

Ingen ser at jeg sliter

En kvalitativ studie om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp

Selina Sevland Andersen

Tverrfaglig helseforskning

120 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



Sammendrag

Formål: Formålet med prosjektet var å fremskaffe kunnskap om hvordan personer med henvisning for psykiske plager opplever å bli avvist av spesialisthelsetjenesten. Nærmere bestemt hvilke erfaringer de har gjort seg, og hvordan det har påvirket dem. I målsettinger og handlingsplaner for psykisk helse er det et betydelig fokus på organisering og drift, men lite oppmerksomhet på pasientenes opplevelser. Dermed går en glipp av kunnskap som direkte kan bidra til tjenesteforbedring.

Teoretisk forankring: Goffmans teori om stigma, samhandlingsteori og teori om sosioøkonomiske forskjeller ble benyttet som teoretisk forankring av studien.

Metode: Kvalitative data ble innhentet ved bruk av seks semistrukturerte intervju som ble gjennomført med fenomenologisk tilnærming. Personer bosatt i Oslo, i aldersgruppen 18-50 år, ble inkludert i prosjektet. Deltakerne ble rekruttert gjennom samarbeid med åtte private psykologklinikker som informerte om prosjektet til aktuelle pasienter.

Resultater: Studiens funn indikerer at avvisning fører til at pasienter går glipp av hjelp de opplever å trenge, og at de blir «kasteballer i systemet». Avvisningen skaper en indre diskusjon hvor «den indre kritiker» drøfter om beslutningen av avvisning var riktig eller gal. Flere av deltakerne har mistet tillit til helsetjenesten. Videre bringer avvisningen med seg økonomiske utfordringer fordi privat psykisk helsehjelp har en høyere prislapp. Deltakerne viser også til at somatisk helsehjelp oppleves lettere tilgjengelig enn psykisk helsehjelp.

Konklusjon: Avvisning av psykisk helsehjelp medfører at pasienter henvises fram og tilbake mellom kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten. Ofte ender de opp uten behandlingstilbud. Avvisningen rører også ved selvfølelse og opplevd egenverdi, og skaper usikkerhet knyttet til økonomi og tillit til helsevesenet. Studiens funn indikerer at avvisningen forsterker psykiske vansker. Videre undersøkelser bør sette søkelys på hvor mange dette gjelder, og beskrive nøye hvordan helsetjenesten fungerer – eller svikter – på dette området. Alle som opplever at de har behov, må sikres psykisk helsehjelp.

Abstract

Purpose: The purpose of this project was to obtain knowledge about how patients with referral for mental illness experience being rejected by the specialized health services. More precisely we wanted to explore their experiences and how it affected them. In connection with new goals and action plans regarding mental health there is a significant focus on how the health services should operate, but less focus on patient experiences. Thus, we miss out on useful knowledge that directly could improve the health services.

Literature framework: Theory of stigma by Goffman, interaction theory and theory regarding socioeconomic differences were used as literature framework of this study.

Method: Qualitative data were collected by six semi-structured interviews with phenomenological approach. Persons between 18 and 50 years of age living in Oslo were included. The participants were recruited in cooperation with eight private mental health clinics where psychologists informed relevant patients about this project.

Results: This study shows that rejection cause obvious difficulties for patients. They struggle finding other alternatives and are referred back and forth between local, low-threshold services and specialist health care. Some end up without any treatment offer. The rejection causes an internal discussion about whether the rejection was correct or not. Several of the participants have lost trust in the health services. Moreover, the rejection of mental health care treatment affects people's economy as private mental health care is more expensive. The participants also refer to discrimination within the health care services as somatic health care seems more accessible than mental health care.

Conclusion: Rejection of mental health treatment results in patients being referred between several treatment offers, and not really qualify for any of them. Rejection affects their self-esteem and creates uncertainty regarding economy and lack of trust in the health care services. Findings indicate that rejection cause additional mental health trouble. Further research should therefore focus on how many this applies to, and precisely report how the health care services work – or fails. Everyone that experience a need of mental health care should be secured treatment.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har gitt mer enn ord nedskrevet på et dokument. Møtet med personene som deltok i studien, og det inntrykket jeg sitter igjen med etter å ha hørt på deres erfaringer er sterkt, og har hatt stor innvirkning på meg. Til tross for at arbeidet har tatt mye tid og krefter har disse møtene gitt motivasjon og inspirasjon til å fortsette.

Jeg har mange jeg ønsker å rette en takk til, men først vil jeg takke menneskene som deltok i studien. Dere gikk inn i prosjektet med stort engasjement og vilje til å dele erfaringer, selv om temaet til tider kan være sårt og vanskelig. Takk for at jeg fikk muligheten til å erfare deres syn på avvisning- det hadde ikke blitt en masteroppgave uten deres deltakelse.

Videre vil jeg rette en stor takk til mine veiledere. Arild Bjørndal, din støtte og faglige dyktighet har vært enestående. Din positive holdning har vært inspirerende fra start til slutt, og har motivert meg til å fortsette, selv i perioder hvor jeg ikke har sett en ende på prosjektet. Det spiller ingen rolle om det er lørdag eller helligdag, du har tilbudt veiledning uansett! Takk til min andre veileder Lisbeth Thoresen for konstruktive tilbakemeldinger og det lille ekstra dyttet for å komme i gang med ulike deler av prosjektet. Sammen har deres bidrag gitt meg troen på at oppgaven skal komme i havn. Takk for at dere sa ja til å være veiledere!

Mine medstudenter: Tusen takk for til sammen fem fine år sammen på bachelor og dette masterstudiet. Dere har gjort uendelige timer på universitetet utholdelig, og ikke minst veldig gøy. Jeg ser frem til å medbringe mer tid med dere utenfor skolen.

Til slutt vil jeg takke venner, familie og kjæreste. Til mine nydelige venner for støttende ord og motivasjon. Til mamma og pappa for å alltid ha tro på meg, og ha støttet meg gjennom hele utdanningsløpet. Også en ekstra takk til pappa for korrekturlesing av oppgaven. Min fantastiske kjæreste, takk for at du holdt ut med meg når all tid og krefter gikk til oppgaven. Takk!

Oslo, mai 2022.

Selina Sevland Andersen

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
FORORD	4
1. INTRODUKSJON	7
1.1 IDÉ OG HENSIKT	7
1.1.1 <i>Faglig formål</i>	7
1.1.2 <i>Personlig formål og egen bakgrunn</i>	8
1.2 PROBLEMSTILLING	8
1.3 BEGREPSAVKLARINGER	9
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	10
2. BAKGRUNN	11
2.1 FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER	11
2.2 HENVISNING OG BEHANDLING I NORSK HELSEVESEN	11
2.3 OPPGAVEFORDELINGEN MELLOM PRIMÆRHELSETJENESTEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN	12
2.4 AVVISNING	13
2.4.1 <i>Avvisninger i psykiatrien</i>	13
2.4.2 <i>Tidligere forskning</i>	14
2.5 PRIVATE HELSETJENESTER	15
2.6 OPPSUMMERING	15
3. TEORETISK RAMMEVERK	16
3.1 STIGMA	16
3.1.1 <i>Selvstigma</i>	17
3.2 HELSESYSTEMET	18
3.2.1 <i>Samhandling</i>	19
3.2.2 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	20
3.2.3 <i>Brukermedvirkning</i>	20
3.3 SOSIOØKONOMISKE FORSKJELLER	21
3.4 OPPSUMMERING	22
4.0 METODE	22
4.1 KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	23
4.2 FENOMENOLOGISK TILNÆRMING	23
4.3 DATAINNSAMLING	24
4.3.1 <i>Utvalg og rekruttering</i>	25
4.3.2 <i>Maksimalt variasjonsutvalg</i>	25
4.3.3 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	26
4.4 ERFAINGER GJENNOM DATAINNSAMLINGEN	26
4.4.1 <i>Rekrutteringsprosessen</i>	26
4.4.2 <i>Gjennomføring av intervju</i>	27
4.5 ANALYSE	28
4.5.1 <i>Transkribering</i>	28
4.5.2 <i>Tematisk analyse</i>	28
4.5.3 <i>Analyseprosessen</i>	29
4.6 VITENSKAPELIG KVALITET	30
4.6.1 <i>Validitet</i>	30
4.6.2 <i>Refleksivitet</i>	31
4.6.3 <i>Generalisering</i>	32
4.6.4 <i>Reliabilitet</i>	32
4.7 ETISKE BETRAKTNINGER	33
4.7.1 <i>Godkjenninger</i>	34

5. RESULTATER.....	35
5.1 PRESENTASJON AV UTVALGET.....	35
5.1.1 Demografiske likheter og ulikheter i utvalget.....	37
5.2 KASTEBALL I SYSTEMET.....	38
5.3 DEN INDRE DISKUSJONEN.....	40
5.4 ØKONOMISK BEKYMRING.....	42
5.5 FORSKJELLSBEHANDLING.....	44
6.0 DISKUSJON.....	46
6.1 KASTEBALL I SYSTEMET.....	46
6.2 DEN INDRE DISKUSJONEN.....	49
6.3 ØKONOMISK BEKYMRING.....	50
6.4 FORSKJELLSBEHANDLING – SOMATIKK OG PSYKIATRI.....	52
6.5 METODEDISKUSJON.....	54
7. KONKLUSJON.....	56
7.1 VEIEN VIDERE.....	56
LITTERATURLISTE.....	58
VEDLEGG.....	67

Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjenning Sikt

Vedlegg 2: Tilbakemelding REK

Vedlegg 3: Godkjenning Masterkomiteen ved UiO

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjuguide

1. Introduksjon

Denne masteroppgaven handler om avvising av psykisk helsehjelp. Hva skjer når noen opplever å ha et behov for hjelp med psykiske plager og søker hjelp, for så å bli avvist? Oppgaven undersøker noen personers subjektive opplevelser og erfaringer med å bli avvist psykisk helsehjelp, samt hvordan de opplever hverdagen og livet i ettertid av avvisingen. Deltakerne er seks personer som har blitt avvist psykisk helsehjelp i offentlige tjenester, og som på intervjudtidspunktet nylig fikk, eller fremdeles fikk behandling hos privat psykolog.

1.1 Idé og hensikt

Jeg har i løpet av de siste årene fått økt interesse for psykisk helse, særlig hvordan psyken vår påvirker oss i dagliglivet. Jeg ønsker også å få bedre innsikt i hvordan personer med psykiske helseplager opplever livet og mestrer hverdagen. Personer som oppsøker psykisk helsehjelp og deres erfaringer med den hjelpen de får, ble et utgangspunkt for å avgrense tema for oppgaven. Jeg leste meg opp på helsetjenestens retningslinjer og rutiner, og jeg forsto at det er en gruppe mennesker som blir avvist psykisk helsehjelp hvert år. Om disse fant jeg lite forskning, både nasjonalt og internasjonalt. Avslagsfrekvensene i psykisk helsevern varierer etter bosted, men er de fleste steder høye. Det betyr at mange opplever å ha et behov for hjelp som ikke blir møtt. Vi vet lite om hvem de er, hva de erfarer og hvordan det går med dem. Jeg ønsket derfor å innhente mer kunnskap om opplevelser og erfaringer av å bli avvist psykisk helsehjelp.

1.1.1 Faglig formål

Både i den politiske debatten i Norge og i den norske helsetjenesten er det fokus på psykisk helse. Vi har et omfattende offentlig tjenesteapparat i tillegg til mange private aktører, særlig psykologer. Ressursbruken diskuteres både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det foreligger en rekke politiske dokumenter og faglige utredninger, og stadig nye kampanjer og handlingsplaner. Vi vet imidlertid ikke så mye om hvordan disse tiltakene og tjenestene oppleves fra pasientenes perspektiv. Kan vi da være sikre på at metodene, prosedyrene og tjenestene virkelig er til det beste for pasienten? Det kan se ut som utformingen av helsetjenestene på psykisk helseområdet er begrunnet først og fremst i forekomstdata, effektforskning og profesjonstradisjoner – og i mindre grad utnytter innsikt fra pasientene for å utvikle hjelpen og hjelpetjenestene. Et faglig formål i denne oppgaven er derfor å beskrive

erfaringer og råd direkte hentet fra dem det gjelder. Slik kunnskap er et viktig, av og til avgjørende, supplement til annen forskning og til fagfolkenes ekspertise.

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg også å rette søkelys mot en gruppe som i utgangspunktet faller litt utenfor, og som vi vet lite om. For å forbedre tjenestene på dette området trenger vi både en systematisk og omfattende innhenting av pasienterfaringer – og bedre innsikt i hvordan situasjonen er for dem som ble avvist behandling.

1.1.2 Personlig formål og egen bakgrunn

Ved siden av det faglige har jeg et personlig formål med studien. Jeg har selv erfart å oppsøke psykisk helsehjelp. Jeg var heldig og fikk behandlingen jeg ønsket. Der jeg var i livet på det tidspunktet, opplevde jeg dette som helt nødvendig for å klare hverdagen og dens utfordringer. I dag er jeg takknemlig over å ha fått nyttig hjelp. Jeg er helt sikker på at jeg hadde opplevd en eventuell avisning som vanskelig. Det kan imidlertid være ulik alvorlighet av psykiske helseplager, som vil kunne utløse ulike reaksjoner på avvising.

I tillegg til personlig erfaring med å oppsøke psykisk helsehjelp har sannsynligvis utdanning og arbeidserfaring også preget interessen for feltet. I 2021 avsluttet jeg min bachelor i livsstilsendring og folkehelse ved Høyskolen Kristiania, hvor emner tilknyttet psykisk helse opplevdes særlig interessant. Samtidig har jeg i tre år arbeidet frivillig hos Helseutvalget, der mye av arbeidet går til å ha samtaler med ungdom med psykiske vansker.

Med dette visste jeg at jeg som forsker gikk inn i studien med både erfaring, kunnskap og meninger om temaet. Denne forforståelsen har jeg vært bevisst på gjennom hele prosessen, og har etter beste evne etterstrebet å beholde en refleksiv holdning. Jeg er samtidig opptatt av å gjøre opplevelsen av avvising forståelig, og dermed prøve å forstå hvordan denne situasjonen erfares, samt hvilke eventuelle følger den får, men uten å la egen forforståelse prege forskningen.

1.2 Problemstilling

En god problemstilling skal være logisk i forhold til tema, tydelig formulert, og spesifikk. (1,2). Den må være mulig å besvare, og ta stilling til studiens interne validitet – gi kunnskap om det vi faktisk lurer på. Med bakgrunn i oppgavens tema har jeg derfor konkretisert

følgende overordnede problemstilling:

Hvordan erfarer voksne i Oslo avvísning av psykisk helsehjelp, og hvilke følger får avvísningen?

1.3 Begrepsavklaringer

Erfaring

Betegnelsen erfaringer kan oppfattes som et vidt begrep. Erfaringsbegrepet som benyttes i oppgaven er hentet fra fenomenologen Max van Manens begrep «levd erfaring» eller «Lived experience» (3). van Manen mener at levd erfaring handler om hvordan noe «presenterer seg» eller erfares direkte, før man har tenkt over det. Han omtaler en erfaring som pre-refleksiv. Med dette mener han at erfaringen er «rå» – den er ikke bearbeidet eller tillagt teoretisk betydning. I denne studien innebærer erfaring dermed kunnskap deltakerne sitter på etter å ha opplevd avvísning fra spesialisthelsetjenesten.

Psykisk sykdom, psykiske plager og psykiske vansker

I oppgaven vil psykisk sykdom, psykiske plager og psykiske vansker omtales om hverandre. Etersom deltakernes grunnlag for å oppsøke psykisk helsehjelp ikke er kartlagt, vil ingen spesifikke lidelser/plager bli definert. Deltakerne oppfatter selv å slite psykisk, noe som i det videre vil omtales som sykdom, plager eller vansker.

Psykiske plager og lidelser

Studien inkluderer deltakere som selv oppfatter å ha psykiske plager eller lidelser. Ifølge Folkehelseinstituttet skaper ulike former for psykiske plager store vansker, men ikke nødvendigvis i den grad at det kan settes en diagnose (4). Plagene kan likevel oppleves betydelige i kortere eller lengre perioder, og gå ut over dagliglivets funksjon. Eksempler på psykiske plager kan være uro, nedstemthet og engstelse, som gjerne er knyttet til spesifikke hendelser og erfaringer (5). Ved psykiske lidelser vil derimot symptombelastningen være av slik karakter at kriteriene for klinisk diagnose er oppfylt. Dette kan være «tyngre» diagnoser som depresjon, angst, ADHD, schizofreni og bipolar lidelse. Å kartlegge psykiske lidelser krever omfattende vurderinger, gjerne hos lege eller psykolog. Rapporten «Psykisk helse i Norge» fra 2018 anslo basert på norske og internasjonale studier at mellom 16 og 22 prosent av voksne oppfyller kriteriene for psykisk lidelse i løpet av 12 måneder. Samtidig anslår Helsedirektoratet at omtrent én fjerdedel av den norske befolkningen vil ha en psykisk lidelse

i løpet av livet (6).

Psykisk helsevern og DPS

Psykisk helsevern, også kalt psykiatrien, omfatter spesialisthelsetjenestens psykiatriske tilbud. Psykisk helsehjelp for psykiske lidelser og sykdommer tilbys også kommunalt, men det er likevel spesialisthelsetjenesten som er mest utbygd og best kjent i befolkningen (7). Det mest utbygde tilbudet er distriktpsikiatriske sentre (DPS), som gir behandlingstilbud i et bestemt geografisk område på bakgrunn av henvisninger (8). Her kan man få utredning og differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling.

Avvisning av psykisk helsehjelp

Å bli avvist psykisk helsehjelp innebærer at man ikke får innvilget søknad om helsehjelp, og dermed ikke får tilbud om videre behandling. I denne studien har deltakerne fått henvisning til offentlig psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i henvisning fra fastlege, men fått avslag. De fikk dermed ingen tilbud om behandling eller oppfølging fra annenlinjetjenesten. De måtte selv finne frem til private tilbydere for å få ytterligere hjelp.

1.4 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er inndelt i sju kapitler. I neste kapittel vil jeg presentere bakgrunn og kunnskapsstatus vedrørende avvisning av psykisk helsehjelp, før jeg i kapittel tre tar for meg teori om stigma, samhandling og sosioøkonomisk status. Det fjerde kapitlet favner metodiske valg, og grunnlag for dette, samt erfaringer fra datainnsamlingen. I det femte kapitlet presenteres oppgavens empiriske funn med utdrag fra deltakernes forklaringer, før jeg i kapittel seks drøfter studiens funn. Avslutningsvis vil jeg i det syvende kapitlet oppsummere prosjektet og gi forslag til veien videre.

2. Bakgrunn

2.1 Forekomst av psykiske lidelser

Tall fra Folkehelseinstituttet viser altså at mellom én av seks og én av fire voksne oppfyller kriteriene for psykisk lidelse i løpet av et år (5). Mange oppsøker helsetjenesten grunnet psykiske symptomer og lidelser, det gjaldt om lag 15 prosent av alle menn og 22 prosent av alle kvinner i 2020. Blant de som har psykiske lidelser vil halvparten ha minst to psykiske lidelser. Samtidig kan det være verdt å merke seg at funn fra norske og internasjonale studier viser at mange med psykiske lidelser ikke kontakter hjelpeapparatet (9,10). Dette gjør at det i realiteten er høyere forekomst av psykiske lidelser enn de data som blir registrert.

2.2 Henvisning og behandling i norsk helsevesen

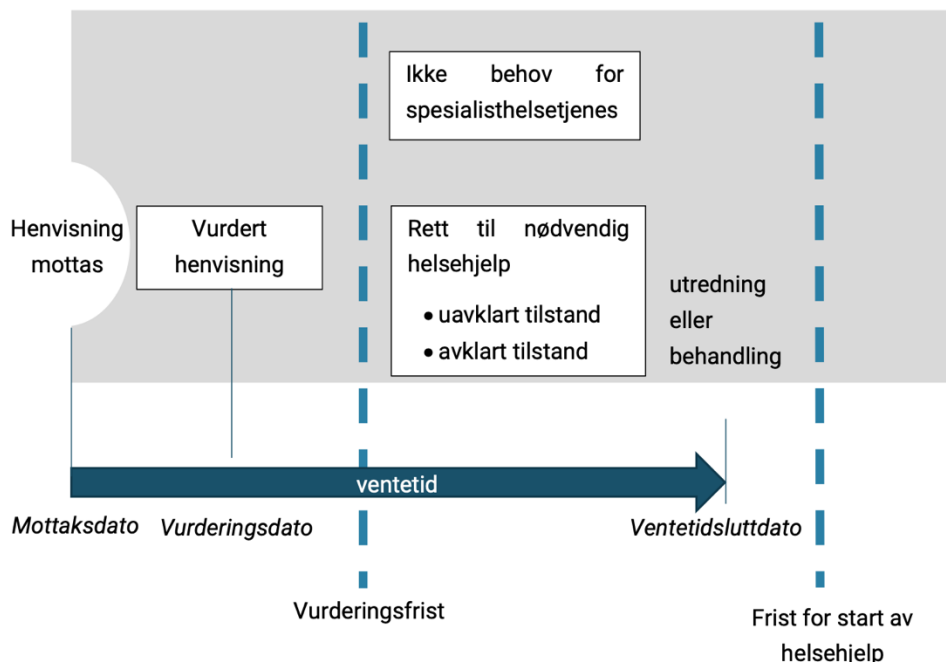
Den vanligste veien til psykisk helsehjelp i Norge er via fastlege (11). Dersom fastlege ser behov for psykisk helsehjelp, vil pasienten som regel bli henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Tilbudet pasienten får avhenger av hvilken kommune pasienten tilhører, og hvilke tilbud kommunen har. Oslo kommune tilbyr lavterskeltilbud som ikke krever legehenvvisning, samt tilbud innen spesialisthelsetjenesten (DPS) som krever søknad eller henvvisning fra fastlege/psykolog. Dersom man vurderes til å ha rett på helsehjelp vil pasienten få hjelp innen 4–6 uker, mens pasienter som blir avvist blir anbefalt til å kontakte lavterskeltilbud eller private tilbydere.

Noen pasienter har rett til prioritert helsehjelp (12). Etter pasient- og brukerrettighetslovens §2-2 skal alle som henvises fra fastlege til spesialisthelsetjenesten, etter hovedregelen, få tilstanden vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen ble mottatt. Pasienter som blir vurdert til å ha rett på nødvendig helsehjelp kalles «rettighetspasienter». Rettighetspasienter kan kreve helsehjelp, og har rett til å få en fastsatt frist. Det er derfor viktig å skille mellom rettighetspasienter og andre pasienter.

SINTEF samler inn årsverkstall for psykisk helsearbeid i alle landets kommuner på oppdrag fra Helsedirektoratet (13). Rapport fra 2021 viser endringer i omfang av henvendelser, sammenlignet med tall fra 2019. 28 prosent av kommunene rapporterer om stor økning i henvendelser og henvisninger for psykiske helseplager blant barn og unge, og 27 prosent av kommunene melder om det samme blant voksne. Hvem som får innvilget helsehjelp og hvem

som blir avvist avgjøres av skjønnsmessige vurderinger i spesialisthelsetjenesten basert på de prioriteringsreglene vi bruker i Norge (pasient- og brukerrettighetsloven §2-1b) (14).

Figuren under er publisert av Helsedirektoratet og viser ventelisteforløpet (15). Denne gjelder pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Av figuren kan vi se at henvisning mottas av spesialisthelsetjenesten, som videre vurderer henvisningen med hensyn til behov for helsehjelp. Dersom pasienten vurderes til ikke å ha behov for behandling, vil pasienten bli avvist. Når behovet vurderes å være stort, vil pasienten ha rett til nødvendig helsehjelp, og få utredning eller behandling innen fastsatt frist. I følge pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3 har pasienten rett og mulighet til å påvirke alle avgjørelser som tas (16). Dette gjelder dog ikke ved avvisning, noe jeg kommer nærmere inn på senere.



Figur 1. Helsedirektoratets ventelisteforløp (15).

2.3 Oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Denne masteroppgaven omhandler pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten av fastlege. Primærhelsetjenesten, også kalt førstelinjen eller kommunehelsetjenesten, er den delen av helsetjenesten som tilbys på lokalt nivå (17). Dette inkluderer bl.a. allmennlegetjeneste (fastlege), sykepleietjenester og diverse såkalte lavterskeltilbud (der henvisning ikke er nødvendig). Spesialisthelsetjenesten, eller andrelinjen, omfatter derimot helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (18). Det vil blant annet være sykehus, distriktpsikiatriske sentre (DPS), opptrenings- og

rehabiliteringsinstitusjoner osv. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å behandle henvisninger fra primærhelsetjenesten, samt diagnostisere, behandle og følge opp pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer. Ideelt bør det være en avtalt arbeidsdeling mellom første- og annenlinjen, ikke minst når det gjelder håndteringen av personer med kroniske plager. Behovet for bedre samhandling er en gjenganger i debatten om norsk helsetjeneste.

Psykisk syke pasienter mottar ofte helsehjelp fra flere deler av helsetjenesten (19). Hvilken type helsehjelp som gis avhenger altså av pasientens behov (14). I følge «Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern» (20) skal det tas hensyn til alvorlighet/funksjonstap, varighet, forventet nytte av behandling, kostnadseffektivitet og individuelle forhold ved beslutning av hvilke tilstander som skal prioriteres. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – «Sammen om mestring» (7). Veilederen viser til samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene som en avgjørende faktor for effektiv behandling for pasienten. Pasienter med milde og kortvarige problemer skal få helsetilbud i kommunen, og for pasienter med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser skal både kommune og spesialisthelsetjenesten være påkoblet. Pasienter med alvorlige problemer/lidelser skal alltid forankres i spesialisthelsetjenesten.

2.4 Avvisning

Avvisning kan forklares som det motsatte av aksept og tilhørighet (21). Mennesker er en sosial art med sterkt behov for å høre til, og enda sterkere motvilje mot å bli avvist (22). Vi har utviklet biopsykologiske mekanismer for å informere om fare og trusler mot aksept og tilhørighet, sammen med emosjonelle systemer for å håndtere truslene (23). Opplevelsen involverer de samme hjernesystemene som ved fysisk smerte, som gjør at vi etterstreber å unngå dette. Eksempler på avvisning er å bli forlatt, oppløsning av vennskap, ekskludering i møte med andre, eller andre mellommenneskelige avvisninger. Opplevelsen er subjektiv, og hvordan en takler det er knyttet til hvordan avvisningen oppfattes (21).

2.4.1 Avvisninger i psykiatrien

For noen vil det å kontakte fastlege og få henvisning til spesialisthelsetjenesten ikke være nok til å få hjelp. I 2020 kunne Helsedirektoratet opplyse om at 23 prosent av henvisningene til psykisk helsevern ble avvist, en svak stigning fra 2019 (24). Totalt utgjorde dette 31 840 barn,

unge og voksne. Blant voksne gjelder dette hovedsakelig personer som har fått henvisning til spesialisthelsetjenesten av fastlege. Avvisningsfrekvensen varierer mellom landets fylker, hvorav dobbelt så mange ble avvist i Rogaland som i Møre og Romsdal. I Oslo ble 25 prosent av henvisningene avvist i 2020.

Helsedirektoratet har utarbeidet et nasjonalt pakkeforløp for utredning og behandling av pasienter i psykisk helsevern (25). Av pakkeforløpet fremkommer det at pasienter skal henvises til psykisk helsevern dersom ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger. Noen av disse tegnene er vedvarende angst eller nedstemthet, funksjonsfall med vedvarende vansker med å være i arbeid, delta på skole eller i sosialt liv, problematisk bruk av rusmidler, eller selvmordstanker og/eller selvskading. Dersom spesialisthelsetjenesten likevel vurderer pasienten til å ikke ha rett på helsehjelp, vil altså pasienten få avslag. Vurderingen gjøres på bakgrunn av informasjon i henvisningen, samt prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne (25). Trolig spiller også kapasitetshensyn inn.

2.4.2 Tidligere forskning

Det viste seg vanskelig å finne tidligere forskning spesifikt om opplevelser og erfaringer med å bli avvist psykisk helsehjelp. Jeg har dermed inkludert nasjonale og internasjonale studier som omhandler annen avvisning i helsevesenet, samt avvisning generelt. En svensk kvalitativ studie viser at personer med selvskadende atferd som opplever avvisning kan avstå fra å be om fremtidig hjelp (26). Én av grunnene til dette er vanskeligheter med å selv avgjøre alvorlighetsgraden av problemene. Dette støttes av funn blant personer som lider av psykiske plager, som viser at avvisning av helsetjenesten oppfattes som et tegn på å være belastning for andre, noe som hindrer dem i å oppsøke helsehjelp på ny, og få tilstrekkelig omsorg (27).

Ved et norsk smertesenter fant man i en studie fra 2020 at avviste pasienter oppfattet avvisningen som en avvisning fra helsetjenesten som helhet (28). Dette begrunnes med at behandling ved smertesenter ble ansett som det siste behandlingstilbudet, noe som skapte sterke reaksjoner hos pasientene. Mangel på ytterligere behandlingstilbud kombinert med uforståeligheten rundt avslaget økte håpløsheten og frustrasjonen i pasientenes situasjon. Studien konkluderte med at avslag fra helsetjenesten kan få alvorlige konsekvenser for pasientene i de påfølgende månedene (28).

Hvordan vi opplever og erfarer avvisning er subjektivt, men forskning indikerer at man vil kunne forstå sin egen verdi som lav (22,23). Avvisning kan oppfattes som potensiell fare, samt skape følelser av ensomhet, skam, tristhet og sinne. Disse følelsene kan være forårsaket av ekte, innbilt eller forventet avvisning, og hvordan vi reagerer avhenger av kognitive vurderinger og tidligere erfaringer. Samtidig kan avvisning motivere til oppførsel som opprettholder egenverdi og beskytter mot nye eventuelle avvisninger. Dette forklares ved at avvisning aktiverer forbedringsstrategier etter ubehagelige opplevelser man ikke ønsker å gjenoppleve, noe som motiverer til endring. Noen kan oppmuntres til å endre atferd i form av å be om tilgivelse eller å fikse relasjoner, mens andre vil motiveres til å styrke egen selvfølelse (22,23).

Motivasjon ved avvisning bunner i forsvarsmekanismer (22,23). Primært bruker vi to ulike forsvarsmekanismer: selvbeskyttelse og selvforbedring. For personer med lav selvtillit er selvbeskyttelsesstrategier vanlig respons. For å unngå avsløring av egne svakheter vil en kunne avvise partner, eller unngå situasjoner som oppleves truende mot aksept. For denne gruppen mennesker fungerer dermed avvisning som en motivasjon til å unngå ny avvisning ved å selv avvise andre og unngå truende situasjoner. Personer med høy selvtillit vil derimot reagere på avvisning med selvforsterkende strategier. Man vil bli motivert til å bekrefte egen identitet, forsterke eksisterende relasjoner, og jobbe hardt for å bevise egne styrker. Både selvbeskyttelsesstrategier og selvforbedringsstrategier vil motivere til styrking av selvtillit, og etter beste evne motvirke tap av selvtillit (22,23).

2.5 Private helsetjenester

Ved avvisning av offentlig psykisk helsehjelp kan man velge å oppsøke private helsetjenester for behandling hos psykolog/psykiater. Fordelen med dette er at ingen henvisning kreves, og tilgangen er enkel grunnet ingen eller korte ventelister (24). Til gjengjeld er prisen derimot betydelig høyere. Egenandelen er for tiden 375kr i det offentlige mot henholdsvis 1100–1200kr per konsultasjon hos private aktører. For personer som har god økonomi kan dette dermed være en løsning ved avvisning i spesialisthelsetjenesten.

2.6 Oppsummering

Oppsummert antyder tidligere forskning at avvisning kan påvirke mennesker både positivt og negativt. Positivt i form av at det kan motivere til å beholde egenverdi, og negativt nettopp fordi det kan gi følelser av lav egenverdi, som videre kan føre til unngåelse av videre kontakt

med helsevesenet. Opplevelsen av å ha psykiske plager betyr som regel at den det gjelder er i en sårbar og vrien situasjon, og det er grunn til å tro at avvisning for de aller fleste vil fortone seg som vanskelig. Samtidig kan det se ut til at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten har noen svakheter, og at avgjørelser fattes på et skjønnspreget grunnlag. Siden avslagsfrekvensene til dels er høye, går det utover en rekke personer. Det synes klart at vi må interessere oss for hvem disse er, hva de opplever og hvordan det går med dem.

3. Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet redegjør for Goffmans teori om stigma, samt samhandlingsteori og kunnskap om sosioøkonomiske forskjeller. Ved kvalitativ forskning vil det potensielt kunne være mange teoretiske modeller til disposisjon (1). Teorien som blir valgt defineres som referanseramme. Den teoretiske referanserammen består av modeller, teorier, begreper, definisjoner og forskningstradisjoner som benyttes ved fortolkning og strukturering av materiale og funn. Valget av teoretisk referanseramme ble gjort underveis i forskningsprosessen, etter hvert som analysearbeidet utpekte teoretiske posisjoner. Teori om stigma, samhandling og sosioøkonomiske forskjeller blir presentert for å bedre forstå bakgrunnen for og implikasjonene av studiens funn.

3.1 Stigma

Psykiske vansker og lidelser er assosiert med stigma (29). Stigma og stigmatisering ved psykiske lidelser har sikkert alltid eksistert, og er f.eks. omtalt i Bibelen, der alvorlig sinnslidelse ble tolket som uttrykk for demonbesettelse og straffedom for synder (30). I nyere tid står den kanadiske sosiologen Erving Goffman (1922–1982) bak boken «Stigma: notes on the management of spoiled identity», hvor han beskriver en teori om stigma som regnes som en klassiker (31,32). Teorien blir anvendt i denne studien for å forstå stigma som en sosial utfordring.

Goffman forklarer stigma som et sosialt konstruert fenomen som identifiserer personer eller grupper som avviker fra normer, idealer eller forventninger (31). Stigma kan forstås som en relasjon mellom egenskap og en stereotyp klassifisering av mennesker, samt tap av egenverdi og attraktivitet som en konsekvens av å bli sosialt merket. Det stigmatiserte mennesket har en egenskap som diskvalifiserer fra sosial aksept, som vil motivere individets innsats for å skjule denne egenskapen når det er mulig (33). Eksempelvis vil psykisk sykdom kunne utløse stigma ved at selve sykdommen, eller behandlingen av denne signaliserer en ytre ulikhet (30). I følge

Goffman vil en stigmatisert person bli sett negativt på fordi han eller hun bærer en egenskap som ikke er sosialt akseptert. Dette vil generere skam, skyld og sosial avvisning (31).

Stigma knyttet til psykisk helse er en barriere for å søke helsehjelp, og kan resultere i utsettelse i hjelpesøking eller helt å droppe å oppsøke helsetjenesten (34,35). Forventet stigma, dvs. en forventning om å bli urettferdig behandlet eller negativt oppfattet, gjør prosessen med å søke helsehjelp vanskeligere. For å unngå offentlig stigmatisering i form av å få merkelapp som psykisk syk unngår enkelte å skaffe seg hjelp (35). Det ser også ut for at personens subjektive oppfatning om psykisk helse påvirker hvorvidt en oppsøker helsehjelp eller ikke (36). Personer som ikke opplever psykiske helseplager som noe negativt vil ikke oppleve eller være bekymret for stigmatisering i like stor grad som dem som opplever skam (35).

Forskning har dokumentert stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og dens negative konsekvenser for livskvalitet (30,37,38). En studie blant voksne med psykiske helseplager viste at mer enn to av tre skjuler de psykiske helseplagene for kollegaer og klassekamerater, og mer enn én av tre gjør det samme for familie og venner (39). Dette bunner i redsel for diskriminering og isolasjon. Opplevd risiko for sosial stigmatisering på grunn av psykiske helseplager fører til at mennesker skjuler denne egenskapen. Når plagene skjules, vil man kunne klare å unngå stigmatisering, men en vil på den andre siden måtte lyve og leve som en falsk versjon av seg selv. Dette påvirker livskvaliteten negativt (37,39).

3.1.1 Selvstigma

For personer med psykiske lidelser vil *selvstigma* kunne stå sentralt (29,40). Selvstigma innebærer at det stigmatiserte mennesket erkjenner offentlighetens og «de andres» fordommer mot psykisk sykdom, og dermed også erkjenner at en kan diskrimineres på grunn egen psyke. Det stigmatiserte mennesket godtar gjerne stereotypiene om seg selv, eksempelvis «jeg er psykisk syk, og jeg er farlig», som resulterer i selvstigmatisering (40). Selvstigma ved psykisk sykdom kan illustreres ved en såkalt «nivåmodell». En har en forståelse av at offentligheten anser psykisk syke som svakere enn andre. Over tid vil en slå seg til ro med denne «sannheten», og selv erkjenne at psykisk syke personer er svakere enn andre. Når en har erkjent at en selv er svakere enn andre, vil en utvikle nedlatende holdninger og tanker til seg selv. For eksempel «fordi jeg er svak, er jeg ikke verdifull» eller «fordi jeg er svak, har jeg færre muligheter» (40).

En artikkel fra 2012 viser at stigmatisering også kan gi en «*hvorfor prøve-effekt*» (41). Dette innebærer at psykisk syke personer som opplever selvstigma har en indre diskusjon om *hvorfor* de skal prøve å foreta seg noe. I forbindelse med jobb kan dette bety at personen spør seg selv hvorfor han eller hun skal søke en jobb, og begrunner dette med at en ikke fortjener denne jobben, eller ikke er viktig nok til å få jobben. Lav selvtillit og mindreverdighetsfølelse skaper denne «*hvorfor prøve-effekten*». I tillegg kan psykisk syke håndtere selvstigma ved å lukke seg inne (40). Ved å ikke la andre få vite om deres psykiske lidelse oppfatter de å bedre håndtere selvstigma, da åpenhet kan føre til diskriminering og tilbakefall. Forskning har derimot vist at åpenhet rundt psykiske lidelser er assosiert med redusert bekymring og økt støtte (29,40).

3.2 Helsen systemet

En forutsetning for at brukere skal motta riktig og meningsfull helsehjelp er godt samarbeid mellom de ulike aktørene i en helsetjeneste som er «rett» dimensjonert, organisert, finansiert og drevet. Når pasienter henvender seg til fastlege for psykiske problemer vil det være avgjørende at fastlegen gjør en god jobb med kartlegging og eventuell videre henvisning (42). Fastlegen må også ha god oversikt over, og godt kjennskap til, de tilbud kommunen har. De fleste kommuner har nå lavterskeltilbud der det er mulig å få hjelp med eller uten henvisning. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2006 førte til større ressursinnsats i de delene av helsetjenesten som møter personer med psykiske vansker (43), men det kan argumenteres for at det enda ikke har vært en samlet plan som har hatt som mål å styrke hele tjenestekjeden. Det er for lite hjelp tilgjengelig for de som trenger «livshjelp» og samtidig kritiseres systemet også for ikke å ivareta de sykeste godt nok.

I 2012 trådte regjeringens samhandlingsreform i kraft, en reform som skal fremme mål om helhetlig pasientforløp, mer forebygging, økt brukerinnflytelse og en mer bærekraftig utvikling (44). Den gjelder alle fagområder – både somatikk, psykisk helse og rus.

Samhandling mellom de ulike aktørene i helsetjenesten er viktig, men har vist seg vanskelig å få til, særlig koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (45). Mangel på samhandling oppleves som at «systemet» ikke henger sammen, og pasienter blir «kasteballer» mellom ulike deler av det som burde være én helsetjeneste, noe som både er faglig og menneskelig uverdigg (46). Når personer som opplever at de trenger hjelp for psykiske utfordringer først blir avvist og så kun får en liste over private (og dermed dyre) psykologer i hånden med beskjed om å ringe rundt, er dette et eksempel på en «systemfeil» som både

rammer enkeltmennesker og som er samfunnsøkonomisk ufornuftig.

3.2.1 Samhandling

Samhandling i helsetjenesten innebærer at primær- og spesialisthelsetjenesten samarbeider om mottak, forløp og behandling knyttet til pasienter som oppsøker psykisk helsehjelp. Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten eksemplifiserer at god behandling ofte vil kreve kombinasjoner av flere faglige tilnærminger (47). Godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er dermed vesentlig. Hvilke retningslinjer som skal følges avhenger av alvorlighetsgrad, men det er særlig viktig at fastlegene gjør sin del av jobben på en god måte ettersom de ofte er første kontaktpunkt. Retningslinjenes overordnede mål er knyttet til riktig diagnostisering, økt vektlegging av assistert selvhjelp, styrket evidensbasert psykologisk praksis i behandling, samt riktig bruk av medikamentell behandling. SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om samarbeidet mellom de ulike delene av helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser (42). Rapporten fra 2014 viser til (selvrapportert) godt samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste i over 80 prosent av landets kommuner. Samtidig fremkommer det at to av tre kommuner har erfart at pasienter skrives ut, uten at kommunen kan gi gode tilbud. Opplevd likeverd mellom samarbeidspartene, gode rammer for fastlegenes deltakelse og inkludering av et tydelig brukerperspektiv ser ut til å være avgjørende for godt samarbeid.

Å definere når spesialisert psykisk helsehjelp er nødvendig har vist seg å være vanskelig (48). Dette bunnar i ulik oppfatning blant fastleger, spesialister og pasienter om hvilke faktorer som predikerer behov for spesialisert helsehjelp. En norsk undersøkelse (49) fant at to tredjedeler av fastleger og spesialister i psykisk helsevern opplever mangel på felles forståelse av hvilke pasienter som bør tas imot i spesialisthelsetjenesten. I undersøkelsen fremkommer det at mange fastleger henviser pasienter videre selv om de ikke forventer medisinsk nytte av utredning/behandling. Uklare ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og uavklarte ansvarsforhold mellom tjenester med offentlig og privat finansiering, fører til at pasienter med behov for psykisk helsehjelp ikke får et godt nok tilbud. Utydelige retningslinjer for håndtering av mennesker og mangel på felles problemforståelse åpner for feilaktige henvisninger og avvísninger (49).

3.2.2 Tverrfaglig samarbeid

For å lykkes i møtet med en person med psykiske vansker, både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenesten, står tverrfaglighet sentralt. Dette fremkommer også i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon (47). Tverrfaglig samarbeid innebærer at ulike delene av tjenestekjeden samarbeider godt om håndteringen av enkeltpasienter. Dette kan eksempelvis være fastlege, spesialisthelsetjenesten, psykolog, fysioterapeut, andre deler av kommunehelsetjenesten mm. Konkrete måter å arbeide på kan være faste veiledningsmøter, praksiskonsulentordninger, mulighet for akutte spesialistvurderinger, telefonrådgivning og bruk av ambulante tjenester. Det er bred enighet i fagmiljøene om nødvendigheten av en tverrfaglig behandlingstilnærming, med en blanding av flere tiltak. Dette gjelder også ved utredning og oppfølging av suicidalatferd, hvor det gjerne trengs psykologisk behandling i kombinasjon med inkludering av pårørende (47).

Studier som undersøker tverrprofesjonelt samarbeid, viser at økt fragmentering og spesialisering i helsetjenesten utfordrer dagens samarbeidsmodeller (50). Utfordringen er spesielt stor når det gjelder å ivareta pasienter som trenger tjenester på tvers av ulike helsetjenestenivå, og som har utfordringer som varer over tid. Det finnes mange studier som viser til fastlegers behov for tettere samarbeid med spesialist i psykiatri. Et pilotprosjekt som innbar innføring av «psykiatermentor» for fastlegene viste økt entusiasme, bedre kapasitet til håndtering av psykiske lidelser i primærhelsetjenesten, og delt forståelse for hverandres hverdag (51,52).

3.2.3 Brukermedvirkning

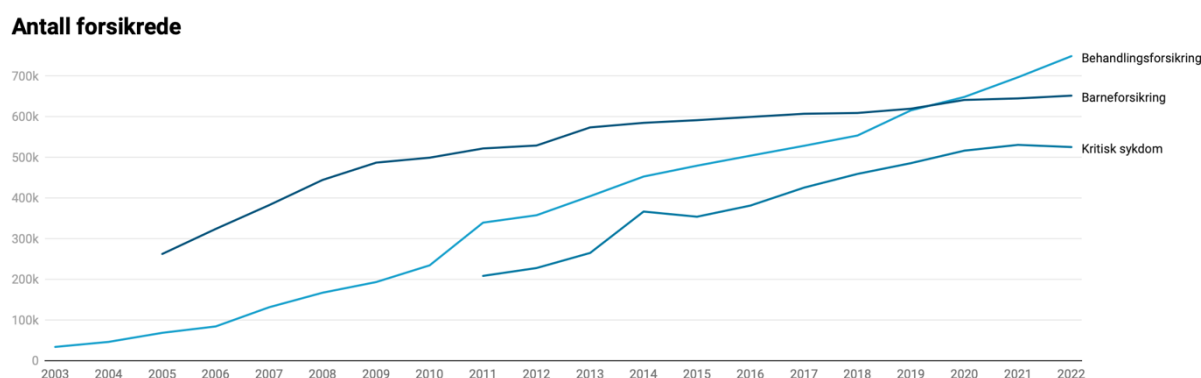
I pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 er brukermedvirkning på individnivå lovfestet (16). Det innebærer at brukere av helse- og omsorgstjenesten skal ha innflytelse på innretningen av tjenestetilbudet. I Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer fremkommer det at tjenestene alltid må sikre den enkeltes rett til brukermedvirkning, og det skal utarbeides en individuell plan som virkemiddel (7,47). Videre skal det tas hensyn til pasientens egne ønsker når det gjelder hvilken behandlingsmetode som skal velges. I praksis er det derimot stor variasjon i involvering av brukere når det gjelder tjenestetilbud. Riksrevisjonen og SINTEFs rapport om brukere, pårørende og fagfolks erfaring med pakkeforløp for psykisk helse og rus påpeker at kommuner og spesialisthelsetjenestene ikke følger retningslinjene for brukermedvirkning på en tilfredsstillende måte (53). Det er tankevekkende at brukernes

erfaringer og råd om hvordan tjenestene kan forbedres, ikke samles inn og hensyntas på en systematisk måte. Det er særlig viktig på et felt der det er stor faglig uenighet om bl.a. hva som er beste behandling.

3.3 Sosioøkonomiske forskjeller

I Norge har vi overraskende store sosiale helseforskjeller som innebærer at personer med lang utdanning og god økonomi lever lengre og har færre helseproblemer, sammenlignet med personer som har kortere utdanning og dårligere økonomi (54). I mange europeiske land, inkludert Norge, er det også slik at personer med høy sosioøkonomisk status mottar mer helsehjelp enn personer med lavere sosioøkonomisk status, til tross for sammenlignbare helsebehov (55). De siste årene har i tillegg kjøp av helseforsikringer (behandlingsforsikring) blitt stadig mer populært, og trenden er stigende (56). Flere enn tidligere kjøper helseforsikring privat, og mange får forsikringen dekket av arbeidsplassen. Helseforsikring sikrer behandling innen gitte garantitider, og garanterer rask behandling selv om det offentlige skulle ha ventetid. Ved at ressurssterke personer kan betale for privat helsehjelp, samt kjøpe helseforsikringer, skapes et usolidarisk helsevesen hvor tilgang til helsehjelp er ulik.

Diagrammet under viser utviklingen av nordmenns med helseforsikring:



Figur 2. Antall nordmenn med helseforsikring fra 2003 til 2022 (57).

I en kronikk i Aftenposten tar fastlege Kaveh Rashidi opp forholdet mellom psykisk helsehjelp og økonomisk status (58). Som fastlege har Rashidi vært i kontakt med pasienter med hjelpebehov som blir avvist, og han kritiserer den offentlige helsetjenesten for å ikke dekke befolkningens behov. Han forklarer at konsekvensen av dette er at ressurssterke personer kan «kjøpe hjelp» ved å oppsøke private klinikker eller kjøpe helseforsikring som sikrer behandling. Dette kan resultere i at «mannen i gata» rykker bak i køen, eller i verste fall

ikke har råd til privat helsehjelp ved avvisning.

3.4 Oppsummering

I dette kapitlet er noen aspekter av relevant teori og aktuelle policydokumenter med tanke på avvisning av psykisk helsehjelp presentert. Goffmans teori kan tydeliggjøre opplevelsen av psykisk sykdom i lys av stigma, og det er relevant både i et samfunnsperspektiv og for den enkelte psykisk syke. Ved bedre å forstå erfaringer knyttet til stigma vil vi lære om hvordan den psykisk syke opplever sin livsverden. Det vil kunne påvirke hvordan vi organiserer helsetilbudene. I 2014 kom Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne fra som tydeliggjør hvordan psykisk helsearbeid og rusarbeid skal utøves (7). Videre publiserte Helsedirektoratet nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten i 2022 (47). Dette er eksempler på dokumenter som beskriver et ønsket system, men som samtidig illustrerer at virkeligheten ennå ikke er optimal for de som søker psykisk helsehjelp. Beskrivelser av samhandlingsreformen (44) og ulike retningslinjer for helsearbeid viser også noen av utfordringene knyttet til å etablere et koordinert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten med et omforent og godt faglig innhold. Til slutt kan teori om sosioøkonomiske forskjeller belyse et viktig aspekt av tilgang til psykisk helsehjelp blant befolkningen – verken hjelpebehovet eller tilgangen til hjelp er jevnt fordelt i befolkningen. Oppsummert kan teori om stigma, samhandling og sosioøkonomiske forskjeller i helsetjenesten bidra til en dypere forståelse av hvordan en psykisk syk person selv opplever og håndterer situasjonen, og hvordan helsetjenesten kan tilrettelegge for behandling.

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg tydeliggjøre og begrunne valg av metodisk fremgangsmåte, samt beskrive hvordan jeg forstår fenomenologi som metodisk relevant. Metode kan defineres som en fremgangsmåte for å innhente ny kunnskap, eller etterprøve påstander med krav om å være sant, gyldig eller holdbart (59). Metoden sier noe om hvordan vi går frem for å innhente eller å etterprøve kunnskap, og er redskapet i en undersøkelse. Professor Vilhelm Aubert forklarer metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (59).

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Vi skiller gjerne mellom kvalitativ og kvantitativ metode, hvor de kvalitative metodene har som formål å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (59). Kvantitative metoder innebærer derimot nettopp dette - å innhente målbar informasjon som kan tallfestes. Ved å benytte kvalitativ metode vil jeg kunne utforske menneskers subjektive erfaringer og opplevelser på et dypere nivå (1). Meninger, betydninger, og atferd kan undersøkes, og forståelsen av hvorfor mennesker handler som vi gjør kan styrkes.

Kvalitative metoder fremstiller en felles strategi for kunnskapsutvikling, forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra hermeneutisk filosofi, fenomenologisk filosofi og sosialkonstruksjonisme (1). En fellesnevner for metodene er systematisk fortolkning av empiriske tekstdata, ofte med støtte i teoretiske perspektiv. Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget er tynt, eller hvor det er hensiktsmessig å innhente kunnskap fra et nytt perspektiv – eksempelvis å benytte kvalitativ metode som utdyping av funn i en kvantitativ studie (1). Ettersom forskning om opplevelsen av avvisning av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er svært begrenset, vil kvalitativ metode være hensiktsmessig i dette prosjektet.

Innen medisinsk forskning hevdes det av og til at kvantitative metoder er den viktigste måten å fremskaffe vitenskapelig kunnskap på, men det finnes flere eksempler på at disse metodene ikke strekker til (1). I dette masterprosjektet ville det vært uklokt å benytte kvantitativ metode, da det ikke ville gitt svar på problemstillingen. Man kunne brukt et spørreskjema, og målt hvor mange som svarer det ene og det andre, men det ville gitt en overfladisk innsikt. Valget av metode falt derfor på kvalitativ forskningsmetode med fenomenologisk tilnærming.

4.2 Fenomenologisk tilnærming

For å besvare hvordan det oppleves å bli avvist psykisk helsehjelp har jeg benyttet fenomenologisk tilnærming til prosjektet. Fenomenologi kan beskrives som en filosofi, et vitenskapsteoretisk perspektiv, og en kvalitativ forskningsmetode (1,3,60). Enkelt forklart er fenomenologi læren om det som viser seg, om fenomenene. Fremveksten av fenomenologi som vitenskap kan forstås som et svar på en diskusjon på 1900-tallet vedrørende kunnskapens grunnlag, og hvordan kunnskap skulle legitimeres. Edmund Husserl, som betegnes som fenomenologiens grunnlegger, hevdet at forskjellen som ble fremhevet i naturvitenskapene mellom subjekt og objekt var falsk, ettersom alt var underlagt persepsjonshandlingen (3). Han

mente at mennesket ikke blir passivt forstått, men aktivt blir konstituert gjennom bevissthet og subjektiv opplevelse. For å forstå essensen i mennesket hevdet han at vi må forstå hvordan menneskets livsverden blir erfart. Dette dannet grunnlaget for fenomenologien.

Til tross for at fenomenologi fortrinnsvis er en filosofisk retning og en vitenskapsteoretisk tilnærming, har fenomenologien påvirket utviklingen av forskningsmetoder innen medisin- og helsefagene (3). Fenomenologiske studier anvender samme metode for datainnsamling som ved kvalitativ forskning generelt, hovedsakelig intervju og observasjoner. Det som gjør metoden fenomenologisk, er primært at formålet ved studien er å undersøke levde erfaringer av et fenomen. Det kan eksempelvis være at en ønsker kunnskap om hvordan pårørende erfarer akutt innleggelse av et familiemedlem på psykiatrisk avdeling, eller hvordan det oppleves å leve med en bestemt type kreft (3). Fenomenologisk tilnærming er relevant i dette prosjektet da jeg vil undersøke levd erfaring knyttet til det å bli avvist psykisk helsehjelp.

Det fenomenologiske kommer tydelig til syne i analysen, men fenomenologisk tenkning ble også benyttet i utformingen av intervju spørsmål, samt under intervjuene, for best mulig å forstå fenomenet. For å få innsikt i de ulike virkelighetene hos deltakerne på en fenomenologisk måte måtte jeg forsøke å se deres situasjon fra deres perspektiv, og forstå hvor deres virkelighet kommer fra. Innen fenomenologien finner vi derimot få tydelige retningslinjer for hvordan intervju bør gjennomføres (3). Den engelske forskeren Mark Bevan har utviklet en intervjumetode spesifikt for studier med fenomenologisk tilnærming som blir anvendt i dette prosjektet. Metoden består av tre faser: kontekstualisering, å nærme seg fenomenet, og å klargjøre fenomenet. I den første fasen ønsker forskeren å rette fokus mot livsverdenen og den naturlige innstillingen. Jeg søkte kunnskap om erfaringer, samt innblikk i deltakernes generelle livssituasjon. I andre fase nærmer forskeren seg fenomenet – en stiller spørsmål omkring det fenomenet man ønsker å utforske. I siste fase ønsker forskeren å klargjøre fenomenet, også ved hjelp av fantasi og forestillingsevne. Det innebærer at forskeren bruker slike virkemidler i intervju prosessen til å få frem variasjoner ved fenomenet som undersøkes. I analysen vil fenomenet bli beskrevet direkte med utdrag fra transkripsjonene, som videre blir presentert i resultatene.

4.3 Datainnsamling

For å få rike beskrivelser av opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp benyttes intervju for datainnsamling. Vi skiller gjerne mellom semistrukturert dybdeintervju og fokusgrupper

(gruppeintervju). Semistrukturerte intervju er individuelle samtaler med noen forhåndsplanlagte spørsmål/tema og samtidig et mål om å forfølge temaer og trenge i dybden (1). Gruppeintervju består av intervju med en gruppe deltakere som diskuterer og snakker om et tema under ledelse av en moderator. I dette prosjektet er det mest hensiktsmessig å benytte individuelle, semistrukturerte intervju, da dette innebærer at samtalen har struktur, men at jeg kan også gå i dybden på temaet, samt stille oppfølgingsspørsmål.

Jeg utformet en intervjuguide (se vedlegg 5) som ble diskutert med medstudenter og veileder, samt at jeg prøvde spørsmålene på en medstudent. På denne måten fikk jeg erfart spørsmålene i praksis, og justert for bedre tydelighet. Intervjuguiden består av totalt 14 spørsmål som ble inndelt i bakgrunnsspørsmål, hovedspørsmål og avslutningsspørsmål.

4.3.1 Utvalg og rekruttering

Kvalitative utvalgsmetoder etterstreber utvalg som vil gi et tilstrekkelig rikt og variert materiale for formålet med studien, fremfor å oppnå overførbarhet på populasjonsnivå (1). Innen kvantitative studier er man opptatt av representativitet – at andre studier på tilsvarende utvalg vil gi samme resultat. Innen kvalitative studier er derimot informasjonsstyrke (metning) et bedre kriterium. Dette innebærer at utvalget har kunnskap og erfaringer om det fenomenet vi ønsker å undersøke. Det er vesentlig at utvalget gir informasjon og data til å svare på studiens problemstilling (1). I denne studien innebærer dette at fokuset ligger på et utvalg som gir god informasjon om opplevelsen av avvisning. Det er viktigere at utvalget har erfaringer som kan bidra til å besvare problemstillingen, fremfor et stort antall deltakere.

Å finne deltakere til studien som har erfaring med å bli avvist psykisk helsehjelp kan gjøres på flere måter. Ettersom jeg opplevde gruppen som sårbar, ønsket jeg å sikre at de er i en prosess med å få helsehjelp, og bestemte meg derfor for å rekruttere via private psykologklinikker. Jeg ønsket en utvalgsstørrelse på 8–12 deltakere, og fikk hjelp av psykologer til å informere om prosjektet. Rekrutteringen bød likevel på utfordringer og resulterte i totalt 6 deltakere.

4.3.2 Maksimalt variasjonsutvalg

I prosjektet har jeg benyttet maksimalt variasjonsutvalg. Patton definerer utvalgsmetoden slik: «Important shared patterns that cut across cases and derive their significance from having

emerged out of heterogeneity” (60). Pattons beskrivelse av utvalgsstrategien er egnet til denne studien. I tråd med prinsippet om maksimalt variasjonsutvalg er det variasjon i kjønn, alder og tidspunkt for avvisning, samt individuell erfaring knyttet til hvordan avvisningen oppleves. Samtidig deler utvalget samme opplevelse ved at de i hovedsak har opplevd det samme – de har blitt avvist psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

4.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Studien inkluderer personer i aldersgruppen 18–50 år. Europeiske studier viser at forekomsten av psykiske lidelser er dobbelt så høy blant personer mellom 18–34 år sammenlignet med personer som er 65 år og eldre (5). Samtidig er psykiske lidelser en av de viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap blant personer under 50 år i Norge. En amerikansk studie viser også at personer mellom 18 og 50 år er pasientgruppen med høyest prosentdel av frafall før første avtale innen psykiatrien (61). Summen av dette gjør aldersgruppen 18–50 år særlig interessant. Prosjektet er geografisk avgrenset til Oslo grunnet praktisk tilgjengelighet.

Et inklusjonskrav for deltakelse er samtykkekompetanse. Innen psykiatrien er det egne bestemmelser om hvordan helsepersonell skal vurdere hvorvidt en pasient er samtykkekompetent (62). For å sikre samtykkekompetanse blant deltakerne vil rettighetspasienter ekskluderes fra studien. Dette er en pasientgruppe som blir prioritert grunnet nødvendig behov for helsehjelp, og oftest pasienter med tyngre psykiske lidelser hvor samtykkekompetanse kan være en utfordring (12). Rettighetspasientene har krav på helsehjelp etter en gitt tid, og er derfor ikke relevante for prosjektet, da de ikke vil oppleve avvisning. Se vedlegg 4 for samtykkeerklæring.

4.4 Erfaringer gjennom datainnsamlingen

4.4.1 Rekrutteringsprosessen

Å få personer til å delta i forskningsintervju er en utfordring som ofte blir oversett i forskningsrapporter, og det kan ta lengre tid enn forventet å rekruttere (2). Dersom man ikke har gode kontakter på forhånd, vil det være avgjørende å komme i kontakt med noen som kan åpne dører for å nå ønsket publikum. Personer som har blitt avvist psykisk helsehjelp i Oslo kan være utfordrende å komme i kontakt med, da jeg i utgangspunktet ikke hadde kontakter eller forbindelser som kunne bidra i prosessen. Jeg var derfor tidlig ute med å kontakte private psykologer/klinikker som kunne bidra med dette. Etter utallige e-poster og telefonsamtaler

satt jeg igjen med åtte private psykologer som ville dele informasjon om prosjektet til pasienter/klienter de fant relevante for deltakelse.

Selv med denne hjelpen skulle det ta tid før jeg ble kontaktet angående deltakelse. Etter to måneder og 64 utsendte informasjonsskriv ble jeg kontaktet av én person som ønsket å delta. Heldigvis tok det ikke like lang tid før neste person meldte seg, og til slutt satt jeg med 18 personer som var interessert i deltakelse. Det var dog en del som trakk seg etter utsendt samtykkeskjema, noe som resulterte i at totalt seks personer til slutt deltok i studien. Det var fem kvinner og én mann.

4.4.2 Gjennomføring av intervju

Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av en tidsperiode på to måneder. Jeg møtte alle deltakerne ansikt til ansikt, noe som var en forutsetning for deltakelse, ettersom digitale intervju innebærer etiske utfordringer (2). Hvor intervjuet finner sted har innvirkning på data som genereres da deltakeren kan fremvise ulike aspekter av identiteten sin på arbeidsplassen, hjemme eller på offentlig sted (2). Ved intervju hjemme hos deltaker vil jeg som intervjuer være gjest, og deltaker kan ha mer kontroll over møtet. Den mest ideelle plasseringen er derfor et stille rom vekk fra andre distraksjoner, men dette er det ikke alltid mulig å gjennomføre i praksis. Jeg ga deltakerne mulighet til å bestemme hvor de var mest komfortable med å gjennomføre intervju, og foreslo lukkede grupperom dersom de ikke hadde spesifikke ønsker. Flere av intervjuene ble gjennomført på lukkede grupperom, de resterende på kafé og deltakers arbeidsplass.

Deltakerne fikk tilsendt samtykkeskjema godkjent av Sikt (daværende NSD) som ble elektronisk signert før intervjuet. Jeg informerte om prosjektets formål, anonymisering og muligheten for å trekke seg før vi startet. Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av «Diktafon-appen» hvor opptakene blir sendt til Nettskjema, som er Norges sikreste løsning for datainnsamling til forskning (63). Som nevnt tidligere i metodekapitlet bestod intervjuguiden av 14 spørsmål som dannet utgangspunkt for intervjuet. Underveis i intervjuprosessen opplevdes dette som riktig mengde spørsmål. Varigheten på intervjuene varierte mellom 22 og 53 minutter, og jeg erfarte at deltakerne hadde mye på hjertet. Relevante temaer ble tatt opp, hvor jeg etter beste evne fulgte opp med oppfølgingsspørsmål. Jeg satt igjen med rike intervjuer, og jeg opplevde at deltakerne fikk sagt det de ønsket å formidle.

4.5 Analyse

4.5.1 Transkribering

Analysearbeidet starter med transkribering av datamaterialet. Transkribering handler om å gjøre om materialet fra tale til tekst (1). Transkripsjonsprosessen skal best mulig ivareta lojaliteten i det opprinnelige materialet, slik deltaker formidlet erfaringer og meninger under datainnsamlingen. Det er dog viktig å bemerke at transkripsjonen aldri kan gi mer enn et avgrenset bilde av det vi studerer, konstruert for formålet. Som forsker skal man derfor nøye vurdere hvilke transkripsjonsmetoder som best ivaretar meningsinnholdet.

Etter hvert enkelt intervju ble lydfilene transkribert ordrett så raskt som mulig. Ved å transkribere umiddelbart vil forskeren ha mulighet til å gjenoppleve intervjusituasjonen og lære av egen intervjustil (64). Jeg valgte å manuelt transkribere ordrett alt som ble sagt i lydfilene, inkludert pauseord som «ehh» og «hmm». Samtidig hadde jeg notater fra intervjuet som støtte til transkriberingen. Etter endt transkripsjon leste jeg gjennom teksten mens jeg lyttet til lydfilen for å undersøke om teksten speilet min oppfatning av intervjuet, og at det ga mening i forhold til det deltakeren formidlet.

4.5.2 Tematisk analyse

Datamaterialet ble analysert ved å benytte tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (65). Tematisk analyse er en robust metode for å utvikle, analysere og tolke mønstre i det empiriske materialet, som involverer systematiske prosesser med datakoding for å utvikle ulike temaer (1,65). Metoden organiserer og beskriver dataene i rik detalj, samt beskriver ulike aspekter med forskningstemaet. I tillegg er metoden tilgjengelig for forskere med liten eller ingen erfaring med kvalitativ forskning, samt relativt enkel å lære og gjennomføre (65). Jeg vil komme tilbake til hvordan jeg anvendte tematisk analyse.

Braun og Clarke benytter begrepet *refleksiv* for å forklare hvordan vi tilnærmer oss tematisk analyse (65). Refleksiv tematisk analyse er preget av kvalitative forskningsverdier, og en subjektiv, situert forsker som refleksivt etterstreber å eie sin posisjon, og kan tolerere en viss grad usikkerhet. Det finnes flere måter å tilnærme seg refleksiv tematisk analyse på, men det er ikke nødvendig å vite nøyaktig hvilken tilnærming man ønsker å bruke ved oppstart.

Analysen krever likevel at forsker er aktiv, og fortrinnsvis er en gjennomtenkt og kunnskapsrik praktiker.

4.5.3 Analyseprosessen

Analyseprosessen tok utgangspunkt i Braun og Clarks seks faser av refleksiv tematisk analyse (65). Den første fasen går ut på at forskeren gjør seg kjent med datamaterialet. I praksis startet denne fasen under transkriberingen hvor jeg lyttet til intervjuene flere ganger, samt observerte potensielle temaer. De potensielle temaene skrev jeg ned mens jeg lyttet, og jo flere ganger jeg lyttet, desto flere temaer ble notert. Her er det vesentlig at materialet leses aktivt og åpent for å bemerke seg mønstre i materialet (65). Målet med fasen er å bli så godt kjent med materialet at dersom jeg skulle miste det, ville jeg likevel vært i stand til å beskrive innholdet.

Fase to handler om koding – å identifisere segmenter av datamaterialet som potensielt kan være interessant, relevant eller meningsfullt for forskningsprosjektet (65). Datasettet kodes systematisk og grundig for å summere og redusere innhold, samt å fange analytisk oppfatning av data. Ved å benytte induktiv tilnærming tok jeg utgangspunkt i egne data for å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (1). Gjennom denne induktive kodeprosessen utvikles relevante temaer fra selve datamaterialet, i stedet for å tilpasse forskerens forutinntatthet (65). Jeg leste transkriberingene gjentatte ganger, og spurte meg selv hva deltakeren faktisk sier, og hva materialet faktisk handlet om, noe jeg oppfattet som en ryddig organisering av koder.

I den tredje fasen identifiseres felles meninger på tvers av datasettet (65). Koder som så ut til å dele kjerneidé eller konsept ble sortert i overordnede temaer som gir mening i forhold til forskningsspørsmålet. I dette arbeidet er det viktig å fokusere på likheter på tvers av datasettet da én spesiell erfaring i ett datasett sannsynligvis ikke gir grunnlag for et tema. Jeg startet med en lang liste av koder som var identifisert. Kodene ble sortert, og jeg fant likhetstrekk som kunne kombineres for å danne flere ulike temaer. Videre handler fase fire om å gjennomgå temaene fra fase tre, og undersøke om temaene gir mening i forhold til kodene, samt datasettet som en helhet (65). Hensikten er å undersøke kvaliteten og omfanget av de ulike temaene, og undersøke rom for forbedring. Etter flere slike gjennomganger ble kodene sortert i større, overordnede temaer jeg fant relevant for oppgaven.

I fase fem skal analysearbeidet finpusses, og arbeidet med temaene fortsetter i form av avgrensning, definerings og navngivning (65). Hvert tema ble tydelig avgrenset for å gi mening i forhold til oppgavens kjernekonsept. Når temaene skulle defineres, brukte jeg Braun og Clarks forslag om å være spørrende rundt hva temaet handler om, hvilke begrensninger

temaet har, hva som var unikt/spesifikt med temaet, og hva temaet bidrar med i den samlede analysen (65). Jeg avgrenset og identifiserte ulike kategorier som kunne kombineres, og stod igjen med fire hovedtemaer. Dette blir presentert i resultatdelen.

Ettersom skriving er en nøkkelkomponent i analyseprosessen er ikke fase seks et tillegg til analysen, men heller arbeid i form av å finpusse og ferdigstille analysearbeidet, samt rapportere funn for et publikum (65). Detaljene i analysearbeidet skal fremstilles, og den analytiske historien skal fortelles. For å vise validitet i analysearbeidet blir hovedtemaene illustrert ved utdrag fra transkripsjonen.

4.6 Vitenskapelig kvalitet

4.6.1 Validitet

Validitet står for relevans og gyldighet, og beskriver hva resultatene gir gyldig kunnskap om (1). Det vi måler og beskriver må være relevant og gyldig for det problemet som undersøkes. Gjennom hele forskningsprosessen må forskeren derfor stille spørsmål om relevans til problemstillingen. Jeg måtte undersøke om metodene som blir brukt gir godt grunnlag for å besvare det jeg ønsket å finne svar på.

For fenomenologiske studier har validitet liten relevans dersom vi forstår validitet som etterprøvbarehet – at gjentakelse av studien vil gi samme resultat (3). Å se deltakernes erfaring som gyldig kunnskap er essensielt innenfor fenomenologisk forskningsmetode, da den subjektive opplevelsen er grunnleggende (66). Å se validitet som *mening* er derfor mer relevant (3). Vi refererer ikke til det deltakerne sier, men heller hvordan de tolker hva som er meningsfullt i deres liv. I fenomenologiske undersøkelser handler validitet om hvorvidt andre forskere betrakter resultatene som sannsynlige og troverdige (67). For å gjøre avgjørelse om forskeren har vært metodisk nøyaktig er derfor transparens et viktig kriterium. For å ivareta transparens har jeg beskrevet fremgangsmåten detaljert, og transkripsjoner er inkludert.

Semistrukturerte intervju ble benyttet for å sikre at jeg inkluderte temaer som kunne besvare problemstillingen. Her ble Mark Bevans fenomenologiske intervjumetode anvendt.

Intervjumetoden skaper bevisstgjøring og riktig fenomenologisk holdning under utforming av spørsmål, og under intervjuene (3). Videre er grundig utspørring viktig for å sikre god validitet (2). På denne måten kan jeg gå dypere inn i deltakerens livsverden, og forstå hva

deltakerne *faktisk* mener med det de sier. Ettersom jeg kun hadde ett intervju med hver deltaker, stilte jeg oppfølgingsspørsmål der det var relevant, for å styrke validiteten.

Studiens analyse skal gi grunnlag for å trekke konklusjoner (1). Som fenomenologisk forsker benyttet jeg Braun and Clarkes refleksive tematiske analyse, en tilnærming for å analysere kvalitative data med utgangspunkt i å si noe om menneskers erfaringer og opplevelser (65). En del av kvalitetssikringen i analysearbeidet handler om å veksle mellom analyse og tolkning (59). På bakgrunn av deltakernes innspill og tidligere forskning tolket jeg data etter egen forståelse og forutsetning. Desto bedre man kjenner miljøet som studeres, desto bedre utgangspunkt har man for å forstå fenomenene som studeres (2). Ettersom jeg har studert helsefag i snart fem år, og har stort engasjement for psykisk helse, vil jeg påstå at jeg kjenner miljøet og konteksten godt. Jeg er imidlertid oppmerksom på at jeg kommer til arbeidet med mine personlige meninger og subjektive forståelser, og har etter beste evne forsøkt å tenke over, samt diskutert med veileder, at dette ikke skal prege tolkning av data.

Kommunikativ validitet er også et uttrykk for kvalitet i fenomenologiske studier (3). Dette innebærer at de ulike fasene av forskningsprosessen blir diskutert med andre, som skaper intersubjektivitet. Ettersom jeg har jobbet tett med medstudenter, og hatt jevnlig kontakt med veiledere, har alle deler av forskningsprosessen blitt diskutert med andre. I studiens resultatdel blir funn presentert med sitat fra transkriberingen. Dette ble nøye gjennomgått med veileder for å sikre at sitatene ble brukt i riktig sammenheng i forhold til temaene.

4.6.2 Refleksivitet

Refleksivitet handler om hvilken holdning og forforståelse jeg som forsker har til det som undersøkes, og hvilken betydning dette har for forskningen (1). Fenomenologen Linda Finlay poengterer at forskeren bør innta en refleksiv holdning gjennom forskningsprosessen (3). Dette innebærer at man holder åpen og interessert holdning til fenomenet som undersøkes, selv om man allerede har kunnskap og holdninger om temaet. Malterud forklarer refleksivitet som en posisjon forskeren må oppsøke og vedlikeholde (1). En skal ikke ta tingenes tilstand for gitt eller vente på overraskelser, men lete etter konfrontasjoner med egen forestilling og holdning.

Som forsker gikk jeg inn i prosjektet med egen erfaring og kunnskap om feltet. Gjennom å selv ha oppsøkt psykisk helsehjelp, samt kunnskap fra bachelorgrad og frivillig arbeid, har jeg

holdninger til temaet som peker i både positiv og negativ retning. For å forstå deltakernes livsverden og sette meg inn i opplevelsen av å motta avvisning var det derfor vesentlig for meg å beholde en refleksiv holdning gjennom hele forskningsprosessen. Jeg gikk åpent inn i alle deler av prosessen, og var åpen for at egne holdninger og antagelser måtte forkastes. På denne måten etterstrebet jeg etter beste evne å ikke la egen forforståelse prege forskningen.

4.6.3 Generalisering

Generalisering er et begrep som kan si noe om kvaliteten av et forskningsprosjekt (59). Dette handler om at funn fra studien som gjelder utvalget, også skal gjelde for hele populasjonen. Det kan være mer hensiktsmessig å bruke begrepet overførbarhet ved kvalitative studier, ettersom generalisering har sine begrensninger (1). Hvorvidt funn og resultater fra en fenomenologisk studie er generaliserbare eller overførbare kan diskuteres (3). Det er bl.a. knyttet til at antall deltakere ofte er lavt. Essensen i studiene er likevel felles erfaringer blant deltakere, som på sin måte er overførbart.

Hvorvidt funnene i denne studien er overførbare, kan selvsagt diskuteres. Det umiddelbare målet med studien var ikke å generalisere utenfor deltakerne, men å innhente kunnskap som ga innsikt i akkurat deres opplevelser og erfaringer. Funnene i neste kapittel vil imidlertid vise til felles erfaringer blant deltakerne, og det er i det minste en rimelig hypotese at slike felles erfaringer er overførbare også til andre i samme situasjon.

4.6.4 Reliabilitet

Et forskningsprosjekts reliabilitet handler om pålitelighet – at målinger utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer oppgis (59). I en målbar studie vil dette innebære at dersom undersøkelsen repeteres, blir resultatet det samme. I fenomenologiske studier er det derimot ingen data som kan måles på denne måten. Reliabilitet i fenomenologiske studier handler derfor om hvorvidt forskeren kan ha påvirket resultatet (67). Ved å gi deltakerne informasjon om prosjektet ved flere anledninger, og opplyse om at en til enhver tid kan trekke seg, har jeg gjort prosessen så liketil og komfortabel som mulig. Ordrett transkribering ble gjennomført umiddelbart etter opptak for å ha intervjuet klart i minne, samtidig som jeg brukte notater som ble tatt underveis. Analysearbeidet ble gjennomført systematisk ved refleksiv tematisk tilnærming.

Til tross for dette, er ikke spørsmålet *om* jeg påvirket resultatene, men *hvordan* (3). Ved å

fortelle om egen bakgrunn kan eksempelvis deltakerne oppleve at de bør svare det jeg som forsker «forventer». Det var samtidig kun jeg som gjennomførte intervju, transkribering og analyse av datamateriale. Ved å gjøre dette sammen med andre kunne studiens reliabilitet vært styrket. Refleksjon over hvordan jeg som forsker kan ha påvirket resultatene er nødvendig for å oppnå større grad av gjennomsiktighet. Ved å grundig redegjøre for hvordan studien er gjennomført, samt hvordan de ulike delene av forskningsprosessen har vært, har jeg lagt vekt på gjennomsiktighet. Samtidig har jeg uttrykt egen forforståelse og erfaring med temaet. Slik gjennomsiktighet styrker studiens reliabilitet.

4.7 Etske betraktninger

Medisinsk forskning er underlagt etiske betraktninger som skal fremme respekt, samt beskytte helse og rettigheter for alle mennesker (1,59). Det er derfor vesentlig å ivareta deltakernes anonymitet og personvern. Allerede i planleggingsfasen må vi ta stilling til hvem som vil dra nytte av prosjektet, samt hvorvidt undersøkelsens eventuelle belastning kan oppveies av godene andre kan oppnå i fremtiden. Da det er lite forskning på hvordan avvisning av psykisk helsehjelp oppleves, vil prosjektet være til fordel for både deltaker og samfunn. Ved å innhente mer informasjon og kunnskap om dette vil helsetjenesten kunne planlegge og organisere bedre. Det fremheves også i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienter skal ha innflytelse på innretningen av tjenestetilbudet (16). For den enkelte deltaker kan det være en fordel å få snakket om avvisningen, og beskrevet opplevelsen, da deltaker har ønsket hjelp, men blitt avvist. Det ble presisert at intervjuene ikke skulle angå deltakerens egen psykiske helse eller grunnlag for ønsket hjelp. Det var, etter min vurdering, ingen åpenbare ulemper for noen at prosjektet ble gjennomført.

En viktig del av å sikre personvern er informert samtykke (1). Informert samtykke innebærer at deltakerne får nødvendig informasjon om prosjektet. Deltaker skal gi informert og fritt samtykke uten påvirkning gjennom ytre press eller reservasjoner knyttet til personlig handlefrihet. Ettersom private psykologer informerte om prosjektet slik at eventuelle deltakere selv tok kontakt for deltakelse ble det gitt samtykke uten påvirkning eller press. Deltakerne som tok kontakt fikk informasjonsskriv digitalt med forespørsel om deltakelse i studien, som ble signert elektronisk og innsendt via Nettskjema til Tjeneste for sensitive data (TSD). Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier er et viktig element av kunnskapen som innhentes (1). Dialogen mellom deltaker og forsker krever også gjensidig tillit og respekt for at datamaterialet skal bli rikt. På bakgrunn av dette valgte

jeg utelukkende å gjennomføre fysiske intervju, hvor jeg fikk muligheten til å bygge tillit og trygge deltakeren før intervjustart. En ekstra gjennomgang av informasjonsskrivet, samt presisering av at de til ethvert tidspunkt kan trekke seg, var med på å skape trygge rammer.

For å sikre personvern må anonymitet ivaretas (59). I dette prosjektet ble anonymitet ivarett ved å aidentifisere opplysninger, anonymisere opplysninger og utelukke sensitive opplysninger. Signerte samtykkeskjema og håndskrevet kodenøkkel med koder som kunne identifisere deltakerne ble lagret i safe der kun jeg og veileder hadde tilgang. Deltakernes navn ble byttet med tilfeldige fiktive navn, og alder ble oppgitt i intervaller i stedet for nøyaktig alder for å beholde anonymitet. Videre ble «Diktafon-appen» benyttet for lydopptak hvor opptakene ble sendt til Nettskjema, som er en sikker løsning for datainnsamling til forskning (63).

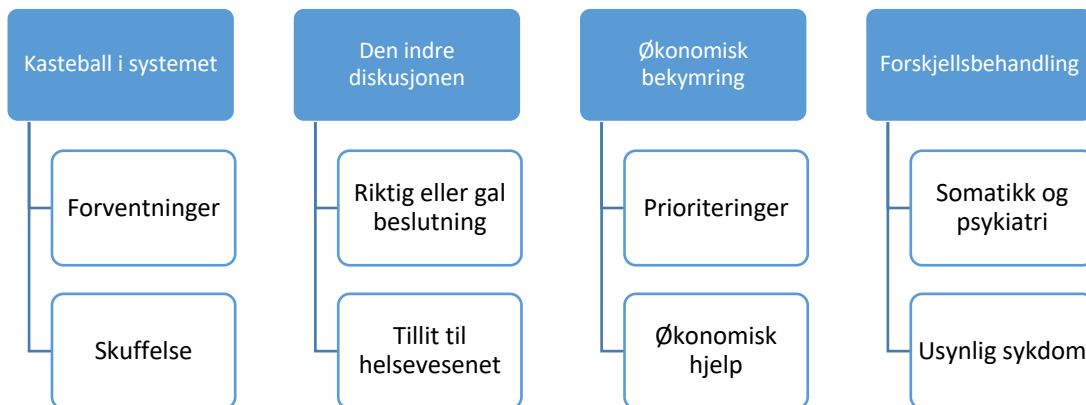
To etiske hensyn som må tas i betraktning er at deltakerne skal få så mye informasjon som mulig, og at informasjonen skal være tydelig (67). Informasjonsskrivet deltakerne fikk var utarbeidet ved å bruke Sikts (daværende NSD) mal som er sentralt for å ivareta personvern (68). Her tydeliggjøres blant annet formål, hvilken betydning det har for deltaker å delta og varighet på intervju. Ved å benytte denne malen, i tillegg til muntlig gjennomgang før intervjustart, ble disse etiske hensyn ivarett.

4.7.1 Godkjenninger

Studien ble meldt til Sikt (daværende NSD) august 2022 for godkjenning. Sikt evaluerer om prosjektet følger retningslinjer for konfidensialitet og ivaretar anonymitet til deltakere og data (69). Se vedlegg 1 for tilbakemelding. Det ble også sendt fremleggsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) september 2022 for å undersøke om prosjektet var fremleggingspliktig. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra REK (70). Da det var usikkert om prosjektet trengte godkjenning, ble det sendt fremleggingsvurdering. Prosjektet ble vurdert som ikke fremleggingspliktig (se vedlegg 2). Det ble også søkt om prosjektgodkjenning fra UiOs masteroppgavekomité. Første utkast ble sendt september 2022, men noen endringer måtte gjøres før godkjenning ble gitt. Ny søknad ble sendt med utbredelser og tydeliggjøringer. Se vedlegg 3 for prosjektgodkjenning.

5. Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg de funn jeg satt igjen med etter tematisk analysearbeid. Etter å ha utført refleksiv tematisk analyse av det fenomenologiske datamaterialet var det fire ulike temaer som særlig ble fremtredende. Temaet «kasteball i systemet» omfatter deltakernes erfaringer ved å oppsøke ulike tjenester i helsevesenet, og hvordan de faller utenom de ulike tilbudene. Temaet «den indre diskusjonen» favner forhandlinger eller diskusjoner deltakerne har med seg selv som et resultat av avvisning. Temaet «økonomisk bekymring» tar for seg deltakernes økonomiske perspektiver knyttet til det å oppsøke privat helsehjelp etter avvisning i spesialisthelsetjenesten. Det siste temaet «forskjellsbehandling» handler om deltakernes inntrykk av somatikk og psykiatri, hvor de blant annet forteller om urettferdige forskjeller. Temaene kan illustreres som i figur 3.



Figur 3. Studiens funn presentert i kategorier.

5.1 Presentasjon av utvalget

Før funnene presenteres ytterligere vil jeg presentere deltakerne som deltok i datainnsamlingen. Deltakerne er fem kvinner og én mann i 20-årene, alle med erfaring fra å bli avvist psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. De har nylig vært, eller er fremdeles, under behandling hos privat psykolog. Deltakerne holder til i Oslo, men har ulik bosituasjon i form av å bo i kollektiv, bo med samboer, eller bo hjemme med mor. Det er også variasjon i livssituasjon der noen er i fulltidsjobb, mens andre studerer. Deltakerne blir presentert med tilfeldige fiktive navn og aldersspenn for å beholde anonymitet.

Andrea

Andrea er en rolig kvinne i midten av 20-årene. Hun forteller at hun er singel, bor i kollektiv

og jobber fulltid. Hun oppsøkte fastlege for å få psykisk helsehjelp, og ble henvist videre til DPS hvor hun fikk avvisning. Når vi møtes for intervju er det omtrent fire måneder siden hun fikk avslaget, og hun har hatt én time hos privat psykolog.

Tobias

Tobias er en mann i slutten av 20-årene som fremstår godt forberedt til intervju. Han uttrykker at han er opptatt av å gi presise svar og tar seg derfor god tid til å tenke under intervjuet. Han jobber fulltid og bor med samboer, og forteller at han oppsøkte fastlege for henvisning til DPS i forbindelse med utredning av en spesifikk sykdom. Han ble avvist, og tok kontakt med fastlege for hjelp med å finne privat psykolog for videre utredning. Det er nå et par år siden avvisningen, og Tobias forteller at han gjennom privat klinikk fikk påvist sykdommen han ønsket utredning for i spesialisthelsetjenesten, og at han fremdeles går fast til privat psykolog for behandling.

Kamilla

Kamilla er en snart ferdigutdannet bachelorstudent i slutten av 20-årene som bor med samboer. Hun fremtrer spent og trolig litt nervøs før intervjuet. Vi bruker god tid på å bli kjent før hun sier seg klar til intervju. Kamilla forteller at hun har oppsøkt psykisk helsehjelp fire ganger – første gang via studiestedets psykologtilbud, hvor hun ble fulgt opp en kort periode, så to ganger via fastlege som henviste videre til DPS, og siste gang via privat klinikk hvor hun nå følges opp med faste timer. Hun ble avvist psykisk helsehjelp de to gangene hun gikk via fastlege som henviste til DPS. Første avvisning mottok hun for drøyt ett år siden, før hun ble avvist andre gang for fem måneder siden.

Tiril

Tiril er en kvinne i starten av 20-årene som bruker god tid på å tenke før hun svarer, og fremstår godt forberedt til intervju. Hun forteller at hun er fulltidsstudent, og har deltidsjobb ved siden. Hun er singel og bor i kollektiv med fire andre. For åtte måneder siden ble hun utsatt for en hendelse som ga sterke inntrykk, og merket behov for psykolog. Tiril oppsøkte derfor fastlege for å få henvisning til DPS, men to måneder senere fikk hun beskjed om at henvisningen var avslått. Etter avvisningen oppsøkte hun privat helsehjelp og har på intervjutidspunktet hatt fem timer hos privat psykolog.

Amalie

Amalie er en energisk kvinne i slutten av 20-årene med mye på hjertet. Hun er student med deltidsjobb ved siden av studiene, og bor med samboer. Hun forteller at hun har oppsøkt psykisk helsehjelp fem ganger, hvorav tre ganger offentlig via fastlege, én gang gjennom skolen, og én gang privat. Etter første avvisning fra spesialisthelsetjenesten ventet hun ett år før hun oppsøkte fastlege på ny, og fikk henvisning som også ble avvist. Hun kontaktet en privat klinikk hvor hun fikk hjelp en kortere periode, og vurderte å gi opp det hun selv kaller «prosjekt offentlig helsehjelp». Etter et par timer hos privat psykolog tok hun kontakt med fastlege en gang til, og får nå behandling hos avtalespesialist.

Emilie

Emilie er en rolig kvinne som jobber deltid, og bor hjemme hos mor. Hun er i midten av 20-årene, og fikk henvisning til psykolog etter en lengre periode med psykiske vansker. Hun forklarer at det var moren som tok henne med til fastlege for å få henvisning. Dette var første gang hun oppsøkte fastlege for dette, og hun har ikke vært i kontakt med psykolog tidligere. Hun forteller at hun fikk avvisning fra DPS, og at moren tok kontakt med en privat psykolog umiddelbart. Her har hun fått hjelp i ett år.

5.1.1 Demografiske likheter og ulikheter i utvalget

For bedre oversikt av demografiske data presenteres likheter og ulikheter mellom deltakerne i tabell 1. Fire av deltakerne har oppsøkt psykisk helsehjelp to ganger, hvorav én gang offentlig og én gang privat. Ellers har de to siste deltakerne oppsøkt psykisk helsehjelp fire og fem ganger. Fire av deltakerne har mottatt avslag om behandling fra spesialisthelsetjenesten i løpet av de siste 4–6 månedene. Tobias ble avvist for to år siden, og Emilie for ett år siden.

Tabell 3: Demografisk beskrivelse av deltakerne

Navn	Kjønn	Alder	Totalt antall forsøk på psykisk helsehjelp	Hvor lang tid siden avvisning
Andrea	Kvinne	24-26 år	2	4 måneder
Tobias	Mann	27-30 år	2	2 år
Kamilla	Kvinne	27-30 år	4	5 måneder
Tiril	Kvinne	20-23 år	2	6 måneder
Amalie	Kvinne	27-30 år	5	6 måneder
Emilie	Kvinne	24-26 år	2	1 år

5.2 Kasteball i systemet

Det første temaet som gjorde seg gjeldene i analysearbeidet handler om opplevelsen av å vandre mellom ulike helsetilbud, samt forventninger deltakerne hadde til behandling. Flere av deltakerne var blitt anbefalt å kontakte ulike lavterskeltilbud for helsehjelp, men erfarte at de ikke «passet inn» noe sted. Først skal vi se på deltakernes forklaringer om store forventninger til å få hjelp, og en skuffende beskjed om avvisning:

Det var ... det var tungt. Jeg følte det var litt sånn meningsløst hele greia egentlig fordi jeg har brukt tid og penger på å oppsøke fastlegen for ingenting. Altså jeg hadde jo time hos fastlegen, og eneste grunnen for den fastlegetimen var jo da at jeg ville ha den henvisninga til DPS. Så det var litt sånn «waste» rett og slett. Og det var selvfølgelig mange følelser på en gang, fordi jeg hadde så store forventninger til at jeg endelig skulle få hjelp ... ehm ... så det var jo litt slag i trynet. (Kamilla)

Kamilla forteller at avvisningen opplevdes «tung», og at hun har brukt tid og penger på å oppsøke fastlegen for «*ingenting*». Videre forklarer hun at hun hadde «*så store forventninger*» til at hun endelig skulle få hjelp at det opplevdes som «*slag i trynet*». Kamilla opplevde avslaget som useriøst fordi hun fikk avvisning for andre gang: «Jeg klarte ikke å ta det seriøst fordi jeg sa jo på den vurderingstimen at nå søker jeg for andre gang fordi jeg sliter med det jeg sliter med ... og den angsten har jo ikke gått over». På oppfølgingsspørsmål angående forventninger forklarte hun at hun «*selvsagt hadde forventet hjelp*» og at hun «*tenkte ikke tanken om å bli avvist*». Tobias og Tiril forteller også om nedlatende beskjeder og høye forventninger:

Når jeg fikk avslaget ble jeg skuffet og lei meg fordi jeg hadde forklart så mange ganger hvor viktig dette var for meg og hvor sårt jeg trengte medisiner. Jeg tenkte vel at de tok meg seriøst ettersom jeg fortalte at jeg startet utredning for dette i hjemlandet mitt før jeg flyttet til Norge. Jeg hadde kanskje høye forventninger generelt siden Norge skal være best på alt, eller ... Men samtidig ... man må jo ha forventninger om å få hjelp ellers er det jo ikke noe vits i å oppsøke den. (Tobias)

Jeg følte meg litt tom... hvis jeg skal være ærlig. Du går liksom til noen og åpner deg opp om ting som er tungt og sårt... også er det som dem sitter der og ikke tror deg. Det er sjukt skuffende. Men kanskje jeg hadde for høye forventninger. Jeg har jo hørt at hvis

man svarer nei på spørsmål om selvmordstanker så får man ikke hjelp... men det blir for sjukt å lyve på seg det. Men man forventer jo å få behandling og bli frisk. (Tiril)

Ut ifra det deltakerne forklarer tolker jeg det slik at deltakerne ble skuffet og opplevde avvisningen som tung fordi de hadde store forventninger til både å få behandling, og at behandlingen skulle hjelpe de. Tiril er tydelig engasjert når hun forteller om å late som man har selvmordstanker. Hun forklarer at det har blitt en «snakkis» blant studievenner at dersom man ikke sier at man har selvmordstanker kan man «glemme å få hjelp offentlig». Videre forteller Amalie, Kamilla og Andrea om å vandre mellom ulike tilbud innen helsetjenesten og bli en «kasteball i systemet»:

I det brevet jeg fikk om avslag stod det at jeg kunne kontakte lavterskeltilbud i kommunen så jeg sjekket det ut. På Oslo kommunes hjemmeside fant jeg litt forskjellig, men blant annet rask psykisk helsehjelp, som var det jeg fikk anbefalt. Og jeg må bare si ... altså jeg blir avvist, også får jeg beskjed om å ta kontakt der, men der har de stoppet inngang av nye pasienter grunnet stor pågang. Jeg blir litt sånn... skal man egentlig le eller gråte? Det hadde vært enklere om jeg bare fikk beskjed om at det er ingen hjelp å gi deg akkurat nå, enn at jeg skal bli en kasteball og bli sendt rundt over alt og bli skuffet. (Amalie)

Jeg reagerte litt på at det er ikke noen andre tilbud ... Eller det stod jo «oppsøk lavterskeltilbud i kommunen» i det avvisningsbrevet, men det har jeg allerede gjort. Jeg har kontakta ... hva heter det? Rask psykisk helsehjelp, og Mental helse Oslo, og noe sånn chat greier. Problemet var det at når jeg snakker med de på de chat eller telefon, så får jeg beskjed om at liksom «det her er en sånn type angst som en psykolog eller en psykiater bør hjelpe deg med», også spør de om jeg har vurdert å gå til fastlegen bla bla bla. Så da går jeg til fastlegen som sender meg videre til DPS-en, DPS-en sier kontakt lavterskeltilbud. Så hva gjør man da. ...? Man er jo frem og tilbake hele tiden uten noe form for ... altså jeg faller gjennom da, begge steder, og står uten noe hjelp. (Kamilla)

Avvisningen gjør jo at jeg ikke føler jeg fortjener hjelp, men så får jeg ikke i meg mat og da blir jeg redd og vil snakke med noen. Jeg har kontaktet flere sånne

lavterskeltilbud eller hva det heter ... men det gjør vondt verre... fordi de ber meg gå til fastlegen og få hjelp, som om jeg ikke har prøvd det. (Andrea)

Ut ifra utsagnene over ser vi at deltakerne føler at de «faller gjennom» i det offentlige helsesystemet. Det kan tyde på at man står litt alene i prosessen med å få psykisk helsehjelp, og at de ulike tilbudene ikke har tydelige nok retningslinjer for hvilke pasienter som skal få hjelp. Amalie, Kamilla og Andrea forklarer at de har oppsøkt lavterskeltilbud hvor de får anbefalt å kontakte fastlege for videre hjelp, og at de har oppsøkt fastlege, som henviser videre, men henvisningen blir avvist og de får anbefalt å oppsøke lavterskeltilbud. Kamilla definerer dette som «*et puslebrett med biter som tilhører mange ulike puslespill*». På oppfølgingsspørsmål om brukermedvirkning og deltakernes egne meninger om helsevesenets beslutning svarer ingen at de ble inkludert i avgjørelsen, og Tobias legger til at han «*visste ikke at det var en greie*».

Oppsummert formidler deltakerne at de hadde store forventninger til å få innvilget behandling, samt store forventninger til selve behandlingen. De opplevde skuffelse og tomhet når de fikk avslag fra DPS, og uttrykker frustrasjon angående helsetjenesten hvor de føler seg som «*kasteball i systemet*». Samtidig har ingen av deltakerne vært delaktig i avgjørelsen om avvisning, eller blitt inkludert i planlegging av videre oppfølging.

5.3 Den indre diskusjonen

Min empiri kan indikere at deltakerne har flere typer forhandlinger med seg selv etter å ha blitt avvist psykisk helsehjelp. Det andre funnet har jeg derfor valgt å definere «*den indre diskusjonen*». Deltakerne forteller om indre diskusjoner om avslaget, hvorvidt det oppleves riktig eller galt, samt om de fortjener hjelpen eller ikke. Det uttrykkes også forhandlinger knyttet til tillit til helsevesenet.

Jeg tenker jo det er feil å bli avvist. Jeg oppsøkte hjelp fordi jeg trenger hjelp. Jeg føler også at det er urettferdig ... men samtidig ... har sikkert noen det verre enn meg, og da er de sikkert viktigere enn meg. (Andrea)

Om det var riktig å bli avvist ... Det ... det er jeg usikker på. Både rett og galt egentlig. Jeg tenker jo at jeg trenger hjelp, ellers hadde jeg ikke oppsøkt den hjelpen. Jeg hadde

aldri gått til fastlegen om jeg ikke følte at jeg virkelig trengte det da. Hmm ... Men nå har det jo gått såpass lang tid fra forrige gang jeg ble avvist at jeg tenkte kanskje at de ser det at ... nå har det på en måte gått, ja ... såpass lang tid fra jeg ble avvist forrige gang, og jeg sliter fortsatt med de samme problemene... så kanskje det skulle hjelpe. Men jeg vet ikke ... Alle som trenger hjelp fortjener å få hjelp, og det inkluderer vel meg også. Men jeg kan se for meg at ... ja at noen andre trenger det mer. (Kamilla)

Jeg kan jo ikke si at det var riktig å bli avvist, men man blir usikker også fordi blir man avvist så trenger man kanskje ikke hjelpen da, eller sånn ... ja... Jeg har tenkt meg blå på akkurat det der altså. Jeg endte med å skrive en type liste med for- og motargumenter for at jeg ikke fikk hjelp. Men det er en vond forhandling. (Tobias)

Ehhmm... det føltes nesten ut som man må overbevise legen om at det faktisk er noe, men siden det tok så lang tid...så tenkte jeg at det sikkert var noen andre som trengte det mer...at da må jeg gi plassen til dem. Litt sånn som på legevakta ...at man må hjelpe de som trenger det mest først. Men likevel må jeg jo si at det føles galt å bli avvist når det er åpenbart for meg at jeg trenger hjelp. (Tiril)

Av sitatene over kan vi se at deltakerne har en form for forhandling eller diskusjon med seg selv. Andrea forklarer at hun opplever avslaget som feil, men at det samtidig «*sikkert er noen som har det verre*». Hun legger til at så lenge hun ikke har selvmordstanker «*vil det alltid være noen foran i køen*». Videre forteller Tobias om å skrive en liste med argumenter for å tydeliggjøre beslutningen. Jeg spurte om resultatet av denne listen, hvor han forklarer at «*beslutningen sannsynligvis måtte være feil*» grunnet flere motargumenter enn forargumenter. Tiril forklarer også en forhandling hvor hun tenker det var galt å bli avvist, men at «*det var sikkert noen andre som trengte det mer*». Hun sammenligner det med legevakten hvor de som trenger hjelpen mest blir prioritert.

Videre er «*tillit til helsevesenet*» en koding i mitt materiale, under forhandling. Deltakerne uttrykker usikkerhet knyttet til helsevesenets beslutning, og hvorvidt de kan ha tillit til beslutningen:

Men jeg må jo velge å stole på at de vet best. Jeg er kanskje ikke så syk da. Kanskje jeg egentlig skulle tatt det positivt. Kanskje er jeg friskere enn jeg tror, jeg vet ikke jeg.

Det er ordentlig vanskelig altså. Jeg vil jo ha den hjelpen, men det ... man kan ikke gå og tenke altfor mye på det heller, om at jeg burde fått den hjelpen når jeg ikke får den. Det er jo ganske ... det det tar meg ingen vei da. (Kamilla)

Helsetjenesten vet sikkert best, det må man jo bare tro. Eller ikke helsetjenesten kanskje, men de som vurderer om man skal få behandling eller ikke. Men samtidig ... jeg føler meg jo avvist av hele helsevesenet. Jeg har ikke lyst til å liksom snakke ned noen fordi vi har ekstremt mange flinke folk, men jeg vet ikke om jeg lengre stoler på at hvis jeg blir syk så får jeg hjelpen jeg trenger. Kanskje hvis jeg brekker foten, men ikke hvis jeg skulle oppleve dødsfall og depresjon igjen. (Amalie).

Hmm ... jeg er bare litt usikker på om jeg har tillit til å få den hjelpen man trenger etter dette. Men jeg prøver å ikke ta det så negativt, og tenker at de gjør så godt de kan. Men hvorfor skulle jeg gidde å søke hjelp på ny for å bli avvist ...? (Tobias).

Deltakerne uttrykker at de prøver å ha tillit til helsetjenesten og beslutningen om avslag, men at det kan være vanskelig å stole på at de får den hjelpen de trenger fremover. En fellesnevner for Kamilla, Amalie og Tobias er at de ikke ønsker å uttale seg negativt om helsevesenet, og Tobias forklarer blant annet at «*de gjør så godt de kan*».

Oppsummert forteller deltakerne om ulike forhandlinger de har med seg selv, hvor de prøver å få bedre klarhet i hvorfor de ble avvist, og hvorvidt dette var riktig avgjørelse. Jeg tolker dette som en prosess deltakerne foretar for å rettferdiggjøre avvisningen, i form av å prøve å veie egne behov mot andres. De er opptatt av at de ikke ønsker å ta «plassen» til noen som trenger det mer, men ser samtidig at de selv har behov for helsehjelp.

5.4 Økonomisk bekymring

Det tredje funnet er knyttet til økonomi og pengebruk i forbindelse med behandling hos privat psykolog. Deltakerne forteller at de har vært nødt til å bruke en del penger på privat behandling etter avvisning hos spesialisthelsetjenesten – noe de opplever som «*kjipe penger*». Flere av deltakerne påpeker også at dette påvirker andre ting de heller ville brukt pengene på. Under er noen sitater som illustrerer funnet:

Men så er det jo dyrt, og ... jeg er jo som sagt student på 2 år, jeg har samboer, jeg har lyst til å oppleve verden. Jeg har lyst til å kjøpe bolig, jeg har lyst til å være med venner. Jeg har ikke lyst til å bruke så mye penger på psykolog fordi det er dyrt. Jeg betaler nå 1200 kroner for femti minutter. Det er dyrebare minutter, og jeg trenger det jo, men samtidig så er det ... det er dritt å bruke de pengene på privat psykolog som kunne vært gratis eller i det minste billigere offentlig. (Kamilla)*

Altså jeg hadde ikke hatt råd til det selv, så hvis ikke det hadde vært for moren min så ... så hadde det jo ikke gått. Det er jo det jeg synes er så kjipt med det og, at jeg er veldig takknemlig for at moren min tok meg med til privat psykolog fordi det hjalp meg veldig, men samtidig har hun brukt utrolig mye av sin økonomi på meg, som gir meg dårlig samvittighet. (Emilie)

Jeg oppsøkte privat psykolog, og fikk én psykologtime, men jeg har ikke penger til å fortsette, så da måtte det eventuelt bli via jobb, men det inngår ikke i forsikringen vår. Jeg burde kanskje prioritert å bruke penger på det, men da må jeg prioritere bort noe annet, det vil jeg ikke. (Andrea)

Det er kjipt å tenke på at jeg må bruke penger på noe jeg kunne fått gratis offentlig. Jeg vet at jeg kunne liksom blitt utredet og fått diagnosen jeg har fått helt gratis, men i stedet har jeg brukt ganske mange tusen for å gjøre det privat. Altså det har jo vært nødvendig, men jeg skulle gjerne heller brukt de pengene på noe gøy med dama. (Tobias)

Sitatene over favner ulike aspekter knyttet til økonomiske konsekvenser av å bruke private klinikker for psykisk helsehjelp etter avvisning. Kamilla og Tobias forklarer at de heller ønsker å bruke penger på opplevelser med kjæresten, men at hjelpen de får er dyrebar og nødvendig. Emilie har fått økonomisk hjelp av mor, og trekker frem at uten moren hadde det «ikke gått» da hun ikke hadde hatt råd til det selv. Andrea har valgt å ikke prioritere å bruke penger på privat psykolog til tross for at hun «burde prioritert det», men ønsker ikke å la det gå på bekostning av noe annet.

Intervjuene tyder på at avvisningen har gitt deltakerne nye økonomiske problemstillinger. De må velge mellom å bruke penger på privat helsehjelp, og dermed nedprioritere andre ting,

eller om de skal prioritere å bruke penger på ting som gir mer positive opplevelser, og la være å få hjelpen de eventuelt kunne trengt. For Amalie har prosessen med privat helsehjelp vært annerledes da hun nå får behandling hos avtalespesialist:

Jeg føler jo litt på det ...at jeg kunne fått hjelpen og behandlingen offentlig tidligere, og sluppet å bruke penger på privat psykolog. Men jeg tror ikke jeg skal klage for jeg betaler velig mye mindre enn andre fordi jeg nå går til avtalespesialist som dekkes av det offentlige. Det er fremdeles ikke gratis ... men jeg betaler litt i underkant av 400 kroner i egenandel hver gang, men så blir det jo gratis når jeg får frikort. Når jeg startet for omtrent fire måneder siden fikk jeg beskjed om at jeg har ti psykologtimer til rådighet, så vi får se om det svarer seg at det er billigere hvis jeg plutselig skulle miste rettighet på flere timer før jeg føler at jeg har fått hjelpen jeg trenger. (Amalie)

Her trekker Amalie frem at hun «ikke skal klage» fordi hun får hjelp av avtalespesialist hvor hun kun betaler egenandel for behandlingen. For Amalie er det dermed litt annerledes enn for de andre deltakerne, ettersom hun nå har fått innvilget offentlig psykisk helsehjelp hos avtalespesialist etter to avvisninger. Likevel forklarer hun en viktig forskjell på privat og offentlig helsehjelp ved at hun nå har et begrenset antall psykologtimer til rådighet, en begrensning som ikke har kommet til uttrykk hos de andre deltakerne som får privat hjelp.

Oppsummert uttrykker deltakerne at økonomi er en bekymring og en problemstilling som må tas hensyn til etter å ha blitt avvist. Dette skyldes at privat psykisk helsehjelp har en prislapp som er vesentlig høyere enn kommunal helsehjelp hvor hjelpen er gratis eller kommer med lav egenandel. Deltakerne må derfor veie opp hva som er viktigst, og gjøre økonomiske prioriteringer ut ifra dette.

5.5 Forskjellsbehandling

Det fjerde og siste temaet «forskjellsbehandling» viser til deltakernes refleksjoner vedrørende ulikheter ved somatikk og psykiatri. Flere av deltakerne påpeker ulikheter, der ulikhetene trekker i negativ favør for psykiatrien. Deltakerne forteller om psykiske vansker som usynlig sykdom, og oppfatter prioriteringer i helsetjenesten som forskjellsbehandling:

Det føles litt som at hvis jeg hadde et åpent sår på kroppen ville jeg fått hjelp til å sy

det hos legen, men nå føles det som det gir meg nål og tråd og ber meg om å sy det selv hvis du skjønner ... (Andrea)

Følelsen jeg sitter igjen med er at fordi ingen kan se at jeg sliter psykisk så... så er det mindre viktig liksom. Hvis jeg hadde dratt til legen med kraftige smerter hadde ingen avvist meg og bedt meg prøve en annen lege, eller bedt meg prøve en privat klinikk for å fikse det. Men fordi problemet sitter inni hodet så er det liksom greit å bare avvise. Det føles så urettferdig, og jeg blir så frustrert av å snakke om det. (Amalie)

Jeg innser nå når vi snakker om det at ...at det er veldig stor forskjell på om man sliter psykisk eller om man har smerter i kroppen. Jeg er ikke født i Norge, men jeg har aldri hørt at noen har blitt avvist hjelp hvis det er noe i kroppen liksom, sånn hvis man har brukt noe eller har vondt noe sted. Det er vel fordi man ikke kan se det som skjer inni hodet ... Hmm... (Tobias)

Jeg skjønner ikke hvorfor det skal være så stor forskjell på psykisk og fysisk smerte. Det skrives jo opp og ned hvor viktig psykisk helse er og alle kjendiser skal liksom fronte dette så mye, men så ... ja ... det er jo fremdeles ganske stor forskjell på kroppslig sykdom og psykisk sykdom da, når det gjelder hjelpen man får. Jeg leste en nyhetsartikkel nylig om at det fjernes mange døgnplasser innen psykiatrien, og dette i kombinasjon med at vi blir avvist gjør meg lei meg. Jeg kommer jo aldri til å få hjelp egentlig. (Tiril)

Det er vel så enkelt at fordi ingen kan se hva jeg sliter med så er det lettere å si at man ikke har kapasitet. Hadde jeg stått hos legen med en brukket arm hadde saken vært annerledes. Det er vondt å tenke på. (Kamilla)

Alle deltakerne bortsett fra Emilie nevner ulikheter i somatikk og psykiatri, og omtaler forskjellene som urettferdige. De oppfatter at ved somatisk sykdom og fysisk smerte vil pasienter få den hjelpen de trenger, men ved psykisk sykdom og psykisk smerte er lidelsene usynlige, og terskelen for å få hjelp er dermed høyere. Amalie beskriver denne forskjellsbehandlingen som urettferdig og frustrerende, og Kamilla erkjenner at det er vondt å tenke på.

6.0 Diskusjon

Dette kapitlet er inndelt i to deler: resultatdiskusjon og metodediskusjon. I den første delen vil jeg drøfte funnene fra analysen i lys av tidligere forskning og teori som er presentert i kapittel 2, før jeg i neste del vil diskutere metoden som ble anvendt. For å si noe om hvordan deltakerne opplever å bli avvist psykisk helsehjelp har jeg valgt å dele inn første del av diskusjonen etter de fire dominerende funnene: å være kasteball i systemet, den indre diskusjonen, økonomisk bekymring og forskjellsbehandling.

6.1 Kasteball i systemet

I analysen av datamaterialet fremkommer det at deltakerne opplever å være «kasteball i systemet» fordi de har erfart å ikke være «kvalifisert» for flere av helsetjenestens tilbud. Ifølge Helsedirektoratet finnes det «gode tilbud» om helsehjelp ved psykiske vansker (71). Fastlege kan henvise til psykolog, man kan oppsøke kommunens lavterskeltilbud, frisklivssentraler, eller oppsøke digitale hjelpetjenester som bl.a. drives av Mental helse og Kirkens SOS. Ved mer alvorlige plager henviser fastlege til DPS. Utredning og behandling av psykiske problemer skal utføres i henhold til kunnskapsbaserte faglige retningslinjer, og god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten øker kvaliteten på behandlingstilbudet (47). Ifølge rapporten «Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser» fra 2014 fungerer samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten godt i 60 prosent av landets kommuner (42). Samarbeid mellom fastleger og det kommunale psykiske helsearbeidet fungerer godt i over 80 prosent av kommunene, men rapporten viser samtidig til lav kompetanse om psykisk helse blant fastlegene. Det er usikkert om slike anslag for «godt samarbeid» er noe mer enn gode intensjoner blant fagfolkene. Det som er helt klart er at helsetjenesten ikke fungerer som et godt koordinert, samlet hele for pasienter med psykiske lidelser.

Til tross for tydelig definerte retningslinjer for samhandling forteller studiens deltakere om hendelser som ikke samsvarer med en velfungerende ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. De forklarer at de oppsøkte flere helsetilbud, men ble sendt videre mellom tilbudene, og de endte opp med ikke å få helsehjelp. Eksempelvis forklarer flere at de ble avvist av spesialisthelsetjenesten med videre anbefaling om å oppsøke lavterskeltilbud i kommunen, men at de der fikk beskjed om kapasitetsproblemer. Deltakerne har også henvendt seg til digitale chattetjenester hvor de ble anbefalt å oppsøke fastlege, noe de

allerede hadde forsøkt, men som endte med avvisning. I 2022 publiserte NRK en artikkel om «Maria» som forteller om avvisning i spesialisthelsetjenesten, og kommunale lavterskeltilbud som ikke har tilstrekkelig kapasitet (72). Dette støtter erfaringen deltakerne har.

For å sikre pasienter tilstrekkelig helsehjelp er det nødvendig at fastleger gjør en god jobb i forbindelse med karlegging og henvisning (42). Dersom fastlege ikke forstår godt nok pasientens behov, ikke selv tilbyr hjelp og heller ikke følger opp hvordan det går i forhold til ev. videre henvisning til andre instanser, vil pasienten oppleve å bli feilaktig avvist. I en artikkel fra 2021 om behandling av spiseforstyrrelser kommer det frem at mange ble anbefalt av fastlege å henvende seg til lavterskeltilbud i kommunen, men at de som gjorde dette fikk beskjed om å kontakte fastlege for henvisning til spesialisthelsetjenesten (73). Dette ble begrunnet med at spiseproblematikken var av slik karakter at det trengtes mer hjelp enn det lavterskeltilbudene kunne bidra med. I artikkelen belyser rådgiver ved kommunens lavterskeltilbud at mange derfor ender opp som kasteball mellom gratis lavterskeltilbud på den ene siden og primær- og spesialisthelsetjenestens tilbud på den annen side.

En norsk studie fra 2020 forsøkte å definere *når* spesialisert psykisk helsehjelp er nødvendig basert på synspunkt fra pasientrepresentanter, fastleger og sykehusspesialister (48). Pasientrepresentantens vurdering av behov for spesialisert helsehjelp var knyttet til hvorvidt pasienten fungerer i dagliglivet, da særlig knyttet til evne til å ivareta familie, jobb og oppfylle forpliktelser. Fastlegene understreket at pasientens motivasjon for behandling og forventet nytteverdi var viktig i vurdering av behandling, mens sykehusspesialistene la vekt på risiko for selvskadning, risiko for å skade andre, og symptomer på psykose i behovsvurderingen. Studien viste til enighet blant deltakerne om hvorvidt pasientens familie og sosiale nettverk er en viktig vurderingsfaktor for spesialisert helsehjelp. Likevel er det tydelige forskjeller i pasienters, fastlegers og sykehusspesialisters oppfatning om når det er behov for hjelp. Slike menings- og vurderingsforskjeller vil lett resultere i at pasienten blir sendt frem og tilbake mellom de ulike helsetilbudene.

I Norge er prioritering av helsetjeneste og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten regulert av lover og retningslinjer som vektlegger alvorlighetsgraden av pasientens sykdom og forventet innvirkning på pasientens livskvalitet (74). Retningslinjene anbefaler eksempelvis at pasienter med omsorg for små barn, pasienter over 23 år, og pasienter som for tiden er sykemeldt skal prioriteres. Riksrevisjonen ga i 2018 ut en rapport

som viste at kriteriene som benyttes for å avgjøre når pasienter trenger spesialisert psykisk helsehjelp derimot er uklare (75). Der fremgår det at mer enn hver fjerde fastlege jevnlig henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten til tross for ingen forventet medisinsk nytte av henvisningen, og hver tredje sykehuslege erkjenner at de regelmessig tar inn pasienter til utredning selv om det går frem av henvisningen at pasienten ikke burde vært henvist. Kun halvparten av fastlegene ga uttrykk for at de kjente til innholdet i henvisningsveilederen, og igjen var det tydelig at fastleger og sykehusleger synes å ha ulik forståelse av når det er behov for spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern (74,75).

I Helsedirektoratets rapportering om status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan fra 2022 fremkom det at pasienter med alvorlige psykisk helse- og rusproblemer, samt personer med funksjonsnedsettelse og samtidige psykisk helse- og rusproblemer lett faller ut av behandlingstilbud, særlig i forbindelse med overganger mellom tjenester og tiltak (76). Likevel finnes det ikke retningslinjer e.l. som skal hindre dette. Det foreligger kun anbefalinger om at spesialisthelsetjenesten og kommunen bør samarbeide om å etablere kommunale tjenester for kurs og behandling av milde psykiske helseproblemer som angst og depresjon.

Til tross for tydelig definerte retningslinjer angående den enkeltes rett til brukermedvirkning (16) har ingen av deltakerne i min studie hatt innflytelse på tjenestetilbudet. SINTEFs rapport om pasienters erfaring med pakkeforløp for psykisk helse påpeker at retningslinjene for brukermedvirkning ikke følges på tilfredsstillende måte, noe som samsvarer med resultatene i denne studien (54).

Oppsummert kan pasientenes opplevelser av å være «kasteball i systemet» være et resultat av uklare retningslinjer mm. og ulik forståelse av behov for helsehjelp (og nytte av slik hjelp) blant fastlege, sykehusspesialister og pasienten selv. Fastlegene har en nøkkelrolle og deres begrensede interesse for og kunnskap om psykiske helseproblemer synes å være et problem som vil vanskeliggjøre både samhandlingen med lavterskeltilbud lokalt og spesialisthelsetjenesten. Det er lett å forstå at det å bli avvist og ikke få hjelp for psykiske plager når en har oppsøkt helsetjenesten, gir en opplevelse av å være kasteball mellom kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten. Pasienter må selv ta konsekvensen av dårlig samarbeid og uavklarte ansvarsprosedyrer mellom de ulike delene av tjenesteapparatet.

Opplevelsene til informantene i denne studien illustrerer godt at helsetjenesten ikke fungerer som et godt koordinert, samlet hele for pasienter med psykiske lidelser.

6.2 Den indre diskusjonen

Et annet sentralt funn omhandler deltakernes indre dialoger om hvorvidt avvisningen var riktig eller gal, om de «fortjener» psykisk helsehjelp, og om tilliten til helsetjenesten er svekket. Flere av deltakerne beskriver en opplevelse av å bli bedømt som «ikke syk nok» til å få hjelp, og at deres problemer ikke var alvorlige nok til å utløse rett til å få hjelp. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at personer med psykiske plager og lidelser nettopp har rett til god tilgang på behandling og oppfølging, og pasienten skal ha innflytelse på behandlingsforløpet (77). Dette innebærer at *alle* med psykiske plager eller lidelser skal få hjelp til å håndtere dette, uavhengig av alvorlighetsgrad. I tillegg skal egne ønsker og meninger tillegges vekt, både med tanke på hjelpesøkingen og når det gjelder innflytelse på behandlingen. Oppskriften som gis, synes å være såre enkel: Ta kontakt med fastlege, så vil resten ordne seg. I praksis ble erfaringen en helt annen for de jeg intervjuet.

Deltakerne fortalte at de opplevde at de ikke fortjener helsehjelp, og at andre «antakelig trenger det mer». De var usikre på om de ville søkt helsehjelp via spesialisthelsetjenesten på ny, noe Tobias begrunner slik: «*Hvorfor skulle jeg gidde å søke hjelp på ny for å bli avvist?*». Tidligere har jeg beskrevet den såkalte «*hvorfor prøve*»-effekten presentert i forbindelse med stigma. «*Hvorfor prøve*»-effekten innebærer at psykisk syke personer som opplever selvstigma får lavere selvtillit, og opplever seg mindreverdige (40). De har selvkritiske indre diskusjoner med seg selv, og stiller seg spørrende til hvorfor de skal foreta seg noe, når det sannsynligvis ikke vil gi resultater. Andre har også beskrevet funn som viser til tap av verdighet ved avvisning av psykisk helsehjelp (78). Det er grunn til å tro deltakerne i denne studien opplever selvstigma, og dermed også erfarer «*hvorfor prøve*»-effekten. De forstår egne problemer som mindre alvorlige og vil ikke oppsøke slik helsehjelp på ny. Internasjonale studier demonstrer det samme: at folk avstår fra å be om fremtidig hjelp ved avvisning grunnet utfordringer med å forstå alvorlighet av egne problemer, og fordi en ikke vil være til belastning for andre (26,27).

Videre viser studien at deltakerne har mistet tillit til helsetjenesten. De er usikre på om de vil få god helsehjelp dersom det skulle oppstå behov på ny. Amalies forklaring fra oppgavens

resultatdel belyser dette: «... men jeg vet ikke om jeg lengre stoler på at hvis jeg blir syk så får jeg hjelpen jeg trenger. Kanskje hvis jeg brekker foten, men ikke hvis jeg skulle oppleve dødsfall og depresjon igjen». Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør at kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til *alle* som oppholder seg i kommunen, inkludert mennesker med psykisk helse- og rusproblemer (77). Med bakgrunn i dette skal vi kunne stole på at vi får tilstrekkelig psykisk helsehjelp ved behov. Data fra 2021 (og tidligere) viser derimot at tilgangen til psykiske helsetjenester i landets kommuner er ulik, og at mange med psykiske plager og lidelser ikke får hjelp når de trenger det (79). Det kan derfor se ut som om departementets pålegg bare blir til tomme løfter i en god del lokalsamfunn.

Å ikke føle seg syk nok, og å oppleve å ha problemer som ikke er alvorlige nok er ikke nye oppdagelser blant personer som oppsøker psykisk helsehjelp (72,78,80–82). Felles for denne studiens resultater, og artikler som inkluderer personer med liknende erfaring, er den indre dialogen de har med seg selv. Dette innebærer hyppige forhandling med seg selv vedrørende riktig eller gal avvisning, hvilken helsehjelp man fortjener, og hvorvidt man kan stole på helsetjenestens beslutning. Den indre kritikeren synes «å få vann på mølla».

Deltakerne opplever å være kasteballer i systemet, hvor de «faller gjennom», og de ender opp med ikke å få helsehjelp. Det skaper tankekjør og indre forhandlinger og diskusjoner hvor stigma, lav egenverdi og lav tillit til helsehjelp blir uttrykt. Ikke bare har vi et system som svikter pasienter som opplever å ha hjelpebehov for psykiske plager, men konsekvensene – i form av avvisning – skaper ytterligere mentale utfordringer.

6.3 Økonomisk bekymring

Studien indikerer at økonomien blir skadelidende, noe som forsterker de negative konsekvensene av å bli avvist psykisk helsehjelp. Deltakerne oppsøker privat helsehjelp fordi de ikke slipper til i spesialisthelsetjenesten, og det drar med seg økonomiske belastninger. Prislappen for privat helsehjelp er vesentlig høyere enn ved offentlig helsehjelp, og det fører naturligvis til prioriteringsutfordringer fordi deltakerne må velge å betale for helsehjelpen fra egen lomme eller velge det bort.

Ved innvilget behandling hos psykolog som er spesialist i klinisk psykologi kan man få dekket deler av utgiftene, men det følger vanligvis en egenandel med, som må betales av egen

lomme (83). Ifølge tall fra 2021 er som nevnt tidligere ordinær egenandel på 375 kr per konsultasjon, mens gjennomsnittsprisen for behandling hos privat psykolog er i størrelsesorden 1100–1200 kr per konsultasjon (24). Å gå jevnlig til privat psykolog over tid, som de fleste ville trenge, innebærer dermed en betydelig utgift. Denne forskjellen kan skape klasseskiller og urettferdighet blant pasientene, noe vi kan se tendenser til i oppgavens funn. Andrea hadde én time hos privat psykolog før pengene ikke lengre strakk til, mens for Emilie var ikke penger et problem ettersom moren tok kostnaden for behandlingen. Emilie som hadde økonomiske ressurser, fikk behandling og helsehjelp, mens Andrea endte opp uten tilsvarende hjelpetilbud. Det er imidlertid nødvendig å poengtere at selv om man får innvilget psykisk helsehjelp offentlig er ikke hjelpen helt gratis. Flere av deltakerne fremstilte en situasjon hvor de må betale for privat helsehjelp, mens de burde fått hjelpen gratis. Egenandel er derimot vanlig frem til en eventuelt får frikort.

Til tross for fine ord om velferdsstaten Norge viser studiens funn til en bakside som bør komme bedre frem i lyset. I 2020 publiserte Helse- og omsorgsdepartementet en handlingsplan for forebygging av selvmord som innebærer en nullvisjon, som skulle være et bidrag for å redusere antall selvmord i Norge (84). Ett av målene for perioden 2020–2025 er å gi god hjelp og skape gode behandlingsforløp for mennesker med selvmordsrisiko. Med bakgrunn i at mer enn en tredel av alle som tar livet sitt har vært i kontakt med fastlege siste måned før selvmordet så man et potensiale for å arbeide selvmordsforebyggende i helse- og omsorgstjenesten. De fleste vil nok si seg enig i at denne tanken er god. Men hva skjer når pasienter blir avvist og derfor ikke får dekket sitt behov i helsetjenesten, og økonomien setter en stopper for privat helsehjelp? Det er svært vanskelig å bedømme selvmordsrisiko på en pålitelig måte (85) og det å arbeide selvmordsforebyggende i helse- og omsorgstjenesten handler bl.a. om å få ned antall avvisinger. Per i dag har vi ikke tall på hvor mange som har blitt avvist psykisk helsehjelp, og i ettertid begått selvmord, men vi vet fra nyhetsdekningen at det forekommer. Velferdsstaten Norge er følgelig et land hvor privatøkonomiske hensyn blir et tydelig stengsel for å sikre adekvat psykisk helsehjelp for alle som trenger det.

Oppsummert er økonomi en faktor som forsterker deltakernes negative opplevelser av å bli avvist psykisk helsehjelp og som dessuten skaper helt konkret hindringer for enkelte som ikke kan ta seg til råd til flere timer hos privat psykolog. Privat helsehjelp er for noen overkommelig, men umulig for andre. I vår helsetjeneste er det muligheter for å kjøpe seg alternative løsninger som privat helsehjelp, noe som gjør det vanskelig å opprettholde en

solidarisk helsetjeneste. I ytterste konsekvens kan dette medføre situasjoner der personer med selvmordstanker blir avvist helsehjelp uten videre muligheter for å betale for seg i den private delen av systemet. Skal vi godta at denne gruppen mennesker ikke får tilstrekkelig hjelp grunnet svakere privatøkonomi enn andre?

6.4 Forskjellsbehandling – somatikk og psykiatri

Et annet funn som kom til syne under analysen, og som ble presentert i oppgavens resultatdel, er deltakernes beskrivelser av forskjellsbehandling i helsevesenet. Deltakerne har inntrykk av at somatisk helsehjelp er lett tilgjengelig til enhver tid, mens psykisk helsehjelp er krevende, og en form for loddrekning blant hvem som får hjelp og ikke. Helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, både somatikk og psykiatri, krever henvisning fra helsepersonell, og spesialisthelsetjenesten vurderer så behovet for helsehjelp (14). Henvisingen skal vurderes innen forsvarlig tid, og Helse- og omsorgsdepartementets prioriteringsregler (pasient- og brukerrettighetsloven §2-1b) avgjør hvem som får innvilget helsehjelp.

I lovverket finnes ikke noe tydelig skille mellom psykisk og somatisk sykdom i vurdering av behov for helsehjelp (14). Som tidligere nevnt i kapitlet er brukerne imidlertid avhengig av at henviser gjør en god jobb med karlegging og henvisning for å sikre at pasienter får riktig hjelp og behandling (14,42). Ifølge Den Norske Legeforening har omtrent 90 prosent av alle med psykiske lidelser fått utredning, diagnostisk vurdering og behandling hos fastlegen (86). Dette betyr at fastlegene spiller en viktig rolle i pasientens behandling- og oppfølgingsforløp. Dag Album har forsket på, og uttalt seg i media om prestisjehierarkier i medisinen, hvor alvorlige sykdommer med tydelige symptomer rangeres høyt, mens psykiske lidelser og fibromyalgi rangeres lavt (87,88). Denne type rangering kan skape et skille hvor sykdommer som hjerneinfarkt og hjernesvulst blir prioritert foran psykiske lidelser.

I en SINTEF-rapport fra 2006 ble Ådnanes og Bjørngaards studie (89) presentert hvor det fremkommer at leger opplever begrensninger til hva de kan gjøre i forhold til psykisk syke pasienter. Studien viste at fastleger hovedsakelig konsentrerer seg om det somatiske, da de oppfatter dette som sitt hovedansvar i møte med pasienten. Videre oppga mange at de i «noen grad» har kompetanse til å følge opp pasienter med lettere psykiske lidelser, mens få oppga at de i «stor grad» har denne kompetansen.

I en annen studie undersøkte Mykletun et al. fastlegers meninger vedrørende behandling av psykisk syke i primærhelsetjenesten (90). Av studien fremkom det behov for forbedring i form av bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, økt kompetanse blant fastleger, samt økt tid med pasientene. Dette støtter tidligere funn fra en svensk studie blant fastleger hvor en undersøkte hvilke faktorer som avgjorde fastlegers arbeid med psykisk helse (91). Studien viste at personlig kunnskap, erfaring, og interesse påvirker møtet med psykisk syke pasienter. For at fastlegen skal ha et best mulig utgangspunkt i møte med psykisk syke pasienter er de avhengige av tilstrekkelig kunnskap på feltet. Pasienten skal få tilstrekkelig hjelp, uavhengig av *hvem* som er fastlegen. Norske fastleger har tidligere påpekt hvor vanskelig det er å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ved psykiske lidelser, sammenlignet med somatiske sykdommer (90).

Et politisk mål er at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres sterkere enn somatisk sektor (92). Dette målet omtales ofte som «den gylne regel» og inngår i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester fra 2020–2021 konkluderte derimot med at den gylne regel ikke er innfridd, ettersom psykisk helsevern blir nedprioritert til fordel for somatikken (79). Nåværende helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol har skrotet den gylne regel, og satser i stedet på en opptrappingsplan (93) for psykisk helse som skal styrke tilbudet innen psykisk helse over hele landet. Opptrappingsplanen er ventet i juni 2023, og skal ha hovedvekt på forebygging og styrking av kommunale tjenester (94).

Debatten om avstand mellom forventninger og virkelighet i norsk psykisk helsevern er dagsaktuell (95). Pasienter som blir diagnostisert med kreft, hjerte- og karsykdommer eller andre somatiske sykdommer får behandling av høy kvalitet. Likevel aksepterer vi at sykdommene er dødelige, og at helsetjenesten i noen tilfeller ikke kan gi videre behandling. Innen psykiatrien vil legen på samme måte gi behandling av høy kvalitet, men til tross for god behandling vil noen personer bli psykotiske og ta sitt eget liv. Dette kan raskt bli sett på som systemsvikt. Ordtaket «han tapte kampen mot kreft» er ikke ukjent, men å tape kampen mot psykisk sykdom er ikke et vanlig utsagn. Hvilke forventninger vi har til helsebehandling er også av betydning, og flere studier viser til urealistiske forventninger for psykiatrisk helsehjelp (95,96). Dette kan også ha påvirket deltakernes opplevelse av forskjellsbehandling.

Oppsummert har studiens deltakere en opplevelse av det forekommer forskjellsbehandling i helsetjenesten, der tilgangen til tilfredsstillende hjelp ved somatisk sykdom oppfattes som enklere enn ved psykisk sykdom. Til tross for at det norske lovverket ikke skiller mellom somatisk og psykiatrisk behandling med tanke på prioritering, synes det å foreligge forskjeller. Kunnskap og interesse om psykisk sykdom blant fastleger ser ut til å kunne påvirke pasienters behandlingsforløp. Pasienten kan risikere å ikke bli henvist videre til spesialisthelsetjenesten, eller bli henvist med en henvisning som ikke gir tilstrekkelig informasjon, og dermed fører til avvisning. En legekultur der ulike sykdommer omfattes med ulik interesse kan bidra til en slik opplevelse av forskjellsbehandling blant pasientene. Samtidig kan studiens deltakere ha forventninger til psykisk helsehjelp som ikke er avstemt med realitetene.

6.5 Metodediskusjon

I all forskning bør vi være spørrende til hvorvidt metoden som anvendes representer en relevant og fornuftig vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (1). Dette forskningsprosjektet ble gjennomført ved å benytte kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming, og data ble innhentet gjennom semistrukturerte intervju. I ettertid opplever jeg valg av metode som godt tilpasset formålet. En kvantitativ undersøkelse, f.eks. ved bruk av spørreskjema, kunne gitt informasjon fra flere personer (gitt at en lyktes med rekruttering), men gir ikke muligheten for å eksplorere deltakernes opplevelser og erfaringer, og trenge i dybden. Jeg kunne valgt å benytte fokusgruppeintervju i stedet for individuelle intervjuer. Ved fokusgruppeintervju får deltakerne mulighet til å utveksle og sammenligne opplevelser og erfaringer, samtidig som det skapes rom for nye perspektiver av det som studeres (59). Begrunnelsen for valg av individuelle intervju var hovedsakelig at temaet kunne oppfattes sårbart, og at et eventuelt gruppeintervju kunne vært ukomfortabelt. Også praktiske hensyn spilte inn, det ville budt på utfordringer å samle en gruppe om dette temaet. Med tanke på deltakernes fortellinger om at avvisningen opplevdes vanskelig, og at flere var nervøse for intervju, er det min vurdering at individuelle intervju var et fornuftig valg.

Å ha en fenomenologisk tilnærming til prosjektet innebærer at jeg som forsker er opptatt av at essensen i prosjektet til enhver tid er deltakers subjektive erfaring. Det er vesentlig å komme inn i deltakernes livsverden for å forstå opplevelsen av avvisning. Ved å benytte denne tilnærmingen opplevde jeg å få tilgang til fenomenet fra et førstepersons-perspektiv, og jeg

fikk en dypere forståelse av deltakernes opplevelser. Ved forsøksvis å tilsidesette kunnskap jeg hadde om temaet og mine egne erfaringer, og åpent gå inn i intervju og analysearbeid uten forventninger til fenomenet, fikk jeg godt datamateriale som først og fremst beskriver deltakernes subjektive erfaringer. Dette gjorde det mulig å besvare problemstillingen.

I følge van Manen kunne det være hensiktsmessig å utføre nærobservasjon for å få tilgang til deltakernes livsverden da dette danner andre former for erfaringsmateriale enn det intervju gir mulighet for (97). Å benytte nærobservasjon kunne gitt tilgang til opplevelsesøyeblikket når deltakerne mottok avvisning. Å gjennomføre prosjektet på denne måten ville trolig vært praktisk vanskelig og krevd mye planlegging, ettersom tidspunktet for utsendelse av avvisning er under spesialisthelsetjenestens kontroll. Nærobservasjon ville gitt et beskrivende materiale som «gikk enda tettere på», men intervjuene har likevel gitt fyldige beskrivelser fra deltakernes livsverden.

Studiens utvalg består av fem kvinner og én mann der alle er i 20-årene. Det er bredde i utvalget i form av ulikt antall forsøk på å få psykisk helsehjelp, samt ulik tid siden de mottok avvisning. Studien kunne vært styrket ved et bredere aldersspenn, tilnærmet lik kjønnsfordeling, samt flere deltakere (1). Som forklart i metodedelen var dette målet ved rekruttering. Videre er deltakernes anonymitet sikret ved fiktive navn og aldersspenn fremfor nøyaktig alder. Dette har jeg, sammen med veileder, vurdert til å være tilstrekkelig omskrevet slik at ingen utenforstående vil kunne identifisere deltakerne.

Det må tas i betraktning at datainnsamlingen er retrospektiv ved at deltakerne forteller om opplevelser og erfaringer tilbake i tid. For noen av deltakerne var det fire måneder siden de mottok avvisning, mens for andre var det to år siden. Det er tenkelig at deltakernes fortellinger endrer seg noe med tiden, fra den mer «rå» opplevelsen til en mer «bearbeidet» og reflektert beskrivelse. De ulike erfaringene kan også være preget av hvordan de har opplevd livet etter avvisning, bl.a. om de har fått hjelp i etterkant.

7. Konklusjon

Hovedtemaet for denne masteroppgaven har vært å undersøke menneskers opplevelser og erfaringer med å motta avvisning av psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det har vært ønskelig å få frem personers syn på avvisning, og erfaringene med dette.

Masteroppgavens problemstilling er følgende:

Hvordan erfarer voksne i Oslo avvisning av psykisk helsehjelp, og hvilke følger får avvisningen?

Avvisning av psykisk helsehjelp bidrar til å sette pasienter i en situasjon hvor de ikke «kvalifiserer» til helsehjelp, verken i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Det kan se ut til at pasientene anses for å ikke være syke nok for behandling i spesialisthelsetjenesten, samtidig som de vurderes til å være for syke til behandling i primærhelsetjenesten. Uklare retningslinjer for *når* pasienter skal behandles i de ulike delene av helsevesenet, samt utilstrekkelig samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skaper situasjoner der pasienter ender opp med ikke å få helsehjelp.

Hvorvidt avgjørelsen om avvisning er riktig eller gal, ser ut til å prege pasientene. Noen av deltakerne i studien forstår sin egenverdi som lav, og stiller seg i ettetid spørrende til om de fortjener helsehjelp eller ikke. Det ser ut til at avvisningen skaper en vanskelig indre dialog og noen mister tillit til helsetjenesten. Andre prøver derimot å stole på at «systemet» vet best, og at beslutningen om avvisning er korrekt. Likefullt opplever de å falle mellom to stoler uten å få god veiledning for veien videre. Dyre private tjenester skaper for noen vanskelige prioriteringssituasjoner. Prislappen for slik hjelp er ikke håndterbar for alle.

Studien viste også at personer som blir avvist psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten opplever forskjellene i tilbud mellom de som har somatiske og psykiske lidelser som urettferdig. Tilgang til helsehjelp og behandling oppleves tilsynelatende enkel ved fysisk sykdom, mens deres opplevelse er å møte høye skranker fordi de har en mental utfordring.

7.1 Veien videre

En rekke aspekter ved den aktuelle problemstillingen og de funn jeg har gjort, fortjener utdyping og videre forskning. Fenomenet avvisning for psykisk helsehjelp bør studeres mer

intensivt, både gjennom kvantitativ kartlegging og i kvalitative studier. Vi trenger å vite mer om hvor mange dette gjelder, og hvordan «systemet» fungerer – eller svikter. Slik systemkunnskap kan bidra til mulige forbedringer. Det er også interessant å undersøke om det eksisterer geografiske forskjeller og om andre skillelinjer, f.eks. på bakgrunn av sosioøkonomisk status eller kulturell bakgrunn, er viktige. De helse- og samfunnsøkonomiske konsekvensene av en slik systemsvikt bør også studeres.

Ytterligere kvalitative studier behøves også. Kanskje vil de kunne påvise et større register av opplevelser, og gi enda dypere forståelse av hva disse erfaringene leder til. Forskning på stigma er særlig interessant og viktig, også fordi slik kunnskap bør lede til endringer i tjenestene. Etter min vurdering bør opplevelsen av stigma blant psykisk syke vurderes rutinemessig blant helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen. Pasientene er sårbare når de kontakter helsetjenesten for å få videre behandling. Det er derfor viktig at fastleger og annet helsepersonell forstår hvordan opplevelsen av stigma (og andre opplevelser av sårbarhet) kan påvirke pasienten og tar det i betraktning når en yter hjelp. .

Fastleger spiller en viktig rolle i behandlingsforløpet for psykisk helsehjelp fordi de har rollen som «portvakt» i norsk helsetjeneste. De synes å ha behov for mer kunnskap og flere virkemidler for selv å kunne hjelpe. Selv om fastlegene er presset på tid trenger de kanskje også å utvikle et større engasjement for å unngå at denne pasientgruppen blir kasteballer mellom ulike deler av helsetjenesten.

Den aller viktigste veien videre må imidlertid være å sikre at alle personer med et sterkt opplevd behov for psykisk helsehjelp faktisk får det, f.eks. ved at kapasiteten økes i faglig gode førstelinjetilbud. Denne studien har vist en tydelig systemsvikt som leder til ytterligere psykiske vansker for dem som har behov, men som blir avvist. Det problemet kan løses, og det vil både gi mindre lidelse for dem det gjelder og antakelig være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Litteraturliste

1. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018. 254 s.
2. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. 4 utg. Los Angeles: SAGE; 2018. 420 s.
3. Thoresen L, Rugseth G, Bondevik H. Fenomenologi i helsefaglig forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. 140 s.
4. Helsedirektoratet. Begreper om psykiske helseplager [Internett]. [oppdatert 19. mai 2021; hentet 4. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge/begreper-om-psykiske-helseplager>
5. Tesli MS, Handal M, Torvik FA, Knudsen AKS, Odsbu I, Gustavson K, mfl. Psykiske lidelser hos voksne [Internett]. Oslo: FHI; 30.06.2014 [oppdatert 17.april 2023; hentet 5. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
6. Helsenorge. Hva er psykisk helse? [Internett]. 2022 [oppdatert 4. mars 2022; hentet 5. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
7. Helsedirektoratet. Sammen om mestring [Internett]. 2015 [hentet 18. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid->
8. Veiviseren. Psykisk helsevern/DPS [Internett]. 2022.[hentet 18. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/aktorer/lokale-aktorer/psykisk-helsevern-dps>
9. Torvik FA, Ystrom E, Gustavson K, Rosenström TH, Bramness JG, Gillespie N, mfl. Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2017;137(1):54–64.
10. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, mfl. Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. Depress Anxiety. 2018;35(3):195–208.
11. Helsenorge. Psykolog [Internett]. 2019 [oppdatert 05. desember 2022; hentet 5. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykolog/>

12. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). [Internett]. 1999 [oppdatert 28. april 2023; hentet 1.mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
13. Osborg Ose S, Kaspersen SL. Kommunalt psykisk helse -og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. 2021. Report Nr.: 978-82-14-07719-3.
14. Helsedirektoratet. § 2-1b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten [Internett]. 2015 [oppdatert 10. januar 2023; hentet 3. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/rett-til-nodvendig-helsehjelp-fra-spesialisthelsetjenesten>
15. Helsedirektoratet. (2015). Ventelisterapportering til Norsk pasientregister. (Rundskriv IS-2331). Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/ventelisterapportering-til-norsk-pasientregister/Ventelisterapportering til Norsk pasientregister.pdf/_/a](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/ventelisterapportering-til-norsk-pasientregister/Ventelisterapportering%20til%20Norsk%20pasientregister.pdf/_/a)
16. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning. [Internett]. 2017 [oppdatert 15. desember 2022; hentet 10. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
17. Store medisinske leksikon. Primærhelsetjenesten [Internett]. [oppdatert 7. desember 2018; hentet 13. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/prim%C3%A6rhelsetjenesten>
18. Helsenorge. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten [Internett]. [oppdatert 15. april 2021; hentet 4. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/>
19. Pincus H, Page A, Druss B. Can psychiatry cross the quality chasm? Improving the quality of health care for mental and substance use conditions. *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):712-9.
20. Helsedirektoratet. Psykisk helsevern for voksne. [Internett]. 2015. [oppdatert 2. november 2015; hentet 4. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/-prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne/om-prioriteringsveilederen>
21. Smart Richman L, Leary MR. Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: A multimotive model. *Psychological Review*. 2009;116(2):365-83.
22. Leary M. *Interpersonal Rejection*. New York: Oxford University Press; 2001.
23. Leary MR. Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues Clin Neurosci*.

2015;17(4):435–41.

24. Baksaas JM. Mange blir avvist i psykisk helsevern - antall private psykologer øker [Internett]. Psykologisk.no. 2021 [hentet 27. juli 2022]. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2021/04/mange-blir-avvist-i-psykisk-helsevern-antall-private-psykologer-oket/>

25. Helsedirektoratet. Psykiske lidelser – voksne [Internett]. 2018 [oppdatert 30. september 2022; hentet 6. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>

26. Helleman M, Lundh LG, Liljedahl SI, Daukantaité D, Westling S. Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission skåne RCT, a qualitative study. Nord J Psychiatry. 2018;72(5):380–6.

27. Wiklund-Gustin L. Struggling on My Own: A Cognitive Perspective on Frequent Attenders' Conception of Life and Their Interaction with the Healthcare System. Psychiatry Journal 2013;2013(580175).

28. Nøst TH, Stedenfeldt M, Steinsbekk A. «No one wants you» - a qualitative study on the experiences of receiving rejection from tertiary care pain centres. Scand J Pain. 2020;20(3):525–32.

29. Corrigan PW, Wassel A. Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2008;46(1):42–48.

30. Lyngstad GD. Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2000;120:2178-81

31. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster Inc; 1963.

32. Tjora A. Erving Goffman [Internett]. Store norske leksikon. 2023 [oppdatert 2. januar 2022; hentet 25. april 2023]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/Erving_Goffman

33. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. Schizophrenia Bulletin. 1998;24(1):115–26.

34. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, mfl. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. Lancet Psychiatry. 2014;1(6):467–82.

35. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, mfl.

- What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*. 2015;45(1):11–27.
36. Coleman SJ, Stevelink SAM, Hatch SL, Denny JA, Greenberg N. Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine*. 2017;47(11).
37. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*. 1994;20(3):567–78.
38. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*. 1989;54(3):400–23.
39. Wong EC, Collins RL, Cerully J, Roth E, Marks J. Stigma, Discrimination, and Well-Being Among California Adults Experiencing Mental Health Challenges. *Rand Health Quarterly*. 2015;5(2):11.
40. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. SAGE Publications. 2012;57(8):464–9.
41. Corrigan P, Larson J, Rusch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8(2):75–81.
42. Tøndel G, Ose O. S. Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. SINTEF; 2014. Report No.: SINTEF A26357.
43. Sigurjónsdóttir M. Opptrappingsplanen for psykisk helse – idealer og realiteter. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. 2009;129:764-6
44. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009). [Internett]. 2009. [hentet 13. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
45. Christensen T, Lægreid P. Coordination quality in central government – the case of Norway. *Public Organization Review*. 2019;(20):145–62.
46. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen akademisk forlag; 2004.
47. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne

med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten [Internett]. Oslo. 2009 [hentet 18. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20d-epresjon%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20retningslinje>

48. Nymoen M, Biringer E, Helgeland J, Hellesen HB, Alsaker Sande L, Hartveit M. Defining when specialised mental health care is needed: a focus group study. BJGP Open. 2020;4(1)

49. Riksrevisjonen. Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten [Internett]. 2018 [hentet 6. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/myndighetenes-arbeid-med-a-sikre-god-henvisningspraksis-fra-fastlegene-til-spesialisthelsetjenesten/>

50. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. International Journal of Medical Informatics. 2014;83(5):343–53.

51. Isomura T, Senay J, Haldin C, Edworthy J. Bridging with primary care: A shared-care mental health pilot project. BCMJ. 2002;44(8):412–4.

52. Rockman P, Salach L, Gotlib D, Cord M, Turner T. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. Can Fam Physician. 2004;(50):397–402.

53. Sjøfjell T, Sørly R, Langsholt LE. Psykisk helse- og rusfeltet må bli bedre på brukervedvirkning [Internett]. 2022. [hentet 16. april 2023]. Tilgjengelig fra: <http://napha.no/content.ap?thisId=25924>

54. Syse A, Grøholt EK, Madsen C, Aarø LE, Strand BH, Næss ØE. Sosiale helseforskjeller [Internett]. 2014 [oppdatert 16. september 2022; hentet 16. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>

55. d’Uva B T, Jones M A, van Doorslaer E. Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. Journal of Health Economics. 2009;28(2):280–9.

56. Gabler Insurance Brokers. Behandlingsforsikring [Internett]. 2018 [hentet 28. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/05/20180502-ke-forsikring-rapport.pdf>

57. Finans Norge. Helseforsikring [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring/>

58. Rashidi K. Er du bare litt psykisk syk? Da håper jeg du har penger. [Internett]. Oslo:

- Aftenposten; 2020 [hentet 11. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/aPGRbd/er-du-bare-litt-psykisk-syk-da-haaper-jeg-du-har-penger>
59. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 272 s.
60. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice. 4. utg. Los Angeles, Calif: Sage; 2015. 832 s.
61. Gallucci G, Swartz W, Hackerman F. Brief reports: Impact of the wait for an initial appointment on the rate of kept appointments at a mental health center. *Psychiatric Services*. 2005;56(3):344–6.
62. Helsedirektoratet. Særlige samtykkebestemmelser [Internett]. 2020 [hentet 11. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/saerlige-samtykkebestemmelser>
63. Nettskjema [Internett]. [hentet 23. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://nettskjema.no>
64. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015. 381 s.
65. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis. SAGE Publications Ltd; 2021. 376 s.
66. Giorgi A. Phenomenology and the Psychological Research. Pittsburgh: Duquesene University Press.; 1985. 216 s.
67. Postholm MB. Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier. Universitetsforl.; 2005. 242 s.
68. Sikt. Informasjon til deltakarane i forskingsprosjekt [Internett]. [hentet 13. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/informasjon-til-deltakarane-i-forskingsprosjekt>
69. Sikt. Meldeskjema for personopplysninger i forskning [Internett]. [hentet 13. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://sikt.no/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
70. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) [Internett]. 2014 [hentet 13. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
71. Helsenorge. Psykisk helsehjelp for voksne [Internett]. [oppdatert 22. august 2022; hentet 16. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/>
72. NRK. Maria (20) får ikke hjelp – mener hun ikke ser syk nok ut [Internett]. 2022

[oppdatert 27. juni 2022; hentet 11. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/maria-bjorkli-far-ikke-psykisk-helsehjelp-av-sykehuset-ostfold-1.15999815>

73. Eiring K. Stor økning av spiseforstyrrelser – lavterskel-tilbud opplever historisk lange ventelister [Internett]. Oslo: Psykologisk.no; 2021 [hentet 17. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2021/08/stor-okning-av-spiseforstyrrelser-lavterskeltilbud-opplever-historisk-lange-ventelister/>

74. Prioriteringsforskriften. 2000. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) m.v. av 1999-07-02 nr 63.

75. Riksrevisjonen. Hver fjerde fastlege henviser jevnlig pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer noen medisinsk nytte [Internett]. 2018 [hentet 19. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/my-ndighet-enes-arbeid-med-a-sikre-god-henvisningspraksis-fra-fastlegene-til-spesialisthelsetjenesten/>

76. Helsedirektoratet. Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [Internett]. [hentet 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023>

77. Helse- og omsorgsdepartementet. Psykisk helse [Internett]. [oppdatert 2. februar 2023; hentet 23. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/>

78. Bergens Tidende. Gunhild er svingdørpatient [Internett]. 2003 [hentet 29. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/AbzRA/gunhild-er-svingdoerpatient>

79. Riksrevisjonen. Undersøkelse av psykiske helsetjenester [Internett]. 2021 [hentet 26. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>

80. NRK. Christine var suicidal – ble likevel avvist av psykiatrien [Internett]. 2021 [oppdatert 1. november 2021; hentet 11. februar 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/osloogv-ike-n/2500-psykiatriplasser-borte-pa-20-ar_-christine-ble-avvist_-selv-om-hun-var-suicidal-1.15694061

81. Østlands.Posten. Marthe (28): – Man må være sterk for å være syk. Det klarer ikke jeg [Internett]. 2022 [hentet 11. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.op.no/marthe-28-man-ma-vare-sterk-for-a-vare-syk-det-klarer-ikke-jeg/f/5-36-1338355>

82. Dagsavisen. Kutt i psykiatrien: «Beklager, du er ikke syk nok» [Internett]. 2022 [hentet

11. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/12/05/beklager-du-er-ikke-syk-nok/>
83. Helsenorge. Egenandeler hos psykolog [Internett]. [oppdatert 1. januar 2021; hentet 30. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-psykolog/>
84. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 [Internett]. 2020 [hentet 31. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025/id2740946/>
85. Ekeberg Ø, Hem E. Kan vi forutsi selvmord? [Internett]. Oslo: Tidsskriftet Den norske legeforening; 13. november 2017. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2017/11/kronikk/kan-vi-forutsi-selvmord>
86. Den Norske Legeforening. Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling [Internett]. 2004 [hentet 3. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/psykiske-lidelser-faglighet-og-verdighet.-rett-til-utredning-diagnostisk-vurdering-og-malrettet-behandling/>
87. Norredam M, Album D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. Scandinavian Journal of Public Health. 2007;35(6).
88. NRK. Slik rangerer norske leger sykdommene våre [Internett]. 2018 [hentet 28. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/slik-rangerer-norske-leger-sykdommene-vare-1.13867331>
89. Ådnes M, Bjørngaard JH. Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser Oslo: SINTEF; 2006. Rapportnr.: SINTEF A230
90. Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Øverland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. BMC Health Services Research. 2010;10(35).
91. Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. Family practice. 2002;19(6):623–31.
92. Helsedirektoratet. Den gyldne regel [Internett]. 2019 [oppdatert 17. mars 2023; hentet 28. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/hovedtall>
93. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptappingsplan for psykisk helse [Internett]. 2022

[hentet 28. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptrappings-plan-psykisk-helse/id2907606/>

94. Bjørke J. Lovande om tematisk organisering av psykisk helsevern [Internett]. 2023 [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2023/04/leder/lovande-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern>

95. Malkomsen A, Solberg CT. Psykiatriens forventningskrise. [Internett] Oslo: Tidsskr Nor Legeforen; 2022 [hentet 4. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2022/02/kronikk/psykiatriens-forventningskrise>

96. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, mfl. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess. 2002;6(32):1–244.

97. van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. London: Althouse Press; 1997. 220 s.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Godkjenning Sikt

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

16.04.2023, 14:29



[Meldeskjema](#) / [Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
337001	Standard	19.08.2022

Prosjekttittel

Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig

Arild Bjørndal

Student

Selina Andersen

Prosjektperiode

01.09.2022 - 15.07.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

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

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.07.2023.



Region: REK sør-øst C	Saksbehandler: Øyvind Grønlie Olsen	Telefon: 22857547	Vår dato: 21.09.2022	Vår referanse: 532518
---------------------------------	---	-----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Arild Bjørndal

Fremleggingsvurdering: Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo

Søknadsnummer: 532518

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å utvikle kunnskap om hvordan pasienter med henvisning for psykiske problemer opplever å bli avvist av spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med nye målsettinger og handlingsplaner for psykisk helse er det betydelig fokus på hvordan helsevesenet skal fungere i praksis, men lite fokus på pasientenes opplevelser. Målet er derfor at denne undersøkelsen skal gi informasjon som vil være nyttig i videre arbeid innen helsevesenet. Personer mellom 18 og 50 år som har blitt avvist i Oslo vil bli inkludert, samt data fra relevante artikler. Kvalitativ metode blir anvendt basert på individuelle intervju med deltakerne. På denne måten er det mulig å få innsikt i deltakernes meninger, tanker og holdninger, som vil gi mest relevant kunnskap for prosjektet.

REKs vurdering

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 16.09.2022, angående prosjektet «Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo», med søknadsID 532518 i rekportalen. Framleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder.

Formålet med prosjektet, slik det fremgår av framleggingsvurderingen, er ved kvalitativ metode (semistrukturert intervju) kartlegge hvordan pasienter som er henvist til psykiatrisk diagnostikk og behandling opplever å bli avvist av spesialisthelsetjenesten. Svarene skal ikke knyttes til intervjuobjektene/prosjektdeltakernes diagnose eller andre pasientopplysninger.

Vedlegg 3 – Godkjenning Masterkomiteen ved UiO

UiO : Det medisinske fakultet Universitetet i Oslo

Prosjektansvarlig/hovedveileder: Arild Bjørndal
Evt. Intern prosjektansvarlig: Christine Råheim Borge
Masterstudent: Selina Andersen

Dato: 02. 12. 2022

Kontaktperson: Christine Råheim Borge

Svar på søknad om godkjenning av masteroppgaveprosjekt og veileder

Prosjekt: Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo.

Vi viser til søknad datert 01.09.22 om godkjenning av ovennevnte masteroppgaveprosjekt ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo. Søknaden ble vurdert av masterprogramkomiteen til ikke godkjent 10 oktober 2022. Den er nå revurdert av to representanter fra masterprogramkomiteen basert på ny innsendt informasjon.

Faglig vurdering

Prosjektets formål er å utvikle kunnskap om hvordan pasienter med henvisning for psykiske problemer opplever å bli avvist av spesialisthelsetjenesten. I studien skal voksne personer (alder 18-50 år) som er avvist for oppfølging ved psykologklinikker inkluderes til individuelle intervju. Seks ulike psykologer ved private klinikker vil informere og gi informasjonsskriv til personer som kan være aktuelle for inklusjon og respondentene vil selv ta kontakt for eventuell deltakelse i intervju. Intervjuene tas opp ved hjelp av diktafon-appen og sendes til nettskjema.

Basert på innsendt protokoll og søknad om godkjenning av masteroppgave fremstår prosjektet som helsefaglig relevant og interessant. Det er imidlertid litt forskjell på hvordan inkludering er beskrevet i protokollen og skjemaet om søknad om godkjenning av masteroppgave.

Ved Universitet i Oslo ønskes det også at intervjudata som dette skal lagres i Tjenester for sensitive data (TSD) og ikke nettskjema. Dette kommer ikke helt frem i søknadsskjemaet eller i protokollen og vi ber studenten om å sørge for at lagring blir gjennomført på riktig måte.

Forskningsetisk vurdering

Prosjektet er lagt frem til REK og NSD. REK har vurdert prosjektet og faller utenfor virkeområdet til helseforskningsloven og NSD har tilrådet prosjektet.

Vedtak

Masterprogramkomiteen godkjenner prosjektet under forutsetning av at rekrutteringen foregår slik det beskrives i søknadsskjemaet og at lagring av data blir gjort på en forsvarlig måte.

Med hilsen

Hilde Bondevik
professor

Christine R. Borge Avdelingsleder
Leder masteroppgavekomiteen, Førsteamanuensis



Institutt for helse og samfunn
Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap
Postadr.: Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo
Besøksadr.: Forskningsveien 3a, Harald
Schjelderups hus, inngang 2

Telefon: 22 84 53 78
Telefaks: 22 84 53 83
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no/helsam
Org.nr.: 971 035 854

Vil du delta i forskningsprosjektet

Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente mer informasjon om hvordan det oppleves å bli avvist psykisk helsehjelp. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en del av en mastergradsoppgave ved Universitetet i Oslo. Målet med prosjektet er å innhente informasjon og kunnskap om hvordan det oppleves å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo. Prosjektet innebærer individuelle intervju med 8-12 deltakere, hvor hensikten er å få kunnskap og informasjon til å svare på følgende problemstillinger: «hvordan oppleves det å bli avvist psykisk helsehjelp?» og «hvilken oppfølging har du fått/får du etter avvisning?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

- Du får spørsmål om å delta fordi du har blitt avvist psykisk helsehjelp i Oslo. For å delta i forskningsprosjektet må du være over 18 år, og ha blitt avvist behandling i spesialisthelsetjenesten det siste året.
- Da det er ønskelig å rekruttere 8-12 deltakere vil personer som melder interesse i prosjektet få denne henvendelsen frem til ønskelig antall er nådd.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi gjennomfører et individuelt intervju hvor hovedfokuset er å samle opplysninger om hvordan du opplever å bli avvist behandling. Dersom det dukker opp andre relevante temaer rundt dette, eller temaer som du synes er viktig å prate om, vil det også være nyttig.
- Intervjuet vil ta deg ca. 60 minutter.
- Det vil bli benyttet en lydopptaker under intervjuet. Ved å benytte diktafon-appen vil svarene dine bli tatt opp, og sendt til «Nettskjema». Nettskjema er Norges sikreste, elektroniske løsning for datainnsamling til forskning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket uten å oppgi 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. Å delta vil ikke påvirke din plass på venteliste, eller behandlingen du får.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Personer som vil ha tilgang til dine opplysninger er masterstudent (Selina Andersen), veileder (Arild Bjørndal) og biveileder (Lisbeth Thoresen).
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger vil navnet og kontaktopplysningene dine bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data – for å sikre anonymitet. Opplysningene vil bli lagret hos Nettskjema, hvor kun student og veileder har tilgang.
- Du vil kunne kjenne deg igjen i publikasjonen av prosjektet, da målet er å få mer kunnskap om hvordan du opplever ventetiden. Det vil derimot ikke være mulig for andre å gjenkjenne deg. Kun opplysninger om opplevelsen av ventetiden blir publisert.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15.06.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes, og vil ikke kunne gjenbrukes til for eksempel videre forskning.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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:

- Universitetet i Oslo ved:
Selina Andersen (student). Telefon: +47 454 64 565. E-post: selinaandersen@hotmail.com
Arild Bjørndal (veileder). Telefon: +47 922 92 963 E-post: arild.bjorndal@ceiglobal.org

Vårt personvernombud: Universitetet i Oslo. E-post: behandlingsansvarlig@uio.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Arild Bjørndal
(Forsker/veileder)

Selina Andersen
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp: En kvalitativ undersøkelse om opplevelsen av å bli avvist psykisk helsehjelp blant voksne i Oslo», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Ønsker du å delta i prosjektet?

Send mail til: selinaandersen@hotmail.com, så avtaler vi prosessen videre.

Takk!

Vedlegg 5 - Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning

Takk for du tar deg tid til å delta i dette forskningsprosjektet, slik at jeg kan få bedre innsikt i hvordan det oppleves å bli avvist psykisk helsehjelp.

Jeg er student ved Universitetet i Oslo, og dette intervjuet vil være en del av masterprosjektet mitt innen tverrfaglig helseforskning.

Intervjuet blir tatt opp elektronisk og sendt til «Nettskjema», hvor kun veileder, biveileder og jeg har tilgang. Intervjuet vil bli transkribert fortløpende, og lydfilene blir slettet. Jeg tar notater underveis, som også vil bli slettet etter transkribering. For å sikre anonymitet vil navnet ditt bli erstattet med en anonym tallkode. Er det greit for deg å gjøre det på denne måten?

Intervjuet vil ta ca. 1 time, men du kan når som helst be om pause eller avslutte.

Har du noen spørsmål før vi starter?

Bakgrunnsspørsmål:

Kjønn (K/M/Annet):

Alder:

Kan du si noe om livssituasjonen din? (jobb/student, sivilstatus)

Hovedspørsmål:

1. Hvordan gikk du frem for å oppsøke psykisk helsehjelp?
2. Er det første gangen du har oppsøkt psykisk helsehjelp?
3. Omtrent hvor lenge siden er det du fikk avslag?
4. Omtrent hvor lenge ventet du på svar fra spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra fastlege/annet?
5. Hvordan fikk du beskjed om avslaget fra spesialisthelsetjenesten?

6. Kan du si noe om hvordan det opplevdes å få avslaget?
7. Hva tenker du om beslutningen om avslag? (riktig/galt) (hvorfor/hvorfor ikke)
8. Har det vært noe form for oppfølgingen vært etter avvisning?
9. Hvordan opplever du tiden etter du mottok avslaget?
10. Hvor lang tid gikk det fra du ble avvist til du oppsøkte psykisk helsehjelp på ny?
11. Vurderte du å prøve å få psykisk helsehjelp offentlig igjen?
12. Hvilke erfaringer sitter du igjen med etter å ha oppsøkt helsehjelp privat?

Avslutning:

13. Dersom du skal trekke ut tre ting du mener er det viktigste vi trenger å vite om opplevelsen av å bli avvist, hva ville det vært?
14. Er det noe mer du vil si eller legge til?