ansatte i kommunehelsetjenesten «opplever at terskelen for å skrive pasienter ut fra døgnbehandling i psykisk helsevern er blitt lavere» (Hansen & Olsen, 2023, s. 217). Christine beskrev det som at spesialisthelsetjenesten hadde for mange utgangsdører, og Kim koblet dette sammen med det at pasienter ble stemplet som behandlingsresistente. Han mente dette handlet om manglende tilbud eller manglende rammer

for å yte hjelp i spesialisthelsetjenesten heller enn at pasienten faktisk ikke kunne nyttiggjøre seg av noe. Kristin Ribe, som selv har slitt i mange år med alvorlig selvskading, har formidlet at «jeg kunne, av noen mer utålmodige enn mine hjelpere, lett ha blitt avvist som behandlingsresistent. Men så var jeg ikke det. Jeg var virkelig ikke det. Jeg trengte bare tid på meg. Lang tid» (Ribe & Mehlum, 2015, s. 45). Her beskriver hun noe som også viser seg i mine funn, nemlig at spesialisthelsetjenesten ofte ikke brukte god nok tid. Dette kan bidra til at personer med selvskadingsproblematikk avvises eller skrives raskt ut igjen av spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller kan nok avgjørelsen være riktig, men det kan også, ifølge fagleder ved RVTS Sør, Heine Steinkopf, handle om at systemet ikke har tatt høyde for at behandlere må bruke tid – tid på å bygge relasjon. Videre problematiserer han det han kaller et markedsøkonomisystem i helsevesenet hvor effektivitet og produksjon (i form av antall pasienter man behandler) står i fokus, og viser til at dette kan være spesielt uheldig for de som trenger hjelp over tid (Frantzen, 2024a).

Tidlig i dette diskusjonskapittelet foreslo jeg at kanskje selvskadingsproblematikk som fenomen egner seg spesielt godt til å få frem ulikhetene og motsetningene i de ulike kunnskapstradisjoner. Det at selvskading ikke er en diagnose kan peke i den retning. Når mine funn viser at psykisk helsearbeiderne opplever at samhandlingspartnerne har andre vurderinger, kan dette sees i sammenheng med det Hansen og Olsen (2023) trekker frem ved at «mange av brukerne har behov for tett oppfølging og spesialiserte tjenester. Erfaringen er imidlertid at de kan diskvalifiseres fra behandlingsinstanser i spesialisthelsetjenestene fordi de mangler en klar diagnose» (Hansen & Olsen, 2023, s. 217). Spesialisthelsetjenesten har på denne måten den ”fordelen” at de kan definere noen bort fra deres ansvar, mens kommunene ikke har samme mulighet (Hansen & Olsen, 2023, s. 221). Rundt én av fem henvisninger til psykisk helsevern avvises og Riksrevisjonen peker på at dette kan henge sammen med ulik og manglende felles forståelse (Riksrevisjonen, 2021, s. 7). I verste fall bidrar den sprikende forståelsen til å skape en gråsoner mellom hvem som skal tilby hjelp, og brukere og pasienter risikerer, slik jeg ser det, å falle mellom to stoler. Kjernen i denne utfordringen gjenspeiles i henvendelser mottatt av Pasient- og brukerombudet hvor personer har fått avslag i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av at de ikke har et egnet tilbud. Når det samtidig er tilfellet at kommunene ikke er godt nok rustet med deres kompetanse til å hjelpe, ender dette med at «pasienter står uten oppfølging og behandling på tross av et stort behov for helsehjelp» (Pasient- og brukerombudet, 2023, s. 14).

Dersom det er systemet som er sykt, slik både intervjuperson Christine og FNs spesialrapportør for retten til helse har beskrevet (Human Rights Council, 2020, s. 19), er det på systemnivå det først og fremst må tas grep for å demme opp for utfordringene som gjør seg gjeldene i spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner. I *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023:4, s. 125) stilles det et stort og viktig spørsmål ved om dagens organisering av helsevesenet er moden for en omorganisering fortrinnsvis til ett nivå. Det faktum at helsetjenesten er organisert i to nivåer kan sies å være et problem i seg selv som åpenbart øker risikoen for at noen ikke får den hjelpen de trenger (Aarre, 2018, s. 135). Det kan også bidra til å opprettholde dagens spenningsfelt mellom ulike kunnskapstradisjoner og til å hemme god samhandling slik Vik (2018) understreker i det følgende:

Helsetjenestens organisering skaper et spenningsforhold mellom profesjonene, noe som gjør samhandlingen utfordrende. Ulike tjenestenivåer, organisatoriske enheter og profesjongrenser setter premisser for helseprofesjonens rolle i og forståelse av samhandlingen. Dette medfører konflikt om hvilken forståelse som skal ligge til grunn for samhandlingen. (Vik, 2018, s. 132)

7.3 Status for spenningsfeltet

Jeg fant at den medisinske kunnskapstradisjonen opplevdes å stå sterkt i samhandlingen mellom psykisk helsearbeiderne og øvrig helsevesen, men i beskrivelser av samhandlingserfaringer fant jeg også belegg for å si at den medisinske modellen er under press. At den medisinske modellen har vært rådende er ikke mine intervjupersoner alene om å oppleve. Over flere tiår har dette vært tilfelle, men det har ikke vært mangel på kritiske motrøster som har tatt til orde for et paradigmeskifte i retning av et kontekstuellet perspektiv. Flere av disse stemmene har, som vist i kapittel 3 Teoretisk rammeverk, formulert seg slående likt over de siste 10 årene, og belyst hvordan samhandlingen utfordres av å skje i et spenningsfelt (Andersen, 2018; Bøe & Thomassen, 2017; Ekeland, 2021; Hagen, 2021; Olsen et al., 2015; Ramsdal, 2013b; Ulland & Bertelsen, 2010; Valla, 2022; Volden et al., 2015; Aarre, 2018). FNs spesialrapportør for retten til helse «fremholder at det er avgjørende med et paradigmeskifte på psykisk helse- og rusfeltet knyttet til de hegemoniske forståelsene av kunnskap, kunnskapssyn og kunnskapsutvikling» (Karlsson & Borg, 2022, s. 28).

7.3.1 Hegemoni og definisjonsmakt

Psykisk helsearbeiderne jeg intervjuet kunne oppleve å stå i en underlegen posisjon i forhold til spesielt behandlerne i psykisk helsevern, og definisjonsmakten lå dermed i stor grad hos dem. I sin litteraturstudie av samhandling mellom helseprofesjoner fant Vik (2018) at psykisk helsefeltet utpeker seg som det feltet i helsevesenet «hvor studiene i størst grad beskriver maktforskjeller mellom profesjoner og forvaltningsnivå» (Vik, 2018, s. 128). Dette kan det være flere grunner til. Intervjupersonene mine beskrev at den medisinske modellen ofte ble lagt til grunn i samhandlingen, og dermed ble ikke deres perspektiver viet like mye plass. Dette kan forstås som en del av medikaliseringen innenfor psykisk helsefeltet, som kjennetegnes blant annet ved at en økende mengde psykiske plager omdefineres til sykdom som følgelig trenger behandling (Norvoll, 2013, s. 55).

Funnene mine viser en kombinasjon av at samhandlingen rommer ulike fenomenforståelser og tilnærminger og at det ofte er den medisinske kunnskapstradisjonen som legges til grunn i samhandlingen. Dette kan medføre en risiko for at andre sosiale og kontekstuelle faktorer vies mindre oppmerksomhet eller i verste fall overses. Bøe adresserer det samme, i en intervjuartikkel, når han uttaler at «det er en fare for at diagnosene og måten vi bruker dem på i dag tilslører linkene inn i folks liv, både deres fortid og også det livet de lever her og nå» (Thorkildsen, 2023, avsn. 6). I samme intervjuartikkel tar både Bøe og Steinkopf til ordet for et kontekstuellt perspektiv, og trekker frem Makt-trussel-mening-rammeverket som et grundig og godt alternativ til det medisinske diagnosesystemet (Thorkildsen, 2023). Intervjupersonene mine opplevdes i stor grad å stå stødig i den kontekstuelle kunnskapstradisjonen, og noen var også godt kjent med Makt-trussel-mening-rammeverket, men beskrev likevel at spesialisthelsetjenesten ”tok over” i samhandlingen. Kan dette handle om at intervjupersonene (i noen grad) hadde akseptert at det er ”de andre” som har definisjonsmakten og at det dermed er “de andre” som nødvendigvis måtte sitte på fasiten? I forlengelsen av diskusjonen av om systemet er sykt, kan det i denne sammenhengen argumenteres for at måten helsevesenet er organisert på i kombinasjon med styringssignaler fra helsemyndighetene, har bidratt til å skape, og opprettholde, spesialisthelsetjenestens definisjonsmakt. Når dette ser ut til å i stor grad ha blitt en etablert sannhet kan det, ifølge Aarre (2018), bidra til at:

Troen på ekspertisen fører til at oppgaver flyttes høyere opp i behandlingsskjeden fordi en tror at det er ekspertene som får best resultater. [...] Et utilsiktet resultat av dette er

at de kommunale helse- og omsorgstjenestene får en opplevelse av faglig underlegenhet som det ikke er godt grunnlag for (Aarre, 2018, s. 127-128).

Å gripe tak i poenget om at det ikke er grunnlag for at profesjonsutøvere i kommunen skal oppleve seg underlegne i forhold til spesialisthelsetjenesten, kan bidra til å belys et sentralt aspekt ved spenningsfeltet mellom de ulike kunnskapstradisjonene. Norvoll (2013) mener at medikaliseringen har bidratt til «en overdreven optimistisk tro på den medisinske behandlingens mulighet selv når forskning ikke kan underbygge dens effekter» (Norvoll, 2013, s. 56). En kontrast til denne påstanden finnes i Forenkle og forbedre-rapporten skrevet av et ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern. Der slås det fast at vi i dag har «gode og veldokumenterte behandlingsformer for de fleste psykiske lidelser» (Ekspertutvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). De kritiske stemmene til medikalisering og den medisinske modellen fremhever dog at forskning har til gode å påvise biologiske faktorer som bakgrunn for psykiske utfordringer, og ser dermed ikke hvordan vi kan kalle det sykdom på lik linje med eksempelvis kreft (Topor, 2015, s. 240; Aarre, 2018, s. 42).

Riksrevisjonen (2021) henviser i sin rapport om psykiske helsetjenester til at Helse- og omsorgsdepartementet selv trekker frem at psykisk helsefeltet preges av faglig uenighet utover det som er tilfellet på andre fagområder. Likevel viser Helse- og omsorgsdepartementet til at det fra myndighetenes side har vært «gjort et omfattende arbeid med å utarbeide retningslinjer på området psykisk helse og rus de siste ti årene» (Riksrevisjonen, 2021, s. 99). Dette ble i noe grad trukket frem av intervjupersonene mine og Christine beskrev det som en vind som blåser over landet og utfordrer den medisinske modellen. Helsemyndighetene har sendt signaler helt fra den forrige Opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-1998)) som har pekt i retning av et større fokus på levekår i istedenfor diagnoser og behandling (Ramsdal, 2013a, s. 331). Men styringssignalene har ikke være entydige, og Aarre (2018, s. 17) mener at ulikhetene på psykisk helsefeltet opprettholdes ved at nettopp helsemyndighetene sender motstridende signaler. Et av flere eksempler han peker på er at «det er vanskelig å forstå hvordan tjenestene våre kan fremme recovery samtidig som de skal følge de nasjonale kliniske retningslinjene som er tuftet på en helt annen tilnærming, nemlig det medisinske perspektivet» (Aarre, 2018, s. 27).

7.3.2 Er det et paradigmeskifte på gang?

I hvilken grad den medisinske modellen er under press er det rom for å diskutere.

Avslutningsvis vil jeg nå diskutere om endringene, eller ”vinden som blåser over landet” slik Christine beskrev det, er et mulig tegn på at det er et paradigmeskifte på gang innenfor psykisk helsefeltet. Jeg starter med et tilbakeblikk på det styringsdokumentet som lå til grunn for den forrige Opptrappingsplanen. For snart 20 år siden kunne man lese i Stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* (St.meld. nr. 25 (1996-1997)) om utviklingen som hadde skjedd mot økende faglig konsensus internasjonalt og i Norge. Det ble hevdet at det ikke lenger var så store faglige motsetninger og at fagfolk i større grad var eklektiske og «i mindre grad bekjenner seg til globale teorier eller ideologier som skal forklare alle sider ved menneskelig adferd» (St.meld. nr. 25 (1996-1997), s. 136). Hagen (2021) mener derimot at endringene (bort fra en hegemonisk medisinsk modell) i praksis har vært beskjeden, og slår fast at «en biomedisinsk og diagnostisk forståelse og tilnærming til psykiske vansker dominerer i psykisk helsefeltet, til tross for de begrensninger og mulige skadevirkninger det har» (Hagen, 2021, s. 72-73). Ser vi langt nok tilbake har vi (heldigvis) utviklet oss noe. Ekeland (2021, s. 19) beskriver at historisk i psykiatrien har det blitt begått mange store feil som vi i dag anser som inhumane, men som den gang ble gjort i tro om at det var fremskritt i behandlingen av mennesker med psykiske utfordringer. Ekeland (2021, s. 19) trekker, i likhet med flere andre frem lobotomi som eksempel. Lobotomi ble i 1949 ble anerkjent med Nobels medisinspris (Conrad & Schneider, 1992, s. 55; Human Rights Council, 2017, s. 3). Selv om vi har utviklet oss bort fra denne akkurat denne metoden, trekker Valla (2022) frem at forskning fra de siste 50-70 årene viser at «psykisk helsefeltet som helhet mangler fremgang» (Valla, 2022, s. 23).

Min oppfatning er at selv om et paradigmeskifte kanskje er i gang, har vi langt igjen til faglig konsensus. Som illustrerende eksempel kan jeg vise til debatten som oppstod da Aarre gav ut boken *En mindre medisinsk psykiatri* (Aarre, 2018). Lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri Lunde (2018) skrev i sin anmeldelse at «Aarre beskriver et system som i økende grad er blitt opptatt av seg selv fremfor menneskene det skal betjene, og han begrunner sine konklusjoner godt» og selv om hun mener han tidvis blir i overkant polariserende, skrev hun også at han oppfordrer helsefeltet – godt begrunnet – til å tenke nytt om eget arbeid. (Lunde, 2018, avsn. 6 & 14). Psykiater Dahl (2020) sa seg derimot helt uenig i dette og slo fast at «Norsk psykiatri er på ville veier med en kontekstuell modell som ønsker å erstatte diagnoser, årsaksforklaringer, evidens og ekspertise med problembehandling»

(Dahl, 2020, avsn. 1). Svar lot ikke vente på seg etter hans sterke kritikk. Under overskriften *Alv A. Dahl, en blindgjenger i norsk psykisk helsevern* kunne vi lese at psykologspesialist Kjølstads (2020) mente at diagnosesystemene er ikke så kunnskapsbaserte som Alv A. Dahl ville ha det til (Kjølstad, 2020, avsn. 1). Et annet godt eksempel på at det langt ifra er faglig konsensus fikk vi med fjorårets såkalte pilleskam-debatt. Startskuddet gikk da styret i Norsk psykiatrisk forening skrev en kronikk i Aftenposten hvor de blant annet uttrykte at:

Det er viktig for oss å formidle at psykiatrisk sykdom er nettopp det: sykdom som rammer mennesker urettferdig og tilfeldig. Og at ved de alvorligste formene for psykiatrisk sykdom er ofte medisiner essensielle for å lindre symptomene, bli helt frisk og hindre tilbakefall. (Styret i Norsk psykiatrisk forening, 2023, avsn. 22)

Hovedbudskapet deres var at mennesker med behov for medisiner for sine psykiske lidelser burde slippe skammen forbundet med å ta disse medisinene. Denne gangen lot heller ikke svar vente på seg, og selv om støtteerklæring(er) forekom (Larsen, 2023), måtte styret i Norsk psykiatrisk forening ta imot sterk kritikk fra flere hold (Ekeland, 2023, 2024; Ellingsdalen & Sommerseth, 2023; Karterud, 2023; Mad In Norway, 2023; Pedersen, 2023). Jeg skal ikke ta meg fore å referere dyptgående til motsvarene her, til det er mengden for stor, men noen av titlene kan fungere godt som illustrasjon på hva motsvarene handlet om: *Norsk psykiatrisk forening bommer grovt først i pennen* av Ellingsdalen og Sommerseth (2023), *Ekstremt arrogant å presentere psykofarmaka som den eneste farbare veien* av Pedersen (2023) og *Norsk psykiatrisk forening er sårbar for å bli kuppet av et aktivistisk styre* skrevet av Karterud (2023).

På bakgrunn av disse eksemplene, mine funn og det jeg har diskutert for øvrig i dette kapitlet kan et paradigmeskifte være på gang ved at det stilles spørsmål til etablerte faglige sannheter, men man kan undre seg over hvorfor vi ikke har kommet lenger. Aarre (2018) mener at «de sprikende signalene fra myndighetene vil mest sannsynlig føre til stillstand» (Aarre, 2018, s. 18). Det kan se ut til at han langt på vei har rett. Hagen (2021) understreker i tillegg at:

Det er sterke krefter som bidrar til at den biomedisinske og diagnostiske forståelsen vedvarer. Det handler i stor grad om å opprettholde posisjonen og makten til sentrale aktører (legemiddelindustrien, profesjoner i psykiatrien), samt til samfunnsstrukturer og byråkrati knyttet til helse- og velferdsordninger. (Hagen, 2021, s. 73).

8 METODISKE OG ETISKE OVERVEIELSER

I dette kapittelet belyses ulike metodiske og etiske refleksjoner, vurderinger og valg jeg har tatt på bakgrunn av disse. Dette anser jeg som avgjørende for at andre skal kunne forholde seg til forskningen og vurdere kvaliteten av denne (Thagaard, 2018, s. 14). Refleksivitet beskrives av Braun og Clarke (2021b) som «the most important companion for your adventure» (Braun & Clarke, 2021b, s. 13). De er ikke alene om å trekke dette frem som en betydningsfull del av kvalitativ forskning (Flick, 2022, s. 508; Guba & Lincoln, 1982, s. 248; Malterud, 2011, s. 483; Tracy & Hinrichs, 2017, s. 5; Watt, 2007). Min forståelse av refleksivitet handler om at man har innsikt i egen rolle og dens betydning i forskningsprosessen, samt at dette er noe man evner å gjøre rede for. Dette forutsetter at man underveis i forskningsprosessen kontinuerlig reflekterer over antagelser, forventninger, valg og handlinger man som forsker foretar seg (Braun & Clarke, 2021b, s. 14).

8.1 Om å innta en forskerrolle

Arbeidet med denne studien er min første erfaring med å skulle innta en forskerrolle, og i oppstarten søkte jeg derfor mye kunnskap hos Kvale og Brinkmann (2015). De anser det kvalitative intervjuet som et håndverk, hvor jeg som forsker er det viktigste verktøyet. Dermed blir min kompetanse og mine ferdigheter i forskerrollen avgjørende for kvaliteten på kunnskapen som utvikles (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83). Jeg begynte tidlig i utdanningsløpet å reflektere rundt hvilke erfaringer og kompetanse jeg har som kan være nyttig å ta med seg inn i forskerrollen, og hva jeg må jobbe med å tilegne meg av både kunnskap og ferdigheter. Som fagperson har jeg gjennomført utallige individuelle samtaler. Det har i stor grad vært terapeutiske samtaler, men også mange samtaler med motiverende intervju som metode. Jeg har gjennom flere år utviklet meg til å bli en god lytter, og til å være til stede i samtalen. Dette er noe jeg også anser som viktig i en intervjusetting. Jeg har videre reflektert en del rundt hvordan jeg kunne bruke elementer fra motiverende intervju på en god måte inn i forskningsintervjuet. Det å være aktivt lyttende, oppmuntre til utdypende svar ved hjelp av refleksjoner og oppsummeringer kan være elementer som bidrar til økt refleksjon fra intervjupersonen og en kvalitetssikring i forhold til om jeg har forstått intervjupersonen riktig (Barth et al., 2013).

For å trene meg i kvalitativt intervju som håndverk, valgte jeg å gjennomføre tre pilotintervju med kollegaer som alle hadde minimum treårig høyskole- og universitetsutdanning innenfor helse- eller sosialfag og erfaring i å møte brukere med selvskadingsproblematikk. I gjennomføringen av pilotintervjuene fikk jeg øvd meg på å legge frem informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen og svare på spørsmål rundt dette. Videre fikk jeg praktisk erfaring i bruk av diktafon, i å være i rollen som intervjuer og i å benytte meg av intervjuguiden. Jeg hadde spesielt fokus på å ikke innta hverken en terapeutrolle eller å gå inn i faglige diskusjoner med intervjupersonen. Jeg noterte en del underveis i pilotintervjuene, fikk konkrete tilbakemeldinger fra de jeg intervjuet og lyttet på alle opptakene i etterkant. Summen av dette lå til grunn for mindre justeringer i intervjuguiden. Erfaringene med pilotintervjuene viste meg at jeg klarte å tre ut av rollen som terapeut og gjorde meg tryggere i rollen som intervjuer.

I prosessen med å innta og å være i en forskerrolle har det å benytte seg av en forskerdagbok, eller refleksjonsdagbok, vært av stor betydning. Her har jeg gjennom hele prosessen skrevet ned egne refleksjoner, idéer og konstruktive tilbakemeldinger fra andre, som både veileder, medstudenter og kolleger. Braun og Clarke (2021b, s. 19) slår fast at det å bruke en slik dagbok, eller *reflexive journal*, er en viktig del av forskningsprosessen.

8.2 Transkribering av intervjuene

Transkribering av intervjuene opplevdes nødvendig for å gjøre datamaterialet bedre egnet for videre analyse. Det er viktig å være bevisst at når en samtale tas opp på lydopptaker, for deretter å bli transkribert fra lyd til tekst, så går mye informasjon tapt. I første omgang tapes kroppsspråket, og videre både stemmeleie og tonefall. Det skjer med andre ord en abstraksjon, og transkripsjoner blir dermed «svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Med dette i mente vil jeg gi en grundig beskrivelse av hvordan transkriberingen er gjennomført. Jeg har transkribert alt selv, og på den måten både blitt enda bedre kjent med datamaterialet, men også sikret en likhet i transkribering på tvers av intervjuene.

Det var mange valg som skal tas knyttet til prosedyrer for transkribering ved at jeg måtte velge hvilke dimensjoner fra det muntlige intervjuet som skulle skriftliggjøres. Svarene på dette var i noen grad gitt av hva transkripsjonene skulle brukes til, forstått som hvilken form

for analyse som skulle gjennomføres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207-208). I refleksiv tematisk analyse beskrives det som et kvalitetskriterium at transkribering er gjort på en måte som gir passende mengde detaljer i henhold til hensikten med forskningen, og at man har dobbeltsjekket at transkripsjonene er korrekte (Braun & Clarke, 2021b, s. 269). Så lenge hensikten med analysen var å finne felles meningsinnhold (og ikke eksempelvis en språklig analyse), valgte jeg å ha fokus på lesbarhet i transkripsjonene. Mine valg for transkriberingen var at jeg ikke tok med pauser eller følelsesuttrykk (som sukking, latter osv.). Kvale og Brinkmann (2015) trekker frem et etisk aspekt knyttet til transkribering, ved å belyse at «det ordrett transkriberte muntlige språket kan fremstå som usammenhengende og forvirret tale, og også som indikasjon på et svakt intellektuelt nivå» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213). Jeg valgte derfor å heller ikke ta med gjentakelser i de tilfeller hvor disse ikke hadde til hensikt å understreke eller forsterke noe, men heller bar preg av å være repetitive uttalelser. Et annet etisk aspekt som la føringer for transkriberingen, var ivaretagelse av intervjupersonens og eventuell tredjepersons konfidensialitet. Egennavn ble derfor anonymisert, som eksempelvis i tilfeller hvor intervjupersonen sa navnet på kommunen vedkommende jobbet i. For å ytterligere ivareta konfidensialiteten og samtidig bidra til bedre lesbarhet valgte jeg å gjøre all transkriberingen på bokmål.

8.3 Utvikling av funn

En mulig fallgrube, som jeg har reflektert mye over, er at man bevisst eller ubevisst leter etter data som kan støtte opp under et spesielt perspektiv eller funn man på forhånd tror man kommer til å finne. Men mine erfaringer med personer med selvskadingsproblematikk og samhandling rundt disse er ikke entydige, og jeg opplever at denne variasjonen i erfaringer og perspektiver har bidratt til at jeg ikke har lett etter data som utelukkende støtter opp under kun ett perspektiv. Jeg opplevde likevel underveis i analyseprosessen at noe interesserte meg mer enn annet, og som tidligere beskrevet i studiens introduksjon, bidro nok dette i noe grad til at studien endret fokus. På tidspunktet hvor den endelige problemstillingen ble formulert, og jeg spisset fokuset fra samhandlingsbeskrivelser mer generelt til hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kom til uttrykk i samhandlingsbeskrivelsene, måtte jeg gå flere runder med meg selv - spesielt knyttet til ett av temaene jeg hadde utviklet mens fokuset var på samhandlingsbeskrivelser generelt. Temaet omhandlet at intervjupersonene også kunne oppleve veiledning fra spesialisthelsetjenesten som noe verdifullt. Jeg ønsket å være tro mot

datamaterialet mitt og ikke tegne noe skjevt bilde av hva intervjupersonene mine formidlet om samhandling, men jeg måtte likevel innse at den opplevd verdifulle veiledningen ikke var en måte spenningen mellom kunnskapstradisjoner kom til uttrykk på. Temaet svarte dermed ikke på problemstillingen, og måtte derfor kuttes.

8.4 Samtykke, konfidensialitet og mulige konsekvenser

For at studien skulle være etisk forsvarlig var det særlig tre prinsipper jeg måtte vektlegge: 1) informert samtykke, 2) konfidensialitet og 3) mulige konsekvenser for intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104-107; Thagaard, 2018, s. 22-27). Et **informert samtykke** måtte foreligge fra alle intervjupersonene i studien. Dette innebar at intervjupersonene måtte gis tilstrekkelig informasjon om hva studien innebar og hva deltakelse innebar, slik at de kunne ta stilling til om de ønsket å delta (Thagaard, 2018, s. 22-23). I *Generelle forskningsetiske retningslinjer* presiseres det at «samtykke skal være informert, uttrykkelig, frivillig og dokumenterbart. Samtykke forutsetter samtykkekompetanse. Det må utvises årvåkenhet for å sikre reell frivillighet der deltaker står i et avhengighetsforhold til forsker eller er i en ufri situasjon» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019, s. punkt 4). Dette la føringer for hvordan jeg måtte gå frem for å innhente samtykke fra mine intervjupersoner. Jeg utarbeidet et informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 3) med utgangspunkt i mal fra Sikt som jeg tilpasset til min studie.

Når det gjelder samtykkekompetanse vurderte jeg at siden intervjupersonene i min studie var ansatt i en kommunehelsetjeneste, var de samtykkekompetente og det var derfor ikke behov for ytterligere vurdering knyttet til dette. Når det kom til å utvise årvåkenhet knyttet til reell frivillighet var det en fordel at jeg ikke hadde noen relasjon til intervjupersonene på forhånd som kunne innebære at de hadde følt et press for å delta. Jeg valgte å ikke sende forespørsler til ansatte i hjemkommunen min, da jeg er folkevalgt lokalpolitiker der og ikke ønsket å blande roller overfor ansatte i kommunen. Jeg tok også et valg om å ikke rekruttere kolleger som intervjupersoner med bakgrunn spesielt i de etiske problemstillingene som ville gjort seg aktuelle ved å forske på egen arbeidsplass. Jeg var også bevisst på at i rekrutteringen av intervjupersoner kontaktet jeg ansatte direkte og ikke gjennom leder, som de da kunne ha opplevd en påvirkning fra med tanke på deltakelse.

Informasjonsskrivet, inkludert samtykkeerklæringen, ble sendt skriftlig til alle som fikk forespørsel om å være intervjupersoner, slik at de hadde mulighet til å sette seg inn i dette før de eventuelt svarte på henvendelsen. Jeg tok også opp igjen skrivet innledningsvis i hvert intervju og åpnet opp for spørsmål knyttet til informasjonsskrivet eller annet før intervjupersonene signerte på samtykket.

I kvalitativ forskning gjør det seg gjeldene noen egne utfordringer når det gjelder å gi tilstrekkelig informasjon i forbindelse med innhenting av samtykke. Thagaard (2018, s. 23) peker på at endringer kan skje underveis i prosjektet som en følge av fleksibiliteten i kvalitativ forskning. Dette gjør det utfordrende å gi tilstrekkelig informasjon i startfasen av prosjektet da vi på dette tidspunktet ikke vet hva dataene vi utvikler vil gi av innsikt og resultater. Thagaard (2018) mener at samtykket intervjupersonene gir derfor ikke vil være basert på fullstendig informasjon om prosjektet (Thagaard, 2018, s. 23). Dette stilte krav til en ekstra bevissthet knyttet til det etiske ansvaret jeg som forsker har. Selv om studiens fokus har endret seg i etterkant av intervjuene, er det slik jeg vurderer det fortsatt ”innenfor” det samtykket jeg innhentet da spørsmål om samhandling med andre var en del av intervjuguiden fra start og noe alle fikk spørsmål om.

Prinsippet om **konfidensialitet** innebar at intervjupersonenes anonymitet måtte sikres både underveis, ved at data ble lagret forsvarlig, og i presentasjon og bruk av studiens funn (Thagaard, 2018, s. 24). UiAs Retningslinjer om personopplysninger i studentprosjekter (Universitetet i Agder, 2023) krevde godkjenning fra Sikt fordi studien min skulle behandle personopplysninger. Jeg måtte derfor via et meldeskjema til Sikt gjøre rede for hvordan jeg skulle behandle personopplysningene på en forsvarlig måte gjennom forskningsprosessen, og fikk godkjenning med det som grunnlag (vedlegg 4).

Konfidensialitet har også vært aktuelt knyttet til tredjeperson, i denne sammenhengen forstått som brukerne til mine intervjupersoner. I innledningen til intervjuene og før lydopptak startet minnet jeg intervjupersonene på taushetsplikten deres overfor deres brukere. Men jeg opplyste også om at dersom de kom til å si noe som var et brudd på deres taushetsplikt eller de var i tvil om det, så måtte de gjøre meg oppmerksom på det slik at jeg kunne utelate dette i transkriberingen av intervjuene i etterkant. For å ivareta konfidensialiteten til både tredjepersoner og intervjupersonene gjorde jeg, som tidligere beskrevet i dette kapittelet, også flere vurderinger og valg i prosessen med å transkribere intervjuene.

I all forskning er det også et grunnleggende prinsipp at deltakelse ikke skal føre til skade. Dette gav meg som forsker et etisk ansvar for å beskytte intervjupersonene mine og jeg måtte derfor ta en vurdering av **mulige konsekvenser** de kunne oppleve som følge av å delta i studien (Thagaard, 2018, s. 26-27). Disse mulige konsekvensene, refleksjoner rundt hvordan jeg ville håndtere dem og nytteverdien av å gjennomføre studien, ble i stor grad formidlet i en søknad til Universitetets forskningsetiske komité og lå til grunn for godkjenningen jeg fikk derfra (vedlegg 5).

Intervjupersoner var ansatte i kommunehelsetjenester som i kraft av sitt yrke var vant til å snakke om vanskelige tema, forstått som tema som kan vekke sterke følelser i oss. I møte med dette er deres rolle å være den profesjonelle og faglige parten. Men å skulle fortelle om erfaringer med å møte selvskadingsproblematikk kunne innebære å snakke om situasjoner som intervjupersonene hadde opplevd svær krevende. Derfor ville jeg forsikre meg om at intervjupersonene opplevde å ha noen å støtte seg på og å snakke med. Alle intervjupersonene beskrev at de kunne snakke med kolleger hvis de kjente behov for det i arbeidshverdagen. Intervjupersonene i dette prosjektet var ikke å regne som noen sårbar gruppe i utgangspunktet, men jeg tok høyde for at intervjupersonene kunne ha personlige erfaringer med selvskading. Men siden intervjupersonene til daglig, som profesjonelle, forholdt seg til tematikken som intervjuet omhandlet, gikk jeg likevel ut ifra at eventuelle egne selvskadingserfaringer var godt nok bearbeidet til at ikke intervjusituasjonen skulle utløse behov for profesjonell oppfølging.

Et tema som selvskading kan selv for fagpersoner være utfordrende å snakke om, men det kan også godt tenkes at intervjupersonene vil kunne oppleve det som positivt å få dele både gode og krevende erfaringer rundt temaet. Det kan oppleves nyttig og betydningsfullt ved at de ved å dele informasjon bidrar til økt forståelse og læring både for egen del og i en større sammenheng. Det ideelle ville vært «en gjensidighet mellom hva deltakerne gir av informasjon, og hva de får igjen for å være med på prosjektet» (Thagaard, 2018, s. 26). Flere av intervjupersonene uttrykte avslutningsvis i intervjuet, eller når lydopptaket var slått av, at de opplevde spørsmålene og det vi snakket om som veldig relevant i deres arbeidshverdag. En av intervjupersonene uttrykte avslutningsvis i intervjuet følgende: «Jeg synes du var innom egentlig alt, ting jeg ikke har tenkt på også. Det var veldig bra spørsmål som fikk meg til å tenke masse». Dette kan vitne om at det har gitt noe tilbake å delta som intervjuperson.

8.5 Kvalitetskriterier

I all kvalitativ forskning er det avgjørende for kvaliteten at det er en passende relasjon mellom hensikt eller problemstilling, vitenskapsteoretisk forankring og metodisk tilnærming (Braun & Clarke, 2021b, s. 26; Polit & Beck, 2010, s. 19-22). Dette mener jeg å allerede ha gjort rede for at studien har. Men det finnes også andre kriterier som kan si noe om studiens kvalitet, og jeg har i den sammenheng valgt å se til Guba og Lincoln (Guba & Lincoln, 1982). De argumenterer for fire kvalitetskriterier; troverdighet (credibility), pålitelighet (dependability), bekreftbarhet (confirmability) og overførbarhet (transferability). Videre viser de til at det er mange grep forskeren kan gjøre for å oppnå disse kriteriene (Guba & Lincoln, 1982). Shenton (2004) har ytterligere utdypet hvilke faktorer som ligger i de ulike kriteriene, og det er disse jeg i det følgende har tatt utgangspunkt i.

8.5.1 Troverdighet

Kriteriet om troverdighet, også kalt intern validitet, styrkes ved at jeg har anvendt kjente metoder for utvikling og analyse av data (Shenton, 2004, s. 64). Det er også et poeng å være godt kjent med feltet man forsker på, og som intervjupersonene er en del av. Det var derfor på mange måter fordelaktig å selv tilhøre gruppen jeg intervjuet, det gjorde det lettere å lage en god og relevant intervjuguide og ikke minst oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene. En annen faktor som kan styrke troverdigheten er hvordan man har rekruttert intervjupersoner. Selv om jeg valgte en strategisk utvelgning som tidligere beskrevet, var det likevel mange som fikk forespørsel om å delta og de som takket ja kan sies å være et tilfeldig utvalg av disse (Shenton, 2004, s. 65). Det at intervjupersonene deltok frivillig og hadde mulighet til å trekke seg uten å måtte gi noen begrunnelse for dette er også noe som styrker studiens troverdighet. Det samme gjør veiledningen jeg har fått spesielt fra veilederen, men også fra kolleger og andre fagpersoner som har bidratt med kritisk refleksjon og til å utvide perspektivet mitt (Shenton, 2004, s. 66-67). Her har også refleksjonsboken min, som jeg har brukt flittig underveis, vært ett nyttig verktøy. Uten forskererfaring fra før har det vært ekstra viktig å stoppe opp og reflektere underveis, og ta bevisste valg i forskerrollen som beskrevet tidligere i dette kapitlet (Shenton, 2004, s. 68). De siste faktorene som Shenton (2004, s. 69) trekker frem knyttet til troverdighet er å gi detaljerte beskrivelser av fenomenet man studerer og vise til tidligere forskning på området. Dette har jeg forsøkt å gjøre i så stor grad som mulig innenfor rammene av studiens omfang.

8.5.2 Pålitelighet

For å bidra til høy grad av pålitelighet har jeg gitt grundige beskrivelser av forskningsprosessen fra start til slutt, inkludert hvordan jeg har forstått og benyttet meg av analysemetoden (Shenton, 2004, s. 71-72). Det at jeg tok lydopptak av intervjuene og transkriberte disse bidrar også til større pålitelighet ved at datamaterialet «er mer uavhengig av forskerens oppfatninger og notater som til en viss grad er preget av at forskeren rekonstruerer utsagn og hendelser» (Thagaard, 2018, s. 188). Videre er det, slik jeg vurderer det, en fordel for påliteligheten at jeg ikke hadde noen relasjon til intervjupersonene fra før, og at jeg selv tilhører samme yrkesgruppe som intervjupersonene (Thagaard, 2018, s. 188-189). Spesielt i en kritisk teoretisk inspirert studie tenker jeg det er viktig at jeg som forsker ikke tilhørte en gruppe eller profesjon som kunne opplevdes å ha større definisjonsmakt enn intervjupersonene. Thagaard (2018, s. 190) trekker frem at det også kan være en ulempe å ha god kjennskap til eller være en del av miljøet man forsker på ved at jeg kan se meg blind og overse det som ikke stemmer med egne erfaringer. Som belyst i avsnittet om utvikling av funn, er dette noe jeg var bevisst på å unngå.

8.5.3 Bekreftbarhet

Også knyttet til dette kriteriet er det viktig å ha gjort grundig rede for forskningsprosessen og min forforståelse. I kriteriet om pålitelighet viser Shenton (2004) til at dette er viktig for at andre skal kunne utføre studien på nytt, mens det i dette kriteriet er viktig «to allow integrity of research results to be scrutinised» (Shenton, 2004, s. 73). Spesielt viktig for studiens bekreftbarhet er det å gjøre rede for studiens svakheter og hva disse kan ha å si (Shenton, 2004, s. 73). Dersom jeg hadde vært nærere den endelige problemstillingen og hatt den kritiske teorien som inspirasjon helt fra start, hadde intervjuguiden og oppfølgingsspørsmålene mine i intervjuene vært annerledes. Jeg ville da med all sannsynlighet fått enda mer data som kunne bidratt til å belyse problemstillingen. Det at jeg kun har intervjuet psykisk helsearbeidere og ikke andre ansatte i helsevesenet kan også ses på som en svakhet fordi det kun er den ene parten i samhandlingen som får komme til ordet. En må derfor ha med seg i tankene at samhandlingspartnerne kan sitte med andre opplevelser av den samme samhandlingen og andre opplevelser av hvordan spenningen mellom kunnskapstradisjonene spiller inn.

8.5.4 Overførbarhet

Studiens overførbarhet, også kalt ekstern validitet, handler om i hvilken grad funnene jeg har kommet frem til kan sies å ha relevans også i andre situasjoner (Thagaard, 2018, s. 182). Hvor representative intervjupersonene mine kan sies å være blir aktuelt å reflektere rundt her. Det kan tenkes at de som sa seg ville til å bli intervjuet, både har en faglig interesse for tema og at de fordi de sa ja til å bli med i et forskningsprosjekt er opptatt av nettopp forskning og av å holde seg faglig oppdaterte. Jeg opplevde samtlige intervjupersoner som veldig reflekterte og bevisste på egen rolle i møte med både brukere med selvskadingsproblematikk og samhandlingspartnere i helsevesenet. Det kan tenkes at mine intervjupersoner var tryggere i rollen sin enn mange andre psykiske helsearbeidere som av den grunn heller ikke ønsket å delta som intervjupersoner. Denne tryggheten jeg opplevde at de hadde i rollen sin kan henge sammen med at samtlige intervjupersoner hadde mange års relevant erfaring og med unntak av én intervjuperson som var noe yngre enn de andre. Samtlige intervjupersoner hadde også ledere som var positive til at de ansatte deltok i forskningsprosjektet og de fikk bruke arbeidstiden sin på deltakelsen. Dette kan også vitne om arbeidsmiljø som prioriterer forskning og kunnskapsutvikling, og de tre kommunene som til sammen er representert via de åtte intervjupersonene kan tenkes å være mer faglige oppdaterte enn kommuner som ikke prioriterer dette eller ikke ønsket å delta. Dette kan ha ført til en skjevhet i datamaterialet som ble utviklet. Likevel kan det være en fordel i akkurat denne studien med et relativt voksent utvalg fordi de har jobbet en del år i helsevesenet og dermed kan antas å ha bedre kunnskap og mer egenopplevd erfaring knyttet til å jobbe i spenningsfeltet som finnes på psykisk helsefeltet.

I studiens diskusjon mener jeg å ha vist at funnene mine ikke er unike i en større kontekst. Jeg har vist til at spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner er gjeldene på psykisk helsefeltet generelt, og at måten dette kom til uttrykk på i samhandlingen rundt personer som selvskader også var gjenkjennelig i annen forskning på samhandling på psykisk helsefeltet. Om funnene i min studie er overførbare til andre psykiske helsearbeideres samhandlingssituasjoner eller til samhandling på psykisk helsefeltet generelt er, slik jeg forstår Shenton (2004, s. 70), i stor grad opp til leseren av denne studien å selv vurdere basert på alle mine redegjørelser.

9 KONSKLUSJONER OG IMPLIKASJONER

I denne studien har jeg utforsket hvordan spenningen mellom ulike kunnskapstradisjoner kommer til uttrykk i psykisk helsearbeideres beskrivelser av samhandling med andre helsetjenester rundt personer med selvskadingsproblematikk. Med utgangspunkt i refleksiv tematisk analyse utviklet jeg fire tema som belyser dette, ved å først vise at samhandlingen bærer preg av ulik fenomenforståelse og tilnærming til selvskading. Jeg fant også at psykisk helsearbeiderne hadde en opplevelse av manglende kunnskap og forutinntatte holdninger hos noen av samhandlingspartnerne. Videre fant jeg at de opplevde at samhandlingsutfordringene i stor grad stammer fra et "sykt" system som skaper og opprettholder spenning. Jeg fant også tegn på at den medisinske kunnskapstradisjonens hegemoni er under press.

Inspirert av kritisk teori har jeg diskutert temaene jeg utviklet med en kritisk holdning til medikaliseringen som har foregått på psykisk helsefeltet. Jeg har også hatt et kritisk blikk på hvordan styringssignaler, organisering av og rammer for tjenestene spiller inn på spenningsfeltet. Gjennom flere tiår har styringssignalene fra helsemyndighetene slått fast viktigheten av samhandling og erkjent mangelen på god samhandling på tvers av tjenester og nivåer i helsevesenet. Det har vært forsøkt å stake ut en retning mot såkalt recoveryorienterte tjenester og tjenester som i større grad vektlegger kontekstuelle og individuelle forhold. Motsigende signaler har dog etter all sannsynlighet bremsset utviklingen og bidratt til å opprettholde spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner på psykisk helsefeltet.

Jeg vil på bakgrunn av det jeg har funnet og diskutert i denne studien, konkludere med at spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner er noe som utfordrer den tverrprofesjonelle samhandlingen på psykisk helsefeltet. Det kan se ut til at personer med selvskadingsproblematikk lider særlig under dette da det er en gruppe som ofte har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Selvskadingsproblematikk ser også ut til å være et fenomen som egner seg godt til å illustrere ulikhetene i de ulike kunnskapstradisjonene. Jeg har pekt på at helsemyndighetene sender sprikende og til dels motstridende signaler som bidrar til å opprettholde spenningsfeltet. Dette peker på viktigheten av at helsemyndighetene må bli "enige med seg selv" og styre psykisk helsefeltet i en mer samlende retning. Situasjonen nå bidrar med all sannsynlighet til å hemme god samhandling og til at tjenestene av brukere og pasienter oppleves som fragmenterte.

9.1 Implikasjoner for videre forskning

Psykisk helsefeltet kan sies å lide under spenningsfeltet som finnes, og det bør derfor gjøres forskning som i enda større grad kan tydeliggjøre dette spenningsfeltet og peke på mulige løsninger. Det kunne vært interessant å utforske hvordan andre profesjonsutøvere og brukere og pasienter opplever at spenningsfeltet mellom ulike kunnskapstradisjoner, både generelt og knyttet til personer med selvskadingsproblematikk, kommer til uttrykk i samhandling og hjelpen som gis (og ikke gis) innenfor psykisk helsefeltet. Videre ville det vært aktuelt å også løfte blikket ut fra helsevesenet og utforsket hvordan medikalisering kommer til uttrykk i andre tjenester som NAV, PPT og oppvekst- og skolesektoren.

REFERANSELISTE

- Alnes, J. H. (2020, 09. desember). Hermeneutikk. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/hermeneutikk>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2018). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research* (3. utg.). SAGE.
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid: en gang til*. Gyldendal.
- Andersen, A. J. W. & Braut, G. S. (2021, 07.12.2021). Psykisk helsevern. I *Store norske leksikon*. https://sml.snl.no/psykisk_helsevern
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal.
- Biesta, G. (2015). No paradigms, no fashions, and no confessions: Why researchers need to be pragmatic. I A. M. Otterstad & A. B. Reinertsen (Red.), *Metodefestival og øyeblikksrealisme: eksperimenterende kvalitative forskningspassasjer* (s. 133-149). Fagbokforlaget.
- Borge, L., Juritzen, T. I. & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 360–367.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-09>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021a). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative research in psychology*, 18(3), 328-352.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021b). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd.
- Braut, G. S. (2023, 1. november). Helsevesenet. I *Store norske leksikon*.
<https://sml.snl.no/helsevesenet>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Chudasama, K. M. & Weihe, H.-J. W. (2023, 19. januar). Psykisk helsearbeid i kommunene. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/psykisk_helsearbeid_i_kommunene
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Temple University Press.
- Dahl, A. A. (2020). En blindgate. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2020/07/en-blindgate>
- Danbolt, L. J., Kjøsberg, K. & Lien, L. (2010). Hjelp når du trenger det: En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 238-245. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-03-06>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (2011:1). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
<https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Ny-kunnskap-ny-praksis.-Et-nytt-psykisk-helsevern.pdf>

- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern: en kunnskapsplattform* (2021:1). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Psykisk-helsevern-En-kunnskapsplattform-2021.pdf>
- Ekeland, T.-J. (2023, 05. desember). *Kven bør skamme seg?* Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/kven-bor-skamme-seg/>
- Ekeland, T.-J. (2024, 17. januar). *Å halde seg til si eiga sak....* Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/a-halde-seg-til-si-eiga-sak/>
- Ekeland, T.-J. & Myklebust, V. (2021). Social workers in mental health. Epistemological identities and preferences among social workers. *Social Work in Mental Health*, 20(2), 159-173. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1993421>
- Ekspertutvalg oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Forenkle og forbedre: Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern.* https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/nofdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf
- Ellingsdalen, M. & Sommerseth, K. (2023). *Norsk psykiatrisk forening bommer grovt.* Mad in Norway. <https://www.madinorway.org/2023/08/norsk-psykiatrisk-forening-bommer-grovt/>
- Elstad, T. A., Antonsen, S., Tillerli, H. & Storli, M. (2017). «Vi møtes på tvers og ser hva vi kan få til sammen»: Ansattes erfaringer fra et samarbeidsforum i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(3), 232-243. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-04>
- Elstad, T. A., Steen, T. K. & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-04-02>
- Fangen, K. (2022, 06. september). *Kvalitativ metode.* De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Flick, U. (2022). *An introduction to qualitative research* (7. utg.). SAGE Publications Ltd.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).* Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Frantzen, J. (2024a, 25.mars). – *Psykisk helse-feltet er i moralsk krise.* RVTS Sør. https://rvtssor.no/aktuelt/486/psykisk-helse-feltet-er-i-moralsk-krise/?fbclid=IwAR07UBnGOX03b9Siqklbl2Pua_3HTZqLSZTUdI71xFTXY8AyyqNAJnyl4TtA
- Frantzen, J. (2024b, 1.april). *Vi vet hva som funker. Så hvorfor gjør vi det ikke?* RVTS Sør. https://rvtssor.no/aktuelt/485/vi-vet-hva-som-funker-sa-hvorfor-gjor-vi-det-ikke/?fbclid=IwAR0Bc_1kLZCn1pivESKYw2RDpIMJuHNCGKjBN1LLVL_mtg35EGIZSGEL72c
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *ECTJ*, 30(4), 233-252. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02765185>
- Hagen, J. (2021). Power Threat Meaning Framework – et alternativ til den biomedisinske og diagnostiske forståelsen av psykiske vansker og emosjonell smerte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 72-78. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-08>

- Hagen, T. P. (2023, 25. februar). Samhandlingsreformen. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/samhandlingsreformen>
- Hansen, I. L. S. & Olsen, T. (2023). Når velferdstjenestene ikke strekker til: Oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer. I T. Fløtten, H. C. Kavli & S. Trygstad (Red.), *Ulikhetens drivere og dilemmaer* (s. 211-225). Universitetsforlaget.
- Hauksdottir, N., Iversen, A. & Berntsen, G. (2020). Organisering av helse- og velferdstjenestene. I A. Iversen & N. Hauksdottir (Red.), *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid: Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (s. 29-49). Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 07. februar). *Psykisk helse*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov: Nasjonal veileder*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2021). *Selvskading og selvmord: veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Psykiske lidelser – voksne: Nasjonalt pasientforløp*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsedirektoratet. (2023, 27. november). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#normerendeprodukter>
- Helsedirektoratet. (2024, 16. februar). *Psykisk helse- og rusarbeid for voksne [høringsutkast]*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne-horingsutkast>
- Henriksen, C. (2023, 07. mars). Selvskading. I *Store norske leksikon*.
<https://sml.snl.no/selvskading>

- Human Rights Council. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/HRC/35/21). United Nations.
<https://digitallibrary.un.org/record/1298437?ln=en&v=pdf>
- Human Rights Council. (2019). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/HRC/41/34). United Nations.
<https://digitallibrary.un.org/record/3803412?ln=en>
- Human Rights Council. (2020). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (A/HRC/44/48). United Nations.
<https://digitallibrary.un.org/record/3862194>
- Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). Tverrprofesjonell samhandling i helse- og velferdstjenestene - med pasient og bruker i sentrum. I A. Iversen & N. Hauksdottir (Red.), *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid: Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (s. 19-28). Gyldendal.
- Johansen, M. (2023, 22. januar). Frankfurterskolen. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/Frankfurterskolen>
- Johnstone, L. & Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. The British Psychological Society. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2023/03/Makt%E2%80%93trussel%E2%80%93og-mening-2023.pdf>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2022). Menneskerettigheter, Recovery og Åpen Dialog – kan Relasjonell Recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse- og rusfeltet? *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 1(1), 21-34.
<https://doi.org/10.18261/njwel.1.1.3>
- Karterud, S. (2023). Norsk psykiatrisk forening er sårbar for å bli kuppet av et aktivistisk styre. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/EQg6O3/norsk-psykiatrisk-forening-er-saarbar-for-aa-bli-kuppet-av-et-aktivistisk-styre>
- Kjølstad, H. (2020). Alv A. Dahl, en blindgjenger i norsk psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/node/22715/pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal.
- Larsen, T. K. (2023). Pilleskam og psykiatri – på tide med et krafttak. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/y6r3we/pilleskam-og-psykiatri-paa-tide-med-et-krafttak>
- Lunde, C. (2018). En medisinsk klimakrise. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
<https://psykologtidsskriftet.no/node/20785/pdf>
- Mad In Norway. (2023, 28. august). – *Fryktelige usannheter fra Norsk psykiatrisk forening*. Mad in Norway. <https://www.madinnorway.org/2023/08/fryktelige-usannheter-fra-norsk-psykiatrisk-forening/>
- Malt, U. (2023, 05. september). Distriktpsikiatrisk senter (DPS). I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/distriktpsikiatrisk_senter_-_DPS
- Malterud, K. (2011). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *THE LANCET*, 358, 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- Nordaunet, O. M. (2022). Menneskerettigheter, systemsvikt og pasientsikkerhet i psykisk helse- og rusarbeid – en litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 19(1), 15-28. <https://doi.org/10.18261/tph.19.1.2>
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 38-72). Gyldendal
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Nygaard, M. (2020). Frigjørende samfunnsvitenskap. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim & P. A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s. 328-355). Gyldendal.
- Næss, E. T. & Halvorsen, K. H. (2020). Kommunikasjon i tverrprofesjonell samhandling. I A. Iversen & N. Hauksdottir (Red.), *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid: Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (s. 82-102). Gyldendal.
- Olsen, B. M., Vatne, S. & Buus, N. (2015). Kontinuitets- og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie. *Klinisk Sygepleje*, 29(4), 55-68.
<https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1903-2285-2015-04-06>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2023). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (IS-24/8). SINTEF.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1f4be11f9b6741b8b5878adb3e65838f/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2023.pdf>
- Pasient- og brukerombudet. (2022). *Årsmelding 2022*.
https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022_bokmal.pdf
- Pasient- og brukerombudet. (2023). *Årsmelding 2023*.
https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger-arkiv/_attachment/inline/8563d937-0cfe-449a-86d2-b3d7a5b8da67:cc89bc0ae294630b9fe1a32399c0c83ccb2baf75/%C3%85rsrapport_2023_POBO_Bokm%C3%A5l_final.pdf
- Pedersen, P. B. (2023, 15. august). *Ekstremt arrogant å presentere psykofarmaka som den eneste farbare veien*. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2023/08/norsk-psykiatrisk-forening-i-hengemyra/>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7. utg.). Wolters Kluwer.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Ramsdal, H. (2013a). Statlige reformer og lokal iverksetting – hva betyr det for psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 328-337.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-04-05>
- Ramsdal, H. (2013b). Styling og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 214-242). Gyldendal.
- Ribe, K. & Mehlum, L. (2015). *Ut av selvskading: Veier til forståelse*. Fagbokforlaget
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13 (2020–2021)). Riksrevisjonen.

- <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 2, 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Skirbekk, S. (2021, 3. august). Falsk bevissthet. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/falsk_bevissthet
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 129(8), 754-758. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0454>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- St.prp. nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006: Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Steihaug, S. (2017). Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 204-215. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-06>
- Steihaug, S., Paulsen, B. & Melby, L. (2017). Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers – a qualitative study of structural conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1397264>
- Styret i Norsk psykiatrisk forening. (2023). «Pilleskam» i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/gEOAJa/pilleskam-i-psykiatrien-er-et-alvorlig-samfunnsproblem>
- Stänicke, L. I. (2020). Behandling av selvskade: hva virker, og hva virker ikke? *suicidologi*, 3, 16-27. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.8531>
- Tesli, M. S., Kirkøyen, B., Fartein, M. H., Torvik, A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2023, 17. august). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thorkildsen, S. L. (2022, 02. september). *Vi må møte psykisk smerte akkurat som vi møter fysisk smerte*. RVTS Sør. <https://rvtssor.no/aktuelt/427/vi-ma-mote-psykisk-smerte-akkurat-som-vi-moter-fysisk-smerte/>
- Thorkildsen, S. L. (2023, 25.april). *Trenger vi å tenke nytt om psykisk helse?* RVTS Sør. <https://rvtssor.no/aktuelt/454/trenger-vi-a-tenke-nytt-om-psykisk-helse/>
- Thorvik, A. (2020). Der ordene mangler. Tre selvskadere forteller. *suicidologi*, 3, 44-49. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.8537>

- Tjora, A. (2020, 03. desember). Sosialkonstruktivisme. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/sosialkonstruktivisme>
- Topor, A. (2015). Fra asosial til sosial psykiatri? I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse: nye arenaer aktører og tilnærminger* (s. 240-248). Universitetsforlaget.
- Tracy, S. J. & Hinrichs, M. M. (2017). Big Tent Criteria for Qualitative Quality. *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*.
<https://doi.org/10.1002/9781118901731.iecrm0016>
- Tøndel, G. & Ose, S. O. (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser* (A26357). SINTEF.
https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport_sintef-a26357.pdf
- Ulland, D. & Bertelsen, B. (2010). Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 121-129. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-02-04>
- Ulland, D., Thorød, A. B. & Ulland, E. (Red.). (2015). *Psykisk helse: nye arenaer aktører og tilnærminger*. Universitetsforlaget.
- Universitetet i Agder. (2023, 17. januar). *Retningslinjer om personopplysninger i studentprosjekter*. <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/retningslinjer-om-personopplysninger-i-studentprosjekter>
- Valla, B. (2022). Hvorfor vi trenger en ny måte og tilby psykiske helsetjenester på. I B. Valla (Red.), *Hjelp som hjelper: Psykisk helsetjeneste med lav terskel* (s. 13-35). Universitetsforlaget.
- Vetlesen, A. J. (2023, 20. juni). Jürgen Habermas. I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/J%C3%BCrgen_Habermas
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Volden, O., Thorød, A. B., Ulland, D. & Ulland, E. (2015). Innledning: Velkommen til psykisk helsefeltet. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse: nye arenaer aktører og tilnærminger* (s. 13-20). Universitetsforlaget.
- Wampold, B. E., Ahn, H.-n. & Coleman, H. L. K. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 268-273.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.268>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge Member of the Taylor and Francis Group.
- Watt, D. (2007). On Becoming a Qualitative Researcher: The Value of Reflexivity. *The Qualitative Report*, 12(1), 82-101. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1645>
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 111-119. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-03>
- Øverland, S. (2006). *Selvskadning - en praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget.
- Øydgard, G. W., Moen, H. B. & Sjøfjell, L. (2020). Psykisk helsearbeid i kommunene. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo & Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestens vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 109-129). Universitetsforlaget.
<https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020>
- Ådnanes, M., Høiseith, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus: brukere, pårørende og fagfolks erfaringer* (2021:00090). SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf

- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus: fagfolks erfaringer første året* (2020:00064). SINTEF.
https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf
- Ådnanes, M. & Steihaug, S. (2016). "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. *International Journal of Integrated Care*, 3(5), 1-11. <https://doi.org/10.5334/ijic.2435>
- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkestrategi EBSCO host



#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S14	S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	2
S13	S2 AND S3 AND S4 AND S5	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	438
S12	S2 AND S3 AND S4 AND S5	Limiters - Publication Date: 20000101- Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	421
S11	S1 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Limiters - Publication Date: 20000101- Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	953
S10	S1 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Limiters - Publication Date: 20000101- Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	953

S9	S1 AND S2 AND S4 AND S5	Limiters - Publication Date: 20000101- Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	1,202
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Limiters - Publication Date: 20000101- Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	176
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	2
S6	Paradigm* OR "medical model" OR "contextual model" OR "Epistemolog* identities" OR "epistemology* orientation"	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	441,284
S5	"health service*" OR "health care" OR "specialized healthcare" OR GP OR "general practitioner" OR doctor OR emergency OR "secondary healthcare" OR ambulance	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	5,076,872
S4	communit* OR district* OR primary* OR home* OR municipal*	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	9,767,026

S3	cooperat* OR co-operat* OR collaborat* OR interdisciplinary* OR interprofessional* OR multidisciplinary* OR Inter-professional*	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	2,590,014
S2	"self harm*" OR "self injur*" OR "self destructiv**"	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	49,952
S1	therapist* OR "social worker**" OR "health* worker**" OR nurse* OR personnel OR provider OR carer OR professional*	Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Complete;CINAHL;MEDLINE;Social Work Abstracts;SocINDEX	5,123,148

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide til forskningsprosjektet «Miljøterapeuters handlinger i møte med selvskadingsatferd»

Innledende om intervjupersonen

- Utdannings- og erfaringsbakgrunn
- Beskrivelser av arbeidsplassen, arbeidsoppgaver og hvor lang erfaring i kommunehelsetjeneste

Forståelse av selvskading

- Hva rommer begrepet selvskadingsatferd slik du ser det?
- Hva tenker du er bakgrunnen for selvskadingsatferden?

Handlinger i møte med selvskadingsatferd

- Fortell om en erfart hendelse med selvskadingsatferd og hva du som miljøterapeut gjorde.
 - Hva tenker du i etterkant om hva du gjorde?
 - Ville du gjort noe annerledes?
- Fortell gjerne om en situasjon hvor du opplevde å være en god hjelper.
- Og om en gang du ikke opplevde å klare og gi god hjelp.
- Hva oppleves mest utfordrende i møte selvskadingsatferd?
- Hva er viktig for deg i møte med brukere som har selvskadet?
- Hvordan jobber du forebyggende mot selvskading?
- Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet knyttet til selvskadingsatferd?
 - Politi, brann og redning, legevakt, fastlege, spesialisthelsetjeneste

Kunnskap og kompetanse om selvskadingsatferd

- Hvordan har du tilegnet deg kompetansen du har om selvskadingsatferd?
- Opplever du å ha tilstrekkelig kompetanse om selvskadingsatferd?
 - Hvis nei: Kan du si noe om hva du kunne ønsket mer kompetanse om?
- Hvilke retningslinjer eller faglige veiledere om selvskadingsatferd kjenner du til på arbeidsplassen din?
- Opplever du samstemthet i personalgruppen knyttet til både forståelse av selvskading og hvordan forholde seg til det?

Intervjupersonens selvivaretagelse

- Hva gjør det med deg som hjelper å møte selvskadingsatferd (akutt og oppfølging ellers)?

- Hva gjør du for å ta vare på deg selv i yrket?
- Hvordan tar ledelse og kolleger vare på ansatte og hverandre?
 - Generelt og etter spesielt tøffe hendelser/inntrykk spesielt.
- Ønsker du legge til noe mer?

Jeg vil nå se gjennom intervjuguiden før vi avslutter, så kan du samtidig tenke over om det er noe mer du ønsker å formidle.

Tusen takk for tiden din!

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Miljøterapeuters handlinger i møte med selvskadingsatferd”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt med det formål å få kunnskap om hvordan miljøterapeuter i kommunehelsetjenesten handler i møte med selvskadingsatferd. I dette skrevet får du informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i psykososial helse ved Universitet i Agder, med følgende problemstilling: *Hva gjør miljøterapeuter i kommunehelsetjenesten i møte med selvskadingsatferd?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet. Masterstudent er barnevernspedagog og miljøterapeut Iselin Dalen Moe. Veileder er Førsteamanuensis Gunnhild Ruud Lindvig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er ansatt i kommunehelsetjenesten. Du får dette informasjonsskrivet direkte fra masterstudenten, som har funnet mailadressen din på kommunenes nettside eller fått den oppgitt fra din leder eller kommunens sentralbord. Dersom du er miljøterapeut og har erfaring med oppfølging av brukere som selvskadere er du aktuell som deltaker i dette prosjektet.

Henvendelsen er gått til kommunehelsetjenester i kommuner innenfor en gitt rekkevidde, da jeg gjerne ønsker å gjennomføre intervjuene ved å møtes fysisk, og ikke digitalt eller via telefon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at jeg intervjuer deg i rundt én time. Intervjuet gjennomføres på et egnet sted vi blir enige om. Intervjuet vil være et semistrukturert intervju, hvor målet er å få beskrivelser og refleksjoner fra deg som intervjuperson om dine erfaringer knyttet til det å jobbe med selvskadingsatferd. Intervjuet tas opp på lydopptaker og blir transkribert i etterkant. Det vil si at en skriftlig versjon av intervjuet vil utgjøre det datamaterialet som skal analyseres, sammen med 4-5 lignende intervju gjort med andre miljøterapeuter.

Resultatene av prosjektet vil bli publisert i form av en vanlig masteroppgave eller i en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst, frem til analysen av datamaterialet er ferdig, 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

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

Som masterstudent blir det min oppgavene alene å gjennomføre og transkriberer intervjuene. Dermed blir det kun meg som vil ha kjennskap til din identitet. Veilederen min involveres i analysen av datamaterialet etter transkribering. I masteroppgaven og i en eventuell vitenskapelig artikkel vil ikke intervjupersoner kunne gjenkjennes.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Denne listen er det kun jeg som har tilgang til. Datamaterialet, både lydfiler og transkriberte intervju, vil lagres passordbeskyttet i universitetets skytjeneste.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i juni 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet anonymiseres. Dette innebærer at lydopptak og skriftlige opplysninger om navn og bakgrunnsopplysninger som alder, kjønn og bosted slettes slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i datamaterialet.

Dersom du i tillegg samtykker spesifikt til det (se avkryssingsboks to i samtykkeskjema), vil det anonymiserte skriftlige intervjuet arkiveres på ubestemt tid med det formål at det kan forskes videre på.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Sikt – Kunnskapsspektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personverregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Masterstudenten Iselin Dalen Moe på e-post iselin.dalen@gmail.com eller telefon 90 77 04 97.
- Universitetet i Agder ved masterstudentens veileder Gunnhild Ruud Lindvig på e-post gunnhild.r.lindvig@uia.no eller telefon 92268644.
- Universitetet i Agder ved personvernombud Trond Hauso på e-post Personvernombud@uia.no eller telefon 93601625.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Masterstudent
Iselin Dalen Moe

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Miljøterapeuters i møte med selvskadingsatferd», og har fått anledning til å stille spørsmål.

- 1: Jeg samtykker til å delta i individuelt intervju som tas opp på lydopptaker og at mine personopplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.
- 2: Jeg samtykker til at mitt intervju, i anonymisert form, arkiveres på ubestemt tid med det formål at det kan forskes videre på.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Godkjenning fra SIKT



Norsk ▾ Iselin Dalen Moe ▾

Meldeskjema / En kvalitativ studie av miljøterapeuters handlinger i møte med selvskadingsatferd i ko... / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

🖨️ Skriv ut

📅 21.04.2023 ▾

Referansenummer

326721

Vurderingstype

Automatisk ⓘ

Dato

21.04.2023

Tittel

En kvalitativ studie av miljøterapeuters handlinger i møte med selvskadingsatferd i kommunehelsetjenesten

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig

Gunnhild Ruud Lindvig

Student

Iselin Dalen Moe

Prosjektperiode

22.05.2023 - 16.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 16.06.2024.

[Meldeskjema](#) ↗

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger:
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5.1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg 5: Godkjenning fra FEK



Tidspunkt for godkjenning: : 19/06/2023

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Miljøterapeuters handlinger i møte med selvskadingsatferd i kommunehelsetjenesten - RITM0214846

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00