

Masteroppgave

Master i psykisk helsearbeid

Mai 2020

Sarpsborgmodellen som metode i psykisk helsearbeid

Psykiske helsearbeideres erfaringer i arbeidet med familier som har psykiske lidelser og rusutfordringer

Kandidatnavn: Marion Greaker

Emnekode: MAPSD 5900

Studiepoeng: 30

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY

Sammendrag

Dette er en masteroppgave i psykisk helsearbeid ved OsloMet - Storbyuniversitet.

Forskningsprosjektet belyser psykiske helsearbeideres opplevelser og erfaringer i arbeidet med Sarpsborgmodellen. I Sarpsborgmodellen jobber ulike faggrupper sammen med familier som har behov for støtte, veiledning og tiltak i rollen som foreldre. Det er lagt hovedvekt på mødrene og behandling av deres psykiske lidelse, samt forebyggende tiltak ovenfor barna. Modellen har en varighet på to år, hvor pasientene og barna møtes ukentlig til gruppebehandling. Gjennom to år lærer pasientene om egne tilknytningserfaringer gjennom Adult Attachment Interview og Circle Of Security-Parenting kurs, samt psykoedukasjon og psykomotoriske øvelser. Formålet med Sarpsborgmodellen er å bryte generasjonsoverføringer av psykiske lidelser i familier, ved å styrke tilknytningen mellom mor og barn. En kvalitativ metode ble benyttet i dette forskningsprosjektet, med en vitenskapsteoretisk tilnærming i hermeneutikk og fenomenologi. For å finne svar på forskningsspørsmålet, ble psykiske helsearbeidere som jobber i Sarpsborgmodellen intervjuet gjennom fokusgruppeintervju. Resultatene ble delt inn i to hovedkategorier: «Anerkjennelse» og «Felles faglig plattform». Resultatene viser at relasjonens betydning i arbeidet med Sarpsborgmodellen er sentral, både relasjonen familiene får til hverandre og den terapeutiske relasjonen. Gode relasjoner er viktig for vellykkede behandlingsforløp i Sarpsborgmodellen. Tverrfaglig samarbeid mellom faggruppene i Sarpsborgmodellen er en forutsetning for at familiene skal få god helsehjelp, og sammensetningen av de ulike faggruppene som er tilknyttet Sarpsborgmodellen har betydning for kvaliteten. Samarbeidet med andre aktører rundt familiene kan skape utfordringer, da særlig samarbeidet med barnevernstjenesten. Dette forskningsprosjektet viser at det er nødvendig med et tettere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i arbeidet med denne målgruppen. Videre er det behov for ytterligere forskning knyttet opp mot psykiske helsearbeideres erfaringer i deres arbeid i kommunehelsetjenesten.

Nøkkelbegreper: «Sarpsborgmodellen», «Psykiske helsearbeidere», «Circle Of Security», «Norsk Psykomotorisk Fysioterapi» (NPMF), «Gruppebehandling», «Relasjon», «Tverrfaglig samarbeid».

Abstract

This is a master's thesis in mental health care at OsloMet – Metropolitan University. The research project sheds light on the experiences and experiences of mental health workers in working with the Sarpsborg model. In the Sarpsborg model, different groups of professionals work together with families who need support, guidance and measures in the role of parents. The main emphasis is on the mothers and treatment of their mental illness, as well as preventive measures against the children. The model has a duration of two years, during which patients and children meet weekly for group therapy. Over the course of two years, patients learn about their own association experiences through adult Attatement Interview and Circle Of Security-Parenting courses, as well as psychoprecious and psychomotor exercises. The purpose of the Sarpsborg model is to break generational transfers of mental disorders in families, by strengthening the connection between mother and child. A qualitative method was used in this research project, with a scientific theoretical approach in hermeneutics and phenomenology. In order to find answers to the research question, mental health workers working in the Sarpsborg model were interviewed through focus group interviews. The results were divided into two main categories: "Recognition" and "Common Professional Platform". The results show that the importance of the relationship in working with the Sarpsborg model is central, both the relationship the families have to each other and the therapeutic relationship. Good relationships are important for successful treatment courses in the Sarpsborg model. Interdisciplinary cooperation between the specialist groups in the Sarpsborg model is a prerequisite for families to receive good health care, and the composition of the various disciplines associated with the Sarpsborg model has an impact on quality. Cooperation with other actors around the families can create challenges, especially cooperation with the child welfare service. This research project shows that closer cooperation between the municipal health service and the specialist health service is required in working with this target group. Furthermore, further research is needed related to the experiences of mental health workers in their work in the municipal health service.

Key concepts: "Sarpsborg model", "Mental health workers", "Circle Of Security", "Norwegian Psychomotor Physiotherapy" (NPMF), "Group Therapy", "Relationship", "Interdisciplinary Cooperation".

Forord

Da var oppgaven ferdigstilt og et år med kontinuerlig arbeid er over. Dette året har inneholdt store forandringer i mitt liv, både i privat sammenheng og i arbeidslivet. Disse forandringene har vært viktig for meg, men veien har vært lang og krevende. Det har vært godt å ha noe håndfast å fokusere på i denne perioden. Masteroppgaven har vært mitt anker, min motivasjon og mitt mål. Jeg har lært mye om meg selv og jeg har definitivt lært mye om fagfeltet. Det har vært en utrolig fin reise.

Det er mange jeg ønsker å takke i forbindelse med denne masteroppgaven nå ferdigstilles. Først og fremst ønsker jeg å takke mine flotte kolleger i Sarpsborg kommune og i Rakkestad kommune. Tusen takk for at dere ønsket å delta i forskningsprosjektet, takk for at dere delte deres erfaringer og opplevelser med meg. Dere har bidratt til at ny og viktig informasjon blir tilgjengelig for andre psykiske helsearbeidere i samme fagfelt. Tusen takk til Ruben Grytten, som tok utfordringen med å være moderator under fokusgruppeintervjuene. Med din fantastiske humor og positive nærvær, gjorde du både intervjusituasjonene og transkriberingen til en morsom opplevelse! Jeg ønsker også å takke Dag Willy Tallaksen. Du har vært en fantastisk veileder, med din tilstedeværelse, tilgjengelighet og klokhet. Du har hjulpet meg med å holde riktig kurs gjennom hele året. Tusen takk!

Sarpsborg, 11.05. 2020

Marion Greaker

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Forskning på feltet	5
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	6
1.4	Studiens relevans	6
1.5	Oppgavens oppbygning	6
2.0	TEORETISK RAMMEVERK	8
2.1	Tilknytningsteori	8
2.1.1	Tilknytningsmønstre	9
2.2	Trygghetssirkelen (COS)	11
2.2.1	Sentrale begreper i COS-P	12
2.3	Sarpsborgmodellen	14
2.3.1	COS-P i Sarpsborgmodellen	15
2.3.2	Familiene og relasjonens betydning i Sarpsborgmodellen	16
2.4	Norsk Psykomotorisk Fysioterapi	19
2.4.1	NPMF i Sarpsborgmodellen	21
3.0	METODE	22
3.1	Kvalitativ forskningsmetode	22
3.2	Vitenskapsteoretiske forankring	22
3.3	Forforståelse	23
3.4	Fokusgruppeintervju	23
3.5	Deltakelse og rekruttering	24
3.6	Utarbeidelse av intervjuguide	25
3.7	Gjennomførelse av intervjuene	25
3.8	Transkribering	27
3.9	Analyse	27
3.9	Etiske betraktninger	28
3.10	Metodediskusjon	29
4.0	PRESENTASJON AV FUNN	32
4.1	Anerkjennelse	32
4.1.1	Trygge relasjoner	33
4.1.2	Den terapeutiske relasjonen	34
4.1.3	Gruppeprosess	36
4.2	Felles faglig plattform	37

4.2.1	Psykoedukasjon	37
4.2.2	Struktur	39
4.2.3	Tverrfaglighet	40
4.2.4	Samarbeid utenfor Sarpsborgmodellen	41
5.0	DISKUSJON	43
5.1	Betydningen av en anerkjennende relasjon	43
5.2	Gode egenskaper hos psykiske helsearbeidere	44
5.3	Gruppebehandling kan skape relasjonelle bånd	48
5.4	Struktur gir trygghet og ivaretagelse	51
5.5	Tverrfaglig samarbeid bidrar til kvalitet.....	53
5.6	Utfordringer i samarbeid med andre aktører	56
5.7	Psykoedukasjon fremmer utvikling	58
6.0	OPPSUMMERING	60
7.0	LITTERATURLISTE	62
VEDLEGG	67
	Vedlegg 1: Samtykkeskjema	67
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	70

1.0 INNLEDNING

Psykiske lidelser er vanlig og det er mange som får en psykisk lidelse i løpet av livet. Folkehelseinstituttet viser i sin rapport at i løpet av 12 måneder vil 16-22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse i Norge (Reneflot et al., 2018). Psykisk helse omhandler menneskesinnet, det vil si våre tanker, følelser, minner og fantasier. Psykiske lidelser er en samlet betegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tankene og følelsene, og kan medføre nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og ubehag som reduserer livskvaliteten. Samlebetegnelsen er omfattende og dekker et vidt spekter av tilstander og kan innebære endring i menneskers væremåte (Malt & Aslaksen, 2018). De vanligste psykiske lidelsene blant voksne er angstlidelser, depresjoner og rusbrukslidelser (Reneflot et al., 2018).

I Norge lever ca. hvert fjerde barn med foreldre som har psykiske lidelser som påvirker den daglige fungeringen. 10 % lever med en eller to foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse og 8 % lever med en eller to foreldre som misbruker alkohol (Torvik & Rognmo, 2011). Utvikling av psykiske lidelser skyldes trolig et samspill mellom genetiske og miljømessige risikofaktorer. De miljømessige faktorene handler om mellommenneskelige, økonomiske og samfunnsstrukturelle forhold. Det finnes beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. En beskyttelsesfaktor er en faktor som reduserer de negative helsemessige virkningene av belastninger en person utsettes for. En sårbarhetsfaktor er på den annen side en faktor som forsterker de helsemessige virkningene av en belastning (Slinning, Hansen, Moe, & Smith, 2010).

Forskning viser at barn med trygg tilknytning har en større sannsynlighet for å oppleve god psykisk helse senere i livet, sammenlignet med barn som har en utrygg tilknytning. Trygge relasjoner gir gode forutsetninger for trygg tilknytning (Powell, Cooper, Hoffman, Marvin, & Jahr, 2015). Trygge relasjoner beskrives som relasjoner hvor barnet uanstrengt kan søke trøst og beskyttelse når det trenger det (Hart, Frisk, Perlmutter, & Lerche, 2016). Tilknytning beskrives som det medfødte avhengighetsbåndet mennesker har til sine omsorgspersoner fra fødsel. For at trygge relasjoner mellom barn og foreldre kan etableres, krever det sensitivitet hos foreldrene. De må kunne se og forstå barnets behov, møte behovene når det er mulig, og ta styring og ledelse der det er nødvendig. Det kan være utfordrende å forstå adferden til

barna sine som et uttrykk for deres grunnleggende behov, og dette er særlig utfordrende for foreldre som selv ikke opplevde å ha trygg tilknytning som barn (Powell et al., 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sarpsborgmodellen retter seg mot mødre og omsorgspersoner som har psykiske lidelser og rusutfordringer, og gir behandling parallelt med forebyggende arbeid overfor det nyfødte barnet (Engebretsen, 2016 ; Orrem, 2018). Formålet med modellen er å forebygge generasjonsoverføringer av psykiske lidelser i familier, gjennom å styrke tilknytningsrelasjonen mellom foreldrene og barna deres. Modellen inneholder ulike deler; ukentlige gruppesamlinger med mødre og barna deres, kurs i «Circle of Security» «Adult Attachment Interview», individuelle samtaler og psykomotorisk fysioterapi. Modellen og de ulike delene vil bli utdypet i avsnittet om teoretisk rammeverk. Mødrene som deltar i Sarpsborgmodellen har en helse- og omsorgstjeneste i virksomheten, hvor de mottar behandling for sin psykiske lidelse. De har rettigheter og plikter og omtregnes derfor som pasienter i dette forskningsprosjektet (Store medisinske leksikon, 21.01.2019).

Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og jobber i Sarpsborgmodellen. Arbeidet som gjøres med familiene oppleves som meningsfylt. Det føles godt å kunne bidra til at familier som strever, får en bedre hverdag, samtidig som at tiltakene også kanskje kan forebygge generasjonsoverføringer av psykiske lidelser. En viktig oppgave er å skape bevissthet og fortrolighet til egen kropp, samt øvelser som har til hensikt å styrke tilknytningen mellom mor og barn. Mange pasienter strever med kroppslige plager, som ses i sammenheng med den psykiske helsen. De fysiske og psykiske plagene kan ta så stor plass i livene til pasientene at de blir mindre sensitive for mennesker rundt seg, der i blant barna deres.

Sarpsborgmodellen har vært evaluert internt i kommunen ut fra pasientperspektivet, hvor pasientene som har gjennomført modellen har blitt intervjuet. Tilbakemeldingene har vært gode, hvor pasientene forteller at de føler seg tryggere i relasjonen til barna sine, de har blitt tryggere i rollen som forelder og de opplever mer overskudd i hverdagen. Flere av pasientene er tilbake i arbeidslivet eller utdanning etter deltakelse i modellen (Sarpsborg, 2019). Jeg startet å arbeide i psykisk helsearbeid i kommunen i 2016 og siden den gang har jeg vært tilknyttet Sarpsborgmodellen. I løpet av denne perioden har jeg selv erfart noen av utfordringene som ligger i dette arbeidet. Arbeidet er både tidskrevende og ressurskrevende.

Mange faglige vurderinger drøftes og vanskelige valg som må tas, som kan ha store konsekvenser for familiene. Hvordan er det for psykiske helsearbeidere å jobbe i Sarpsborgmodellen? Hvilke erfaringer har de til samarbeidet med barnevernstjenesten? Bli alle behovene som oppstår i et behandlingsforløp godt nok ivarettatt? Jeg ønsker å fremme erfaringene og opplevelsene til psykiske helsearbeidere som jobber i Sarpsborgmodellen gjennom en kvalitativ studie. Den kvalitative metoden vil utdypes i metodeavsnittet.

1.2 Forskning på feltet

For å gå videre med temaet for dette forskningsprosjektet, undersøkte jeg hva som fantes av lignende studier. Ved databasesøk var det lite tilgjengelig litteratur om Sarpsborgmodellen, noe jeg også var forberedt på. Sarpsborgmodellen er en relativt ny modell og benyttes kun i to kommuner, derfor forventet jeg ikke å finne mange forskningsartikler. Jeg valgte derfor å gå bredt ut i søket og fikk tre treff da jeg søkte på «Sarpsborgmodellen» i Oria. En av artiklene var av interesse. Artikkelen beskriver modellen og effekten den har på pasientene og barna. Artikkelen belyser derimot ikke noe omkring psykiske helsearbeideres erfaringer med modellen. Et viktig element i Sarpsborgmodellen er «Circle of Security» og ved å søke på den norske betegnelsen «Trygghetssirkelen» i Oria, fikk jeg 23 treff. Artiklene omhandler i stor grad omsorgspersoners erfaring med trygghetssirkelen og effekten dette har på tilknytningen. Jeg søkte videre på søkeordet «Spedbarn som pårørende» og fant en artikkel relevant.

I utenlandske databaser benyttet jeg Medline, Cinahl og Embase. Jeg benyttet søkeordene «Circle of Security and Parenting», som er den engelske betegnelsen for «trygghetssirkelen» og fikk bort imot 40 treff i alle tre databasene. Ingen av artiklene belyser temaet jeg ønsker å fordype meg i. Det finnes andre behandlingstilbud som kan ligne på Sarpsborgmodellen, deriblant Marte Meo og Family Nurse Partnership. Med søkeordet «Marte Meo» og «Family Nurse Partnership» fikk jeg 50 treff, men ingen av artiklene rettet seg mot erfaringer og opplevelser til de som arbeider med metoden. I tillegg til databaser har jeg søkt i relevante tidsskrifter, som blant annet «Familien i Fokus», «Sykepleien» og «Tidsskriftet Norges Barnevern» uten hell. Det er flere kommuner i Norge som jobber med lignende modeller og med samme målgruppe som Sarpsborgmodellen. «Tidlig inn» er et opplæringsprogram for kommunalt ansatte som møter småbarnsforeldre, gravide og deres partnere. Jeg søkte på programmet i Oria, men det er begrenset informasjon om ansattes erfaringer i arbeidet med programmet. Videre tok jeg kontakt med de ti største kommunene i landet, hvor jeg

presenterte meg og bakgrunnen for hvorfor jeg tok kontakt. I e-posten spurte jeg om noen av de ansatte hadde erfaringer eller evalueringer av lignende arbeid. Tilbakemeldingene har vært begrensede. Ut fra mine begrensede funn i artikkelsøk, kan det se ut til at det mangler forskning på feltet og det blir dermed viktig å fremme informasjon om temaet.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling for oppgaven er: *Psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen – hvilke erfaringer er gjort så langt i arbeidet med modellen.* Jeg ønsker å spisse problemstillingen og har følgende forskningsspørsmål; Hvilke faglige utfordringer møter psykiske helsearbeidere i arbeidet med familiene i Sarpsborgmodellen? Hvordan oppleves samarbeidet med andre instanser rundt familiene som deltar i Sarpsborgmodellen? Hvordan skape gode behandlingsforløp i Sarpsborgmodellen?

1.4 Studiens relevans

Sarpsborgmodellen har vært evaluert gjennom pasientperspektivet ved flere anledninger internt i Sarpsborg kommune. Modellen har ikke tidligere vært evaluert fra behandlerperspektivet. I dette forskningsprosjektet skal perspektivet flyttes fra pasientene og over til psykiske helsearbeidere. Jeg ønsker å bringe frem psykiske helsearbeideres erfaringer og opplevelser i arbeidet med modellen. Ved å evaluere Sarpsborgmodellen fra et behandlerperspektiv i psykisk helsearbeid, kan ny informasjon bli tilgjengelig. I praksisnære felt som helsefag er relevanskravet særlig aktuelt (Malterud, 2017). Dette kan bidra til en utvikling og forbedring av Sarpsborgmodellen, og ny kunnskap kan overføres til andre som jobber med lignende målgruppe. Det er først når forskningsprosjektet avsluttes, at informasjonen blir tilgjengelig og kan overføres og brukes av andre.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i kapitler. I kapittel to blir det teoretiske rammeverket for oppgaven presentert, hvor Sarpsborgmodellen med følgende elementer beskrives. Aktuell teori utdypes for å gi leseren en forståelse av teori som er bakgrunnen for arbeidet i Sarpsborgmodellen. Tilknytningsteori og Circle Of Security utdypes, samt psykomotorisk fysioterapi og hvordan denne behandlingsmetoden benyttes i Sarpsborgmodellen. I kapittel tre beskrives

forskningsmetoden, og i kapittel fire og fem blir funnene presentert og diskutert opp mot relevant teori. Oppgaven avsluttes med diskusjon i kapittel seks og en oppsummering av forskningsprosjektets funn i kapitel syv.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Den teoretiske referanserammen vil kunne skape en større helhet til det empiriske materialet. I dette avsnittet vil relevante teorier og begreper presenteres og utdypes. Dette vil danne et teoretisk rammeverk inn i analysearbeidet og i diskusjonsavsnittet, som kommer senere i oppgaven.

2.1 Tilknytningsteori

I 1950- og 1960 årene ble tilknytningsteorien utviklet av den engelske psykologen John Bowlby. Bowlby var interessert i barns tilknytning til deres omsorgspersoner og forstod tilknytning som et grunnleggende fundament i oss mennesker som sikrer overlevelse. Bowlby studerte videoer der ekteparet Robertson filmet barn som ble etterlatt av sine foreldre på sykehus (Robertson & Robertson, 1971). Barna reagerte med sinne, frustrasjon, fortvilelse og til slutt distanse og likegyldighet. Bowlby forstod dette som et brudd i tilknytningsforholdet mellom barnet og forelder. Etter flere dyreforsøk, fikk han anerkjennelse for sin teori om at tilknytningsadferd mellom foreldre og barn er biologisk fundert (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2017). Tilknytningsteorien viser hvordan spedbarns adferd er organisert og at barnet bruker sin adferd til å oppnå nærhet til sin tilknytningsperson for å føle seg tryggere (Powell et al., 2015). Tilknytningsadferden er medfødt og skal sikre barn fra å ikke bevege seg for langt vekk fra sine omsorgspersoner og beskytte mot fare som sult, tretthet, smerte, frykt, stress, usikkerhet eller engstelse. Barn signaliserer tilknytningsadferd gjennom å søke både fysisk og psykologisk nærhet hos sine tilknytningspersoner og signaliserer dette gjennom blant annet gråt og protest. Omsorgspersoner har en viktig funksjon i å emosjonelt regulere barna når tilknytningsadferden aktiveres. Barn har ulike behov og behovene for trøst og emosjonell regulering endres ut fra situasjonen. Det kan være store variasjoner i hvordan omsorgspersonene må jobbe med nedregulering av negative emosjoner til barn, alt fra stemmebruk til langvarig trøst (Karterud et al., 2017). De erfaringene barn får i situasjoner hvor tilknytningsadferden aktiveres, danner grunnlag for deres måte å søke tilknytning på, samt emosjonelle opplevelser av nære omsorgspersoner. For barn handler tilknytning om overlevelse og er helt avhengig av sine omsorgspersoner for å kunne overleve i verden. Måten barn blir møtt på i sin tilknytningsadferd gir de erfaringer og påvirker deres tilknytning, gjennom «indre arbeidsmodeller» (Bowlby, 1988). Indre arbeidsmodeller er

komplekse prosesser som vi mennesker benytter for å oppfatte, tolke og respondere på andre i nære relasjoner. Arbeidsmodellene er et resultat av tilknytningserfaringer i barndommen og styrer hvordan mennesker opplever og responderer på tilknytningspersoner og senere på andre mennesker (Hart et al., 2016; Powell et al., 2015). Trygg tilknytning hjelper barn til å skape indre arbeidsmodeller av dem selv og deres nærmeste relasjoner. Trygge tilknytninger vil kunne lede barn på en sunn utviklingsvei inn i voksen alder og med trygge indre arbeidsmodeller, vil de kunne ha det bra i relasjoner og utvikle de samme trygge båndene med sine egne barn. Det vil kanskje kunne bryte den vonde sirkelen av psykologiske utfordringer og problemer som ofte opptrer i generasjon etter generasjon (Powell et al., 2015)

2.1.1 Tilknytningsmønstre

Mary Ainsworth og hennes kollegaer forsket på tilknytning og så allerede hos ett år gamle barn at de hadde utviklet ulike måter å være tilknyttet sine foreldre på gjennom «Strange Situation Test». I denne testen ble barnas reaksjoner observert når mor og barn var sammen, når mor gikk ut av rommet, når barnet var alene, når en fremmed kommer inn i rommet og når mor kommer tilbake. Gjennom «Strange Situation Test» konkluderte Ainsworth og hennes kolleger frem til fire ulike måter å være tilknyttet sine foreldre på; den unnvikende, den trygge, den ambivalente og den desorganiserte (Ainsworth, 2015; Hart et al., 2016).

Barn med unnvikende (A) tilknytning holder en fysisk og følelsesmessig avstand til sine tilknytningspersoner. Disse barna har blitt avvist av sine omsorgspersoner i situasjoner hvor de trengte følelsesmessig nærhet. Barna finner ikke trøst hos sine foreldre og de tilpasser seg mor eller far sin sinnsstemning for å unngå følelsesmessig avvisning. De har lært seg å håndtere vanskelige følelsesmessige situasjoner på egenhånd og trekker seg ofte tilbake. Å ikke kunne gå til sine omsorgspersoner for å regulere seg, gir et økt stress i barnets nervesystem. Ainsworth så under «The Strange Situation Test» at disse barna ikke responderte ovenfor moren, når hun forlot rommet eller kom tilbake. Mennesker med et unnvikende tilknytningsmønster kan i voksen alder isolere seg når de har behov for trøst, bruker logisk analytisk tenkning, hvor det mangler dybde, følelsesmessig kontakt og nyansering.

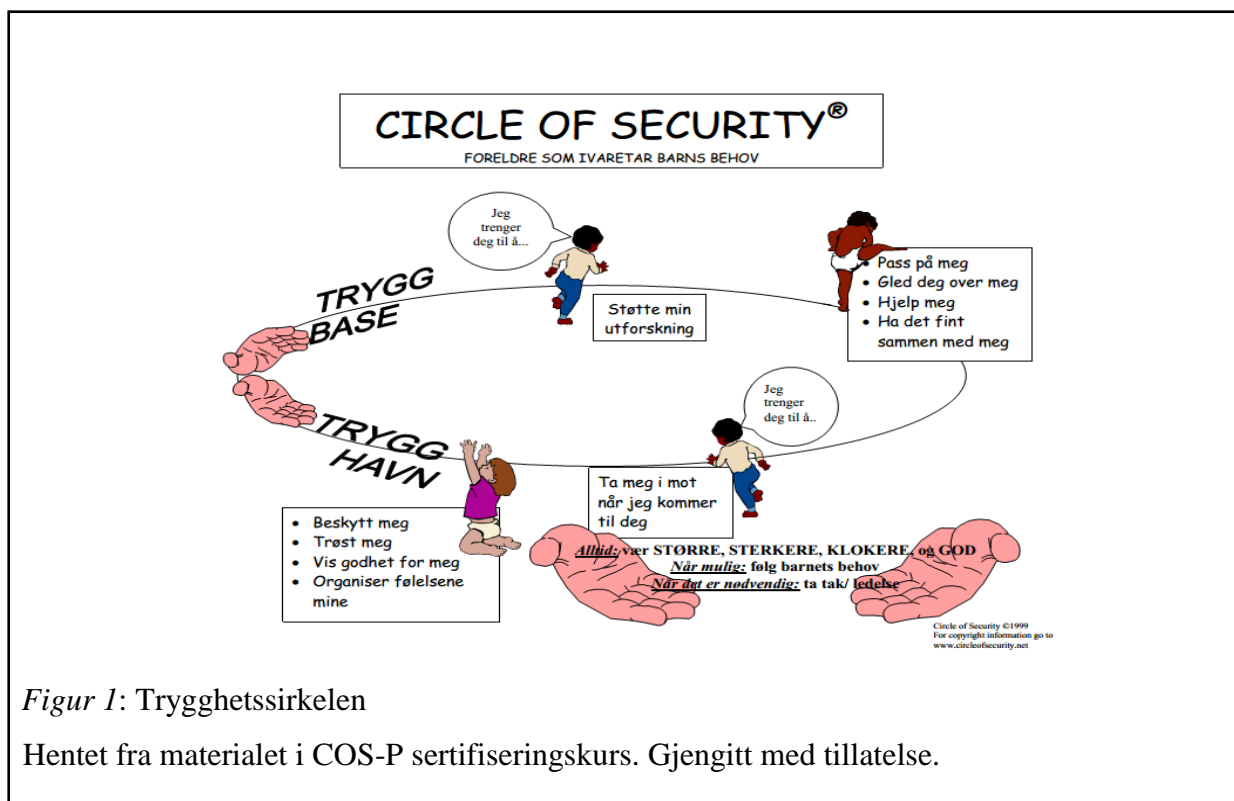
Barn med en trygg (B) tilknytning blir litt stresset når moren forlater rommet og unnviker den fremmede når moren ikke er til stede. Barna søker kontakt med den fremmede når moren er i rommet. Når moren kommer tilbake, vil barn med en trygg tilknytning bli glade. Trygge barn er selvstendige, men de søker foreldrene sine når de opplever utfordringer som de ikke håndterer selv. Kommunikasjonen mellom barnet og omsorgspersonen er balansert og barnet viser at det er avhengig av tilknytningspersonen, men samtidig er det selvstendig. De bruker foreldrene sine som en «trygg base» når de skal utforske og de kommer tilbake til foreldrenes «trygge havn» når de blir overveldet (se figur 1). Trygg tilknytning er en viktig bidragsyter til *resilens*. Resilens handler om å klare seg bra på tross av erfaringer og opplevelser som er av relativ stor risiko (Nordanger & Braarud, 2017). Barn med trygg tilknytning er mer robuste og tåler belastninger bedre (Slinning et al., 2010). I voksen alder vil barn med en trygg tilknytning verdsette relasjoner, de kan uttrykke seg følelsesmessig og har en velregulert adferd. De kjenner på egenverdi og går ut i verden med en følelse av at de kan mestre livets utfordringer (Hart et al., 2016).

I det ambivalente (C) tilknytningsmønsteret blir barna utrøstelig og klamrende i situasjonen der moren går. Barna kan sparke og slå mot døren for å få moren tilbake, og viser tegn til frykt for den fremmede. Når moren kommer tilbake, kan de gå mot henne men samtidig avvise kontakten. Disse barna har erfart at de må kreve, for å få sine behov dekket av sine omsorgspersoner. De blir mindre selvstendige og er svært engstelige når de er alene. Barna kan være vanskelige å trøste, og oppleves som «umettelig» på å få dekket sine følelsesmessige behov og det tar lang tid før de har stabilisert seg. Barna er på vakt og har vanskelig med å være i følelsene. Tilknytningspersonene til disse barna er ofte engstelige og har mange bekymringer til verden, og de synes det er vanskelig å trøste barnet fullt ut. De behandler barna umodent og har ikke støttet de i å utforske på en selvstendig måte.

Barn med en desorganisert (D) tilknytning er den mest alvorlige graden av tilknytningsmønsteret og dette er ofte barn som har blitt utsatt for fysiske, seksuelle eller følelsesmessige overgrep. Barna har en kaotisk adferd, preget av motsetningsfylte strategier. De bruker ikke sine foreldre til å søke trøst og de er redde for sine tilknytningspersoner. De blir engstelige og utrygge av foreldrenes forvirrende adferd. I fremmedsituasjonen så Ainsworth at disse barna var kaotiske og forvirrede i situasjonen hvor tilknytningsadferden ble aktivert. De nærmer seg moren, men samtidig unngår de henne. Når moren forlater rommet, blir barna roligere. Barna ble redde for den fremmede som kom inn i rommet, men

samtidig søker de den fremmede og kan begynne å gråte. Når moren kommer inn i rommet, går de ikke til henne men gjemmer seg i stedet. Som voksne kan disse barna ha store utfordringer med å knytte seg til andre mennesker. Barna som opplever alvorlig grad av omsorgssvikt, vil dog alltid søke tilknytning. Barna blir ofte angstfylte. Angstresponsen oppstår i relasjonen til den voksne, hvor den voksne ikke regulerer barnet følelsesmessig. Dette kan gi barnet et underutviklet følelsesliv og kjenner ikke på en indre sammenheng. Barna har vanskelig med å regulere seg selv følelsesmessig og kan bli selvutslettende ovenfor andre eller være fiendtlig og aggressiv. De husker sjeldent mye av sin livshistorie, kun deler av denne og de har vanskelig med å reflektere over seg selv og andre. Barnas evne til å ta andres adferd og se det i sammenheng med andres mentale tilstand, er redusert (Hart et al., 2016).

2.2 Circle of Security (Trygghetssirkelen)



Circle Of Security (COS) ble utviklet i USA av Robert Marvin, Glenn Cooper, Bert Powell og Kent Hoffman i 1998. COS ble utviklet i over en ti års periode og har bakgrunn i tilknytningsteori og objektreasjonsteori, sammen med kliniske erfaringer. Circle Of Security

Parenting (COS-P) er et gruppeveiledningskurs for foreldre og er en forenklet versjon av Circle Of Security Group Intervention Model. COS-P er strukturert, erfaringsbasert og manualisert, og har som mål å fremme trygg tilknytning. Programmet bygger på tilknytningspsykologi, kunnskap om *mentalisering*, *nevropsykologi* og *utviklingstraumer*. Mentalisering er et begrep som omhandler menneskers evne til å fortolke sin egen og andres adferd, gjennom å forstå intensjoner og underliggende mentale strategier. Det kan være antagelser, følelser, holdninger, drømmer, planer, kunnskap, håp og intensjoner (Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Mentalisering er evnen til å både være selvreflekterende og samtidig ha en interpersonlig komponent. Har man en god evne til å mentalisere, er man både selvreflekterende og samtidig har man et interpersonlig komponent. Med andre ord vil det vil si at man forstår seg selv og samtidig forstår andre (Karterud et al., 2017). Man mentaliserer mange ganger i løpet av en dag uten å legge ikke merke til det. Mentalisering foregår helt automatisk og av seg selv. Mennesker er ikke født med evnen til å mentalisere, dette utvikles i barne- og ungdomsårene (Karterud et al., 2017). Nevropsykologi handler om forholdet mellom hjernen og adferden til mennesker, og hvordan skade eller sykdom påvirker samspillet mellom hjernen og adferden. Hjernen styrer kroppen, tankene og følelsene våre. Menneskers evne til å motta sanseintrykk og til å utføre fysiske og mentale handlinger reguleres gjennom hjernens funksjoner. Konsentrasjon, språk, hukommelse, evnen til å planlegge og strukturere hverdagen er noen av de kognitive funksjoner som inngår i adferden vår. Fra unnfangelse og gjennom hele livet utvikler hjernen seg, og endres ved læring og erfaring. Vårt følelseslivet reguleres også av hjernen, og kan påvirkes ved psykisk og fysisk sykdom, skade eller som en konsekvens av utviklingstraumer (Nordanger & Braarud, 2017). Utviklingstraumer kan oppstå når et barn opplever traumatisk stress og omsorgssvikt. Sammen påvirkes barnets selvregulering og affektregulering, det vil si barnets evne til å styre eller kontrollere seg selv og sine følelser (Braarud & Nordanger, 2011). Barn er helt avhengige av hjelp fra voksne til å lære og regulere kroppslige og fysiologiske funksjoner som søvn, sult og motorikk. Barn trenger også hjelp til å regulere følelsene sine og beskyttelse fra intense stimuli som lyd, lys og taktil stimulering (Haugland & Nordanger, 2015).

2.2.1 Sentrale begreper i COS-P

Trygghetssirkelen er sentral i COS-P og er et sirkeldiagram som skal gjøre det lettere for foreldre å forstå omfanget i tilknytningsteorien. Det fungerer som et veikart for foreldre til forståelse av barnet og barnets behov, samt og hjelpe foreldre til å fremme trygg tilknytning

(se figur 1). Toppen av sirkelen representerer barnets utforskingssystem og bunnen av sirkelen tilknytningssystemet. Hendene representerer foreldre som henholdsvis «trygg base» og «trygg havn». Utforskingssystemet og tilknytningssystemet er gjensidig utelukkende, og barnet vil kontinuerlig veksle mellom disse to systemene (Powell et al., 2015). Toppen av sirkelen representerer barnets behov ved utforsking: «pass på meg», «gled deg over meg», «hjelp meg» og «gled deg sammen med meg». Funksjonen ved utforskningsatferd er å fremme læring og mestring. Bunnen av sirkelen representerer barnets behov: «beskytt meg», «trøst meg», «gled deg over meg» og «organiser mine følelser». Funksjonen ved tilknytningsatferd er å oppnå trøst og beskyttelse. Å organisere følelser handler om å hjelpe barnet når det ikke forstår sine egne følelser. Det skjer ved at foreldrene gjenkjenner, setter ord på og gir mening til indre opplevelser som barnet har. Gjennom denne samhandlingen blir barnet mer kompetent i å håndtere følelser, både alene og i relasjon til andre (Powell et al., 2015). Hendene på sirkelen representerer foreldre som «trygg base» for utforsking (toppen av sirkelen) og «trygg havn» når barnet trenger trøst og beskyttelse (bunnen av sirkelen). *Haimusikk* er et begrep som blir brukt i COS-P og er en metafor for den uroen som oppstår i foreldrene som respons på et følelsesuttrykk hos barnet. Haimusikken aktiverer den delen av nervesystemet som gir sterke ubehagelige responser som hjertebank, klamme hender eller en sterk følelse av uro. Haimusikken stammer fra egne uregulerte affekter fra tidlige barndom og er knyttet opp mot egne omsorgserfaringer. Det kan være vanskelig å identifisere haimusikk, fordi signalene ligger på det førbevisste nivået i hjernen. Alle kjenner på haimusikk, uavhengig av egen tilknytningshistorie (Powell et al., 2015). For eksempel kan det være utfordrende å tåle sinne hos barnet, dersom forelderen selv har vokst opp i en familiekultur der sinne ikke ble akseptert.

Et viktig arbeid i COS-P er å identifisere hvor på sirkelen foreldrene strever med å møte barnets behov. I noen tilfeller kan haimusikken stå i veien for en god respons på barnets følelsesuttrykk. Noen kan oppleve at det er vanskelig å ta imot barnet, når det er nede på sirkelen og trenger trøst, hvis de kommer fra en familiekultur hvor man selv ikke fikk trøst. Det kan være utfordrende å tåle barnets sinne hvis sinne ikke var akseptert da en selv var barn. For andre kan det være utfordrende å la barnet utforske verden og det kan oppleves som avvisning når barnet forlater fanget. Når man opplever haimusikk, kan man oppleve sterkt ubehag i seg selv, og det blir vanskelig å se barnet og dets behov i situasjonen. Dersom foreldre har vansker med og opplever ubehag ved atskillelse fra barnet, kan barnet kjenne ambivalens knyttet til å skifte fra behovet for tilknytning til behovet for utforsking. For

eksempel kan en mor mistolke barnets behov for trøst, og heller oppfordre til lek, fordi mor opplever haimusikk nede på sirkelen. Om dette blir et gjentakende mønster, vil barnet kunne utvikle et utrygt ambivalent tilknytningsmønster. Om foreldre opplever ubehag ved fysisk og emosjonell nærhet, kan dette lære barnet å unngå å søke beskyttelse, og barnet utvikler et utrygt unnvikende tilknytningsmønster (Powell et al., 2015).

2.3 Sarpsborgmodellen

Sarpsborgmodellen ble etablert i Sarpsborg kommune i 2016. Modellen består av ukentlige gruppesamlinger over to år hvor mor og barn deltar, samt tre gruppeledere. Pasientene som deltar i Sarpsborgmodellen er enten gravide eller nybakte mødre, som har en psykisk lidelse eller utfordringer knyttet til rus. Sarpsborgmodellen benyttes i dag i to kommuner; Sarpsborg og Rakkestad. Det er løpende inntak i gruppen, hvilket betyr at det er jevnlig utskiftninger av pasienter. I Sarpsborg er det to grupper gående parallelt og i Rakkestad er det en gruppe. Rakkestad startet opp med modellen høsten 2018 og begge kommunene har den samme oppbygningen og strukturen på modellen. Det er syv pasienter og syv barn med i hver gruppe. Pasientene henvises fra andre behandlere internt i virksomheten eller fra aktører i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Noen tar også direkte kontakt med virksomheten.

Det er tilknyttet ulike faggrupper i Sarpsborgmodellen: sosionom, psykiatriske sykepleiere, psykologspesialist, helsesykepleier og psykomotorisk fysioterapeut. Dette bidrar til flerfaglighet inn i arbeidet og sikrer tverrfagligheten. Behandlerne har ulike oppgaver i Sarpsborgmodellen. Psykologspesialisten har hovedansvaret for journalføring og rapporter, kontakten til barnevernstjenesten og kontakten til andre behandlere og aktører. Psykologspesialisten har også ansvaret for gjennomføring av Adult Attachment Interview (AAI). AAI er et tilknytningsintervju som kartlegger pasientenes egne tilknytningserfaringer og hvordan virkningene av disse er i dag. Intervjuet er strukturert og har en varighet på omtrent en time. Intervjuet ble utviklet av Carol George og medarbeidere i 1985 og modifisert i 1996 (Karterud et al., 2017). Pasientene blir i intervjuet spurt om fem adjektiver som beskriver forholdet til sine foreldrene i barndommen og minner som beskriver adjektivene. De blir spurt om hvilken av foreldrene som oppleves som nærmest og hvorfor de oppleves som nærmest. Videre skal pasientene fortelle om hvordan relasjoner har endret seg over tid og om de opplevde fare, avvising, trusler eller tap i barndommen og tidlig voksen alder, og om de

kan se en sammenheng mellom deres barndomserfaringer og hvordan dette har påvirket deres personlighet i voksen alder. Når intervjuene er gjennomført, analyseres teksten. Emosjonell involvering og distansering vurderes opp mot tilknytningsrelasjonene og grad av sammenheng i intervjuet som helhet. Videre tas det stilling til pasientenes evne til refleksjon over egne erfaringer. I Sarpsborgmodellen benyttes intervjuet kun til klinisk arbeid, det vil si at intervjuene ikke kodes (Karterud et al., 2017). Videre har psykologspesialisten psykoedukasjon omkring aktuelle temaer som skal tas opp i gruppen. Sosionom og psykiatriske sykepleier/helsesykepleier har hovedansvaret for å opprettholde strukturen i gruppen og anses som gruppeledere i Sarpsborgmodellen. De leder samtalen rundt lunsjbordet og jobber aktivt for å skape en god dynamikk og å etablere gruppeprosess. I samtalen under lunsjen deler pasientene sine utfordringer knyttet opp mot psykiske, fysiske eller sosiale forhold, barnas utviklingsfaser, utfordringer med økonomi eller i familien. Temaene løftes opp og frem av gruppelederne. Pasientene deler også positive opplevelser og det de mestrer, som tidligere har vært strevsomt. Mange av pasientene har behov for støtte i ansvarsgruppemøter og møter på NAV, som da gruppeledere har ansvaret for å følge opp, samt arbeidet knyttet opp mot selve vedtaket. Psykologspesialist, sosionom, psykiatrisk sykepleier og helsesykepleier er kontaktpersoner for pasientene i Sarpsborgmodellen. Psykomotorisk fysioterapeuten sin rolle i modellen beskrives senere i oppgaven. Til tross for ulike ansvarsområder og faglige perspektiver inn i arbeidet med modellen, jobber alle faggruppene sammen og som et team, hvor de utfyller hverandre. Felles for behandlerne er at alle har kompetanse i psykisk helsearbeid samt sertifiseringskurs i COS-P. Sarpsborgmodellen har en fast struktur bestående av felles brødmåltid, tema og en aktiv del. Gruppetiden avsluttes alltid med en felles sangstund, hvor pasientene og barna sammen velger en sang.

2.3.1 COS-P i Sarpsborgmodellen

Pasientene skal gjennom et COS-P kurs som et ledd i Sarpsborgmodellen. Fedrene eller den andre omsorgspersonen får også tilbud om COS-P kurs. I COS-P kurset inviterer foreldrene til å reflektere over barnets adferd, følelser og behov, dette for å fremme evnen til å mentalisere, utvikle økt sensitivitet og fremme en utviklingsstøttene omsorgsevne. COS-P er inndelt i ulike kapitler og kurset har en varighet på åtte uker med ca. 1 ½ timer pr. gang. Kapitlene tar for seg blant annet trygghetssirkelen og hvordan denne kan brukes til å se hvilke grunnleggende behov barna har for foreldrenes støtte både, når de utforsker verden og når de opplever vanskelige følelser. Samspillet mellom foreldrene og barna er en viktig del av temaene som

tas opp i COS-P kurset. Dette samspillet er grunnleggende for hvordan barn utvikler en følelsesmessig trygg tilknytning til sine foreldre. Foreldre må være i samspill med barna sine og vise at de er tilgjengelige, for at barna skal kunne formidle sine følelser eller behov ovenfor foreldrene. I vanskelige situasjoner hvor samspillet mellom barna og foreldrene kommer ut av kontroll, lærer foreldrene forskjellige redskaper som de kan bruke for å etablere et godt samspill igjen. I COS-P kurset blir foreldrene presentert for ulike situasjoner gjennom videosnutter av andre voksne-barn dyader. Videoene åpner opp for felles refleksjoner av hva man har sett, hva barnets behov er i situasjonen og hvordan man kan møte situasjonen på en annen måte. Foreldrene blir også oppfordret til å dele erfaringer fra eget liv og indentifisere «trygghetssirkelhistorier». Det er flere studier som viser at COS-P programmet kan bidra til tryggere tilknytning mellom foreldre og barn, hvor foreldrene beskriver en hverdag preget av mindre stress i foreldrerollen, større tilfredshet i foreldrerollen, evner bedre og identifisere barnets signaler og trekker lettere beslutninger på vegne av barnets behov rundt sirkelen og møte disse behovene (Slinning et al., 2010).

2.3.2 Familiene og relasjonens betydning i Sarpsborgmodellen

Familier i dag har ulike sammensetninger og har ingen entydig størrelse. Familier kan være store eller små, og kan ha en eller flere forsørgere. Foreldre kan bestå av to mødre, to fedre, en mor og en far, aleneforsørgere eller fosterforeldre. I Sarpsborgmodellen er hovedfokuset på mødre som strever med psykiske lidelser eller rusutfordringer, og tilknytningen til barnet deres. Far eller den andre omsorgspersonen får tilbud om kurs og pårørendesamtaler. Det er mange mennesker med psykiske lidelser som er gode foreldre, men for noen kan belastningene som er forbundet med lidelsen påvirke omsorgsevnen. Barn som lever med en voksen som har en psykisk lidelse eller rusutfordringer, er risikoutsatt (Helsedirektoratet, 2014). Det er ikke lidelsen i seg selv som skaper utfordringer, men varigheten og alvorlighetsgraden til symptomene og funksjonsnedsettelsen som kan oppstå, på bakgrunn av lidelsen (Kowalenko et al., 2013). Depresjon og sterk angst kan påvirke pasientenes evne til å være sensitive ovenfor barnas behov, eller å være tålmodige og konsekvente i grensesetting (Reneflot et al., 2018). Det er viktig å bli kjent med familiene for å kunne danne seg et helhetlig bilde av deres livssituasjon. I møte med familiene vurderes beskyttelses- og risikofaktorer som finnes rundt barnet. Beskyttelsesfaktorer kan blant annet være en støttende familie, gode relasjonelle forhold og stabil økonomi. Risikofaktorer kan være dårlig økonomi,

psykososiale forhold, konfliktfylte hjemmesituasjoner, alvorlig og vedvarende somatisk sykdom eller psykisk sykdom hos foreldrene (Sommerschild, Garløv, Grøholt, & Weidle, 2015).

Resilens er et sentralt begrep i arbeidet med Sarpsborgmodellen. Mange barn vokser opp i familier med potensielle risikofaktorer, men mange barn klarer seg bra til tross for en vanskelig start på livet (Nordanger & Braarud, 2017; Slinning et al., 2010).

Resilensforskningen startet på 1950-tallet og i dag vet vi mer om hvorfor noen barn har større motstandsdyktighet enn andre. Det er vanskelig å sammenligne belastninger, da belastninger kan oppleves ulikt fra barn til barn. Hva vil det egentlig si når et barn «klar seg bra»? Vold, overgrep og omsorgssvikt kan påvirke mange sider ved et menneske, og ikke bare den psykiske helsen. Mange kan få somatiske plager på bakgrunn av psykisk belastninger.

Forskning viser til noen faktorer som påvirker konsekvensene av psykisk stress, som vold, omsorgssvikt og overgrep. Barn har større motstandsdyktighet etter fylte fem år og jo færre episoder av belastninger, jo mindre alvorlige konsekvenser har det for barnet (Collishaw et al., 2007). Forskning viser også at belastninger som innebærer bruk av tvang eller trusler gir større konsekvenser på sikt (Nordanger & Braarud, 2017).

Pasientene som deltar i Sarpsborgmodellen får oppfølging og behandling for sin psykiske lidelse, samtidig som det arbeides forebyggende ovenfor barnet. Mye av arbeidet handler om å øke pasientenes reguleringskapasitet, bevisstgjørelse til deres tilknytningshistorie og hvordan deres erfaringer kan påvirke de i rollen som forelder i dag. AAI er et viktig verktøy i å skape større bevissthet til deres egne tilknytningshistorie, samt å kartlegge hvor på trygghetssirkelen pasientene strever. Mentaliseringsevnen kan være nedsatt på bakgrunn av deres egen tilknytning og det gjør at mange opplever liten opplevelse av sammenheng, de kan føle at de selv og andre er oppstykket, og det kan være vanskelig å kjenne på kjernen til normer og verdier (Karterud et al., 2017; Killén, 2010). Ovenfor barna kan det være vanskelig for pasientene å reflektere over, forstå og holde barnets sinnstilstand og behov, i sin bevissthet. Mentaliseringsevnen og den reflekterende evnen kan bedres gjennom målrettet behandling (Killén, 2010).

Psykiske lidelser henger ofte sammen med mellommenneskelige forhold og eventuelt mangel på dette (Bøe & Thomassen, 2017). Mange pasientene i psykisk helsearbeid har ikke opplevd trygge relasjoner og gode mellommenneskelige forhold. I Sarpsborgmodellen kommer

pasientenes relasjonelle erfaringer frem, som kan være mobbehistorier, vold- og overgrepshistorier. En *relasjon* kan beskrives som et bånd mellom to mennesker som kan bestå av flere kvaliteter, blant annet følelser, tanker eller felles opplevelser. En relasjon oppstår mellom mennesker som opplever en gjensidighet omkring betydningen for hverandre. For å skape en god relasjon, må man kunne være personlig, tre ut av sin rolle som behandler og skape felles opplevelser med pasientene (Bøe & Thomassen, 2017). I psykisk helsearbeid snakker man ofte om *den terapeutiske relasjonen*. Den terapeutiske relasjonen er det båndet som oppstår i møte mellom pasient og behandler, i dette tilfellet mødre og psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen, hvor den ene har som oppgave å hjelpe den andre. Den terapeutisk relasjonen kan deles i tre deler: *det reelle forholdet*, *arbeidsalliansen* og *overføring/motoverføring* (Geirdal & Varvin, 2017). Det reelle forholdet er selve grunnlaget i en relasjon og beskrives som det personlige båndet mellom pasient og behandler. Det reelle forholdes kjennetegnes ved at begge er genuint opptatt av den andre, og det på en slik måte at den andre er til hjelp eller fordel for pasienten. Det reelle forholdet vektlegger genuinitet og realisme som viktige kvaliteter og at partene er åpne, ærlige og sanne i møte med hverandre. I Sarpsborgmodellen vil psykiske helsearbeideren allikevel ha en annen rolle i den terapeutiske relasjonen, fordi pasienten er den som søker hjelp. Dette gjør relasjonen asymmetrisk (Geirdal & Varvin, 2017; Schibbye, 2012). I arbeidsalliansen blir psykiske helsearbeideren og pasienten enige om målsetting og en felles forståelse om veien til måloppnåelse. «Vi» begrepet viktig i arbeidsalliansen, som viser til samarbeidet mellom pasienten og behandleren, og som er selve grunnlaget for endringsprosessen og måloppnåelse. Det er viktig at pasientene opplever at behandlerne er interessert, bryr seg og har en varme for at arbeidsalliansen skal bli etablert (Geirdal & Varvin, 2017; Schibbye, 2012). *Alliansebrudd* er en spenning eller et brudd i samarbeidet mellom pasienten og behandleren. Bruddene kan variere i intensitet og varighet. Skulle det oppstå et alliansebrudd, er reparasjonsarbeidet viktig. Begge parter må være åpne og ha en felles forståelse for måloppnåelse og veien videre, hvis en reparasjonsfase skal kunne etableres.

Overføring og *motoverføring* er gjensidige prosesser i en relasjon. Overføringer er ubevisste forskyvninger fra fortid til nåtid, hvor pasienten mistolker en nåtidig relasjonell opplevelse, basert på fortidens erfaringer (Schibbye, 2012). Ved overføring kan pasienten tilegne behandleren egenskaper og kvaliteter, basert på erfaringer fra tidlige relasjoner. Som et eksempel kan behandleren betegnes som uengasjert og avvisende, uten at behandleren kjenner seg igjen i dette. Overføringer har ulik styrke og i noen tilfeller kan behandleren føle seg

presset til å handle på pasientens skjulte budskap, noe som gjør behandleren ufri. Motoverføringer er behandlerens overføringer til pasienten. Behandlerens indre bilde av en relasjon, for eksempel en mor, kan aktiveres av en pasient i samme alder (Geirdal & Varvin, 2017). Kvaliteten på den terapeutiske relasjonen har stor betydning for behandlingsresultatet i psykisk helsearbeid (Geirdal & Varvin, 2017). I psykisk helsearbeid er det viktig å jobbe for å etablere gode relasjoner med pasientene. For å kunne etablere en god relasjon, blir egenskapene til den psykiske helsearbeideren av særlig betydning. Evne til innlevelse i pasientens situasjon, ha empati og være omtenkstom trekkes frem som viktige egenskaper for å styrke den terapeutiske relasjonen. Det oppleves som styrkende for relasjonen om behandleren kan være menneskelig og kunne vise følelser på en naturlig måte. Videre må behandlerne kunne samarbeide godt med hverandre for å kunne møte familiene på en god måte. Psykiske helsearbeidere blir på mange måter rollemodeller for disse menneskene og kanskje den trygge «tilknytningspersonen» de ikke selv hadde.

2.4 Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet i Norge på 1940-tallet. Det var psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Adel Bülow-Hansen som sammen utviklet metoden. Bülow-Hansen erfarte at noen pasienter hadde smerter som flyttet rundt i kroppen og at avspenningsteknikker hadde god effekt på denne type problematikk. Hun mente at sammenhengen handlet om pusten og hvordan en «holdt pust» gir muskulære spenninger og smerter. Da pusten ble mindre belastet, kom også følelsene tydeligere frem hos pasientene. Braatøy opplevde å få bedre kontakt med pasientene igjennom samtaleterapi, særlig i etterkant av avspenningsbehandling hos fysioterapeut. Det ble tydelig for både Bülow-Hansen og Braatøy at kropp og følelser hadde en nær sammenheng og at begge deler påvirker hverandre gjennom pusten (Thornquist & Bunkan, 1995). Siden den gang har NPMF vært i utvikling og er i dag mer enn en avspenningsbehandling. I tillegg til samtale, er ulike former for massasje, berøring og bevegelse en del av behandlingen. Behandlingen begynner med en kroppsundersøkelse, som kalles for *ressursorientert kroppsundersøkelse* (ROK), hvor kroppens holdning, muskulatur, bevegelsesmåte og pustemønster undersøkes. Videre blir avspenningsevnen, kroppskontakt, kroppsbildet, balanse og fortrolighet til egen kropp kartlagt. Det er funnene fra ROK som ligger til grunn for videre behandlingsform. Behandlingen kan ha et stabiliserende fokus eller være omstillende med ønske om endringer, og behandlingen kan foregå individuelt eller i gruppe (Bunkan, 2001). Refleksjon og samtale

er en viktig del av behandlingen, fordi endringer i spenningsmønstre og pust kan bidra til at vanskelige følelser og minner kommer frem (Thornquist & Bunkan, 1995).

I NPMF er det viktig å øke forståelsen og bevissthet til hvordan stress, bekymringer, konflikter, traumatiske opplevelser og livsbelastninger virker inn på kroppsopplevelsen (Biguet, Keskinen-Rosenqvist, & Berg, 2012). I NPMF anses kroppen som en funksjonell enhet hvor fysiske, psykiske og sosiale faktorer påvirkes av hverandre og kan gi kroppslige symptomer. Følelser uttrykkes gjennom kroppen og bremses gjennom kroppen, for eksempel gjennom å holde pusten, stramme muskulaturen i kjeven og heise skuldrene (Thornquist, 2006). NPMF tar for seg hele kroppen, da tanken er at endringer et sted i kroppen er med på å skape ringvirkninger andre steder. Videre skal også pasientens livssituasjon ses i sammenheng med de kroppslige plagene han eller hun har. *Den biopsykososial modellen* står dermed sentralt i NPMF. Den biopsykososial modellen ble utviklet av psykiater George Libman Engel på 70-tallet og tar utgangspunkt i det samspillet som foregår mellom kropp, sjel og omgivelser (Engel, 2012). Maurice Merleau-Pontys *kroppsfenomenologi* er også sentralt i NPMF. Hans filosofi handler om at mennesker lever i en verden gjennom sansning. Verden er kun tilgjengelig for oss gjennom våre sanser, og vår sanselighet gjør at vi kan oppfatte den verden vi lever i. Rammene rundt de sanselige inntrykk bestemmer hva vi sanser, hvordan vi opplever det vi sanser og hvilken forståelse vi får av verdenen vi lever i. Som mennesker lever vi i denne verdenen gjennom vår levde kropp og vi har med oss våre erfaringer, opplevelser og forventninger. Merleau-Ponty er opptatt av subjektiviteten og i NPMF er dette også et grunnleggende fundament i møte med pasientene (Wifstad, 2018).

Overordnet mål i NPMF er å skape stabilitet eller endringsprosesser, samt en økt bevissthet og fortrolighet til egen kropp. Mange pasienter kan oppleve en bedret funksjon i hverdagen, med mindre smerter og større grad av mestring gjennom NPMF (Bergland, Olsen, & Ekerholt, 2018). Det kan være lettere å sette grenser for seg selv, når man har en bedre forståelse av sammenhengen mellom kropp, tanker og følelser. Ved å forstå og kjenne kroppens forsvar på indre og ytre påkjenninger, kan den naturlige avspenningsevnen forbedres og respirasjonen bli mindre belastet. NPMF egner seg godt til pasienter med langvarige smertetilstander, revmatiske lidelser og ulike former for pustebesvær, samt ulike former for psykiske lidelser som blant annet spiseforstyrrelser, traumer, angst og depresjon eller med pasienter som strever med kombinasjoner av somatiske og psykiske plager (Thornquist, 2006, 2016).

2.4.1 NPMF i Sarpsborgmodellen

NPMF har en sentral rolle i å bringe det helhetlige perspektivet inn i Sarpsborgmodellen. Pasienter som har som har en utrygg tilknytning kan ha nedsatt kontakt til kroppen og til følelsene sine (Hart et al., 2016). Mange pasienter i psykisk helsearbeid har kroppslige utfordringer, smerter og stivhet som et resultat av langvarige livsbelastninger og psykiske påkjenninger. Det kan handle om vonde relasjonserfaringer, mobbehistorier, ulike former for vold, omsorgssvikt, seksuell misbruk eller en vanskelig hjemmesituasjon med egne foreldre som strevde med psykiske lidelser og rusutfordringer. Det kan handle om nåværende livsbelastninger som påvirker kroppens spenningsnivå blant annet konflikthfulle parforhold, økonomiske utfordringer og eller vansker knyttet til sin arbeidssituasjon. Psykisk og somatisk helse henger sammen og må behandles under ett (Helsedirektoratet, 2014). En viktig oppgave for NPMF i Sarpsborgmodellen er å jobbe med å styrke pasientenes forståelse av hvordan kroppen responderer på stress, påkjenninger, traumer og psykiske belastninger.

I Sarpsborgmodellen er NPMF gruppebasert og innebærer kroppsbevissthetsøvelser, avspenningsteknikker og *psykoedukasjon*. Psykoedukasjon gir mødrene økt kunnskap om sin tilstand gjennom samtale og undervisning (Sommerschild et al., 2015). NPMF i gruppe gir god anledning til å jobbe med kroppskontakt, berøring, grensesetting og relasjonsarbeid. Pasientene oppfordres til å reflektere sammen og dele sine opplevelser med hverandre. Det kan bidra til en større opplevelse av fellesskap og gruppetilhørighet, da flere vil kjenne seg igjen i det den andre sier. Øvelsene kan bidra til at det være lettere å sette grenser for seg selv og for barnet sitt, da pasientene kan bli bedre kjent med egne grenser gjennom en økt forståelse av kroppslige signaler.

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres metoden som er benyttet i forskningsprosjektet for å kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmålene. Datainnsamling, utvalg og gjennomføring av undersøkelsen blir beskrevet, samt transkribering og analyse. Avslutningsvis presenteres etiske betraktninger og metodediskusjon.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitative forskningsmetoder omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling av data, organisering og tolkning av tekstlig samtale, observasjoner eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2012). I kvalitativ metode utforskes informantenes opplevelser, tanker, forventninger motiver og holdninger (Malterud, 2017). Metoden brukes når forskeren ønsker å få frem fyldige beskrivelser av fenomener man ikke kjenner så godt til, og den vitenskapelige kunnskapen preges av nyanser og mangfold (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2006; Malterud, 2012). Hensikten med dette forskningsprosjektet er å utforske psykiske helsearbeideres erfaringer og opplevelser i arbeidet med Sarpsborgmodellen. På bakgrunn av problemstillingen, valgte jeg en kvalitativ forskningsmetode.

3.2 Vitenskapsteoretiske forankring

Den vitenskapsteoretiske forankringen i dette forskningsprosjektet ligger i fenomenologien og hermeneutikken. Et fenomenologisk perspektiv bygger på den subjektive opplevelse av et fenomen og hvordan fenomenet viser seg forskjellig for oss. Våre forventninger om hvordan noe viser seg for oss, er med på å forme vår oppfattelse av hvordan vi ser det. Fenomenologi er en systematisk utforsking av ulike måter å oppfatte virkeligheten på. Våre subjektive opplevelser anses som gyldig kunnskap og vår livsverden er den verden vi oppfatter ulike fenomener i (Wifstad, 2018). Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Det legges vekt på forskerens forhåndskunnskaper om fenomenet, gjennom fortolkning av tekst. Informasjonen som kommer frem fortolkes, med ønske om å kunne forstå hva denne informasjonen handler om og lete etter bakenforliggende meninger (Malterud, 2017).

3.3 Forforståelse

Forforståelse er den kunnskapen forskeren bringer med seg inn i et forskningsprosjekt. Det handler om forskerens erfaringer og faglig perspektiv. Vår forforståelse påvirker hvordan vi samler inn og leser våre data og hvordan vi tolker dataene. Det er ofte vår forforståelse som gir oss motivasjon til å forske på et bestemt tema (Malterud, 2017). Jeg ønsker å forske på Sarpsborgmodellen og belyse erfaringer og opplevelser som psykiske helsearbeiderne har i dette arbeidet. Selv er jeg en del av Sarpsborgmodellen og det er gjennom mine egne erfaringer og opplevelser i dette arbeidet, som har gitt meg motivasjon til å fordype meg i temaet. Ved å bringe frem andres erfaringer omkring arbeidet i modellen, kan kunnskapen deles og modellen videreutvikles. Den forforståelsen som jeg bringer med meg inn i forskningsprosjektet kan være en styrke. Det kan bidra til at forskningen blir nyansert og utfyllende. Samtidig er det viktig at man som forsker, er klar over hvordan egen forforståelse kan skape skylapper og begrensninger i forskningsprosessen. Det kan føre til upålitelig forskning, hvor forskerens forforståelse kan overdøve budskapet fra det empiriske materialet. Det er derfor viktig å ha et bevisst forhold til egen forforståelse inn i forskningen, slik at man kan forebygge et uheldig og mangelfullt resultat (Malterud, 2017). Jeg har mine erfaringer, forestillinger og antakelser med meg i dette arbeidet. Samtidig ønsker jeg å utfordre min forforståelse og er åpen for at mine forestillinger ikke er gjeldende. I denne prosessen har jeg forsøkt å legge min forforståelse til side og gå inn forskningen med et åpent sinn. Dette er en aktiv holdning som jeg har forsøkt å holde ved like gjennom hele forskningsprosessen, som kalles for *refleksivitet* (Malterud, 2017).

3.4 Fokusgruppeintervju

Fokusgrupper innhenter og utvikler kvalitative data om et tema, med ønske om fyldige beskrivelser og nyanser. Det kommer frem en annen type kunnskap i et gruppeintervju sammenlignet med enkeltintervjuer, fordi konteksten er annerledes. Gruppeintervju egner seg godt til å belyse problemstillinger som er knyttet opp mot felles erfaringer og synspunkter i et miljø der flere samhandler (Malterud, 2012). Jeg valgte å bruke fokusgruppeintervju for innhenting av data, da jeg ønsket og fremme ulike nyanser og perspektiver i samhandlingen mellom informantene. Samhandlingen mellom informantene er sentral og kan skape en annen innsikt i teamet, sammenlignet med enkelt intervjuer. I Sarpsborgmodellen er samarbeidet mellom psykiske helsearbeidere betydningsfullt og det kan være spennende å trekke frem

dette elementet også i en intervjusituasjon. Fokusgruppeintervju kan gi informantene en mulighet til å snakke sammen om temaer som de vanligvis ikke snakker om. Gjennom en felles samtale rundt temaene, kan ny informasjon bli tilgjengelig og informantene kan oppleve at de «får noe igjen» for å delta på fokusgruppeintervjuet. Temaet for dette forskningsprosjektet vil være relevant for alle informantene, da det handler om deres erfaringer i arbeidet de gjør. Alle erfaringer og opplevelser som deles i intervjuet vil derfor være spennende å trekke frem, og kan bidra til at flere perspektiver kommer frem og at samhandlingen fremmes (Malterud, 2017).

Fokusgruppeintervju ledes av en moderator og en sekretær. Moderatoren skal legge til rette for at så mange synspunkter som mulig kommer frem om temaet som belyses, gjennom en ikke-styrende intervjustil. Sekretæren tar notater underveis og har en gylden mulighet til å observere samspillet som oppstår i intervjusituasjonen (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). På bakgrunn av min tilknytning i Sarpsborgmodellen, valgte jeg å ikke være moderator. Jeg ønsket å ha en viss avstand til informantene og til temaene som ble tatt opp i intervjuene, slik at prosessen minst mulig skulle farges av meg som kollega. Min rolle som sekretær i fokusgruppeintervjuene ble å observere samhandlingen i gruppene, ta feltnotater underveis, notere stemning og andre interessante betraktninger som ikke kom frem på lydbånd. Jeg noterte også navn og replikker fortløpende, dette for å kunne sikre informasjonen i analysearbeidet. Avslutningsvis hadde jeg som oppgave å oppsummere det som hadde blitt sagt av informantene, for å forsikre meg om at det som var blitt sagt, stemte overens med det jeg hadde oppfattet. Dette er med på å sikre *intern validitet* (Malterud, 2012). Som moderator for fokusgruppeintervjuene, valgte jeg en kollega som jobber i samme virksomhet, men som ikke er tilknyttet Sarpsborgmodellen. Han har forståelse og bakgrunnskunnskap om arbeidet som gjøres i modellen. Videre har han de egenskapene som skal til for å være en god moderator, som er å kunne styre samtalen, holde struktur og bruke tiden hensiktsmessig. Moderator skal skape en trygg og god atmosfære, slik at informantene kan uttrykke seg og at motstridende synspunkter kan komme frem (Kvale et al., 2015).

3.5 Deltakelse og rekruttering

I fokusgrupper er det vanlig å ha fem til åtte informanter (Kvale et al., 2015). I Sarpsborgmodellen er det totalt elleve psykiske helsearbeidere som jobber i modellen og jeg inviterte alle til å delta i forskningsprosjektet. Inklusjonskriteriene for å delta var at man måtte

være psykiske helsearbeider, jobbe i Sarpsborgmodellen og være ansatt i kommunehelsetjenesten. Mange av informantene hadde kjennskap til hverandre, noe som kan bidra til at det oppstår en god gruppedynamikk. En god gruppedynamikk kan bidra til flere fortellinger og diskusjoner, og bringer frem andre erfaringer og fortellinger (Malterud, 2012). Gruppen hadde mange likhetstrekk og stor grad av homogenitet. Dette kan bidra til en større samhandling i gruppen som kan fremme konstruktive assosiasjoner. Samtidig er variasjon og bredde viktig i kvalitativ forskningsmetode, da det er ønskelig å fremme ulike synspunkter og variasjoner innad i gruppen (Malterud, 2012, 2017).

3.6 Utarbeidelse av intervjuguide

I fokusgruppeintervjuer er det ønskelig at det prates fritt omkring et tema og at samtalen skal være så åpen som mulig. En semistrukturert intervjuguide benyttes for å sikre at temaet blir belyst og at forskningsspørsmålene besvares (Malterud, 2017). Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene ved utarbeidelse av intervjuguiden.

Intervjuguiden består av fire temaer (se vedlegg 1). Til hvert tema er det flere punkter med hjelpespørsmål. Hjelpespørsmålene hadde til hensikt å holde moderator på riktig spor og til å gi informantene inspirasjon til intervjuet. Det er brukt åpne spørsmål i intervjuguiden, for å fremme utfyllende svar. Språket i intervjuguiden er av hverdagslig karakter og spørsmålene ble formulert på en enkel og forståelig måte (Kvale et al., 2015). Intervjuguiden ble sendt ut til informantene før intervjuet, slik at de hadde anledning til å forberede seg, hvis de ønsket det.

3.7 Gjennomførelse av intervjuene

Før dette forskningsprosjektet ble i gang satt, presenterte jeg prosjektet for min virksomhetsleder i Sarpsborg kommune og fikk en godkjenning for gjennomføringen. Deretter ble virksomhetsleder i Rakkestad kommune kontaktet, hvor forskningsprosjektet ble presentert og informasjon om hva en deltakelse for deres ansatte ville innebære. Gjennom virksomhetslederen i Rakkestad fikk jeg kontaktinformasjon til aktuelle informanter og sendte de en e-post, med invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet. I e-posten ble hensikten med forskningsprosjektet beskrevet og at datainnsamlingen ville foregå gjennom fokusgruppeintervju. Tilbakemeldingene var positive fra begge kommunene og alle inviterte informanter ønsket å delta. Intervjuguiden ble sendt ut i god tid før intervjuene skulle holdes,

slik at informantene kunne forberede seg og eventuelt kontakte meg vedrørende spørsmål. Kjenner informantene til temaene som skal belyses, kan det bidra til at informantene lettere åpner opp og tar til ordet under intervjuet (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). Samtykkeerklæringen ble også sendt ut i forkant. Et *informert samtykke* er et skriftlig dokument som beskriver overordnede formål og prosedyrer, det vil si hvordan datainnsamlingen vil foregå, hvem som vil få tilgang til dataene, forskerens rett til å offentliggjøre deler av intervjuet og informantenes rett til å få adgang til de kvalitative dataene (Kvale et al., 2015).

Det var ti av totalt elleve som hadde anledning til å delta, hvor en først takket ja, men som senere måtte trekke seg. I utgangspunktet var det ønskelig med en strategisk sammensatt gruppe, ut fra ulike faggrupper og arbeidsplass for å belyse problemstillingen fra flere perspektiv (Kvale et al., 2015). Det viste seg å være vanskelig og organisere dette rent praktisk med tanke på reisevei og tidsbruk, og flere av informantene uttrykket dette som utfordrende. Dermed valgte jeg å fordele gruppene etter arbeidsplass. Hver gruppe bestod av fem informanter. I den ene gruppen var det mer gunstig for informantene at intervjuet ble holdt like etter arbeidstid og for den andre gruppen passet det best midt på dagen. Det ble informert om intervjuets varighet på en time. Jeg og moderator hadde et samarbeidsmøte før fokusgruppeintervjuene, hvor vi fordelte arbeidsoppgaver og ble enige om gjennomføringen. Intervjuguiden ble gjennomgått i fellesskap og vi ble samkjørte på temaene og hjelpespørsmålene. Videre snakket vi om viktigheten av å skape en trygg atmosfære, slik at informantene kan åpne seg og prate fritt. Det ble servert frukt, kjeks og kaffe for å underbygge en god atmosfære. Som en innledning til intervjuene presenterte jeg meg selv, snakket om formålet med prosjektet og gjennomgikk samtykkeerklæringsskjemaet. Moderator presenterte seg og vi avklarte våre roller under intervjuene. Jeg forklarte hensikten med å bruke diktafon, hvem som ville ha tilgang på dataene og hvordan datamaterialet ville bli brukt, anonymisert og slettet. Samtykkeerklæringen ble også gjennomgått sammen med gruppen, til tross for at denne var sendt ut i forkant. Dette valgte jeg å gjøre for å forsikre meg om at informantene hadde forstått innholdet. Informasjon om at informantene når som helst kunne trekke seg fra deltakelsen i forskningsprosjektet ble presisert. Skjemaene ble undertegnet før lydopptakerne og selve intervjuene startet. Intern validitet ble sikret gjennom at moderator oppsummerte fortløpende under intervjuene, da det opplevdes som mest naturlig i denne settingen. Intervjuene hadde en varighet på omtrent en time hver. Jeg tok feltnotater underveis. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og lydfilene ble etter intervjuene overført til en kryptert minnepenn og umiddelbart slettet fra diktafonen.

3.8 Transkribering

Transkribering er transformasjonen fra muntlig samtale til skriftlig tekst. Denne prosedyren gjør intervjusamtalene tilgjengelig for analyse (Kvale et al., 2015). Transkriberingen skal ivareta informantenes erfaringer og opplevelser, derfor er det viktig å være tro og lojal til det opprinnelige materialet. Som forsker skal man ta høyde for at man ikke får med seg alt som blir sagt, og dette kan typisk oppstå i fokusgruppeintervjuer hvor flere snakker samtidig. Forskeren må transkribere etter beste evne og formidle det informantene forteller på en tro måte (Malterud, 2017). Som sekretær var jeg tilstede under intervjuene. Dette var et bevisst valg fra min side, slik at jeg i transkripsjonsarbeidet kunne være mest mulig tro til utsagnene og unngå at mening gikk tapt eller at informasjon forvrenges (Malterud, 2017). Jeg noterte relevante observasjoner, stemmeleie, kroppsspråk, bruk av humor og pauser. Dette er informasjon som forsvinner når tale omgjøres til tekst gjennom lydbånd (Kvale et al., 2015). Jeg valgte å transkribere materialet selv og gjorde det kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Dette sikret at de sosiale og emosjonelle aspektene kom frem og sikrer at jeg som forsker er tro mot det informantene formidlet (Kvale et al., 2015). Det transkriberte materialet fra begge fokusgruppeintervjuene utgjorde omtrentlig 40 sider med rådata.

3.9 Analyse

I analysearbeidet lot jeg meg inspirere av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Hensikten med dette forskningsprosjektet var og belyse psykiske helsearbeideres erfaringer og opplevelser i arbeidet med Sarpsborgmodellen.

Problemstilling for oppgaven er «*Psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen – hvilke erfaringer er gjort så langt i arbeidet med modellen*». Det er problemstillingen som ligger til grunn for å systematisere og bearbeide materialet. Analysen ble gjennomført i fire trinn, hvor første trinn var å danne et helhetsinntrykk av materialet. Det er viktig med en gjennomlesning av rådata, for å få et helhetlig inntrykk av hva det handler om (Malterud, 2017). Jeg leste gjennom materialet flere ganger med mål om å identifisere temaer som kunne belyse mine forskningsspørsmål: *Hvilke faglige utfordringer møter psykiske helsearbeidere i arbeidet med familiene i Sarpsborgmodellen? Hvordan oppleves samarbeidet med andre instanser rundt familiene som deltar i Sarpsborgmodellen? Hvordan skape gode behandlingsforløp i Sarpsborgmodellen?*

Etter flere gjennomlesninger av materialet, kom jeg frem til syv foreløpige temaer: samarbeid, tverrfaglighet, relasjoner, trygghet, struktur, psykoedukasjon og gruppeprosess. I trinn to skal man finne meningsdannende enheter. Formålet er å finne tekst som belyser forskningsspørsmålene på en nyansert måte og som understøtter de foreløpige temaene (Malterud, 2017). Jeg benyttet farger for å identifisere de meningsbærende enhetene. I dette trinnet ble 40 sider rådata kortet ned til totalt 17 sider. I trinn tre ble innholdet i de meningsdannende enhetene abstrahert. Underveis i analysearbeidet ble temaene og kodene sammenfattet og kondensert ned til to hovedtemaer og følgende syv underkategorier:

1. Anerkjennelse
 - 1.1. Trygge relasjoner
 - 1.2. Den terapeutiske relasjonen
 - 1.3. Gruppeprosess

2. Faglig felles plattform
 - 2.1. Psykoedukasjon
 - 2.2. Struktur
 - 2.3. Tverrfaglighet
 - 2.4. Samarbeid utenfor Sarpsborgmodellen

- 3.9 Etiske betraktninger

For å kunne forske på en etisk forsvarlig måte i kvalitativ metode, skal forskeren sette seg inn i etiske retningslinjer som omhandler informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle, samt lovverk og etiske prinsipper (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017).

Gjeldene lovverk for forskning med mennesker er personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Helsinkideklarasjonen sammenfatter de etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker (Malterud, 2017). Etiske betraktninger skal integreres i alle fasene i et forskningsprosjekt og som forsker skal man ta hensyn til etiske betraktninger i hele forløpet, fra oppstart av prosjektet til sluttresultatet er ferdigstilt (Kvale et al., 2015). Regionalt Etisk Komite (REK) ble kontaktet og det viste seg at dette forskningsprosjektet ikke var meldepliktig. Videre ble prosjektet meldt inn og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) før datainnsamlingen startet.

Som forsker skal man overveie om verdien av prosjektet har nytteverdi for samfunnet (Kvale et al., 2015). Temaet for dette forskningsprosjektet omhandler psykiske helsearbeideres opplevelser og erfaringer i deres arbeidshverdag. I utgangspunktet anses ikke psykisk helsearbeidere som en sårbar gruppe, og temaet for dette prosjektet er ikke av sensitiv karakter. Det er totalt elleve personer som er tilknyttet Sarpsborgmodellen på landsbasis og ti av disse deltok i forskningsprosjektet. Et etisk dilemma kan være fare for at informantene gjenkjennes. For å kunne ivareta konfidensialiteten blant informantene, ble det viktig i analysearbeidet å bruke et nøytralt språk, slik at informantene ikke gjenkjennes på dialekt eller andre særegne pratemåter. Hvis informasjonen potensielt kan være gjenkjennbar, skal informantene være innforstått med dette (Kvale et al., 2015). Informantene fikk informasjon om at det kan være en mulighet for at de kan gjenkjennes, men ingen av informantene gav uttrykk for at gjenkjennelse var problematisk. På bakgrunn av dette ble forsker og informantene enige om at dette forskningsprosjektet ikke trenger klausul. Videre ble det gitt informasjon om mulige risikofaktorer og fordeler ved deltakelse. Det ble informert om at deltakelse er frivillig og at informantene når som helst kan trekke seg ut av prosjektet (Kvale et al., 2015). Etter intervjuene ble lydfilene fra diktafonen overført til en kryptert minnepenn, og lydfilene ble slettet fra diktafonen. Under transkriberingsarbeidet ble en PC uten internettilgang benyttet. Materialet ble oppbevart i et låsbart skap på forskerens kontor. ROS-skjema ble fylt ut i samarbeid med veileder, for å vurdere risiko i forskningsprosjektet. Opptak slettes ved prosjektslutt.

3.10 Metodediskusjon

Med min bakgrunn i fagfeltet som både psykisk helsearbeider og med egen tilknytning til Sarpsborgmodellen, har jeg måtte være bevisst på min rolle gjennom alle fasene i prosjektet. Når man forsker i eget fagfelt kan datamaterialet påvirkes. Det er derfor viktig å være bevisst over «blinde flekker», det vil si at forskeren ikke stiller spørsmål rundt det forskeren tas for gitt. Forskeren kan få en form for dobbelthet, hvor man på den ene siden har en fordel fordi man har stor tilgang til å forstå feltet, men på den andre siden kan man ta mye for gitt og «gå blind» (Thornquist, 2018). Jeg har måtte jobbe aktivt å sette mine antakelser og fordommer til side under dette arbeidet. Veileder har hatt en viktig funksjon i forskningsprosessen og har fulgt meg tett i metodearbeidet. Det har vært nyttig å drøfte utarbeidelse av intervjuguide og analysearbeidet med en utenforstående person som er objektiv og uten samme tilhørighet til Sarpsborgmodellen. Videre har det vært utfordrende å holde fokus på psykiske

helsearbeideres perspektiv gjennom analysearbeidet. Som psykomotorisk fysioterapeut er jeg vant til å jobbe pasientrettet og ha blikket rettet mot de. Jeg er tilknyttet Sarpsborgmodellen og kjenner mange av pasientene som deltar i modellen. Dessuten omhandler mye av forskning som jeg leser, om pasienters erfaringer. Det faller meg naturlig og innta pasientperspektivet. Derfor har jeg måtte være bevisst på hvilket perspektiv dette forskningsprosjektet rettes mot, og jeg har måtte flytte fokus og «hente meg inn» flere ganger i prosessen. Det har vært helt nødvendig med et tett samarbeid med en objektiv veileder i analysearbeidet, for å holde riktig fokus og unngå at mine antakelser kommer i veien for de faktiske funnene.

Som datainnsamlingsmetode valgte jeg fokusgruppeintervjuer. Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju per gruppe. Jeg ønsket et strategisk utvalg av informanter, hvor det var informanter fra begge kommunene i hver gruppe. Dette kunne bidra til flere perspektiver, større mangfold og nyanser i datamaterialet (Malterud, 2012). Etter flere invitasjoner til møtetidspunkter oppdaget jeg ganske tidlig at det ikke var enkelt for informantene og møtes i blandede grupper, med tanke på reisevei og ulike arbeidstider. Dermed tok jeg et valg om å endre gruppesammensetningen og delte inn fokusgruppene ut fra arbeidsplass. I ettertid ser jeg at dette var et godt valg, fordi datamaterialet var rikt fra begge gruppene. Dette handlet nok i stor grad om at informantene kjente hverandre godt og de var trygge i de omgivelsene de ble intervjuet i (Malterud, 2012).

Tidlig i prosessen tok jeg et valg om å ikke være moderator under fokusgruppeintervjuene. Dette valget tok jeg fordi det ville vært utfordrende for meg å innta en tilbaketrukket rolle under intervjuene, samtidig som at materialet antageligvis ville blitt påvirket av min rolle som både kollega og forsker. Under intervjuene valgte jeg å være sekretær, fordi jeg ønsket å være tilstede under intervjuene for å kunne ta feltnotater og for å være en del av prosessen. Det gav meg også en trygghet i at temaene ble belyst. Det viste seg at min tilstedeværelse under intervjuene virket positivt i transkriberingsarbeidet, da jeg husket hva som ble sagt og av hvem, og på hvilken måte det ble sagt. Til tross for mine positive erfaringer i sekretærrollen, kan det tenkes at min tilstedeværelse påvirket prosessen. Det kan tenkes at informantene ikke var helt ærlige rundt temaene som berørte min rolle som psykomotorisk fysioterapeut i Sarpsborgmodellen, som «tverrfaglighet», «samarbeid» og «struktur». Det hadde vært interessant å se hvordan datamaterialet hadde forandret seg, hvis jeg ikke var tilstede under intervjuene.

Et annet dilemma ved å forske på egen arbeidsplass er hvordan forskerens rolle kan påvirke prosessen. Når det forskes på kolleger, kan de føle seg presset til å delta i forskningsprosjektet og det kan være vanskeligere å si nei. Samtidig kan det oppleves som tryggere for kolleger å delta i et forskningsprosjekt i et kjent miljø og med kjente mennesker. I kvalitativ metode blir kunnskapen til gjennom samtale, men det forutsetter at begge parter har gjensidig tillit og respekt for hverandre (Johannessen et al., 2006; Malterud, 2017). Informantene som deltok i fokusgruppeintervjuene kjenner hverandre godt og er likestilte i arbeidet med modellen, til tross for noen ulike arbeidsoppgaver innad i gruppene. Dette har vært en viktig del av overveielser rundt fokusgruppeintervju og har vært en forutsetning for at jeg valgte å benytte fokusgruppeintervjuer som datainnsamling. Hadde informantene hatt ulike oppdrag i arbeidet med ulike mål og store rollefordelinger, kan det tenkes at det ville blitt vanskeligere for alle å snakke fritt og åpent. Hadde dette vært tilfelle, hadde jeg antakeligvis valgt enkeltintervjuer som datainnsamlingsmetode, eventuelt supplert med noen enkeltintervjuer i tillegg til fokusgruppeintervjuene.

Intervjuguiden ble sendt ut til alle informantene før intervjuene. Hensikten var å gi informantene mulighet til å tenke gjennom temaene og stille forberedte til intervjuet. Tanken var at dette ville bidra til informantene opplevde større grad av forutsigbarhet og trygghet. Både jeg og moderator opplevde at noen av informantene fulgte intervjuguiden som en form for «oppskrift» under fokusgruppeintervjuene. Det bidro til at intervjusituasjonen ble noe mindre spontan. I ettertid ser jeg at det kunne vært mer hensiktsmessig og sende ut temaene for intervjuet og ikke intervjuguiden i sin helhet. Moderator oppfordret informantene til å komme med konkrete eksempler på erfaringer som de har med seg fra arbeidet i Sarpsborgmodellen. Disse konkrete eksemplene var godt inn i analysearbeidet, da de konkrete fortellingene skapte mer robuste data (Malterud, 2012). Det var moderator som oppsummerte det informantene fortalte underveis i intervjuene. Dette ble naturlig og informantene fikk da en mulighet til å gjøre seg forstått, samtidig som at jeg fikk anledningen til å notere utsagnene til analysearbeidet.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Gjennom analyseprosessen kommer det frem flere interessante betraktninger som er med på å belyse forskningsspørsmålene i dette prosjektet. Det viser seg at informantene har både positive opplevelser og utfordringer knyttet til arbeidet i Sarpsborgmodellen. Noe av det informantene opplever som positivt i dette arbeidet handler om samarbeidet internt i modellen, hvor struktur og tverrfaglighet trekkes frem. Informantene deler også suksesshistorier og gode tilbakemeldinger fra pasientene. Det som oppleves som utfordrende blant informantene handler om eksternt samarbeid og fordeling av arbeidsoppgaver med andre aktører, samt gruppeprosess og endringer i gruppesammensetningen. Resultatene fra analysen presenteres i to overordnede temaer med følgende underkategorier (se figur 2). Temaene og underkategoriene presenteres i kapitler med påfølgende sitater fra informantene.

Hovedtema	Undertema
Anerkjennelse	Trygge relasjoner Den terapeutiske relasjonen Gruppeprosess
Felles faglig plattform	Psykoedukasjon Struktur Tverrfaglighet Samarbeid utenfor Sarpsborgmodellen

Figur 2: Presentasjon av funn i tabell.

4.1 Anerkjennelse

Anerkjennelse er et begrep innenfor relasjonsteori som viser seg å ha stor betydning i det relasjonelle arbeidet i Sarpsborgmodellen. Anerkjennelse er sentralt for relasjon mellom pasientene, i relasjonen til behandlerne og som en del av gruppeprosessen. Funnene presenteres i temaene «trygge relasjoner», «den terapeutiske relasjonen» og «gruppeprosess».

4.1.1 Trygge relasjoner

Det kommer frem gjennom analysen at mange av pasientene som deltar i Sarpsborgmodellen har utfordringer når det gjelder relasjoner til andre mennesker. For at gode relasjoner skal kunne etableres i modellen, forteller informantene at pasientene må ha en følelse av trygghet, ivaretagelse og aksept. Pasientene treffes ukentlig over to år og gjennom denne perioden, deler de sine hverdagsliv med oppturer og nedturer. De blir godt kjent med hverandre gjennom Sarpsborgmodellen og i samtalene som oppstår rundt lunsjbordet, viser analysen at det kan oppstå gyldne øyeblikk i relasjonen med pasientene. Informantene beskriver at når pasientene blir trygge i relasjonen til hverandre gir de hverandre støtte, råd og omsorg. En informant beskriver hvordan pasientene viser omsorg for hverandre når overveldende følelser oppstår.

«Hvis vanskelige temaer blir tatt opp og som noen kjenner er vanskelig, da kommer det tårer. Det er ikke så ofte det forekommer, da. Men da ser man at en av de andre pasientene har strøket den som gråter på skulderen og er i varetagende. Det er mye bra i forhold til at de ser hverandre i forhold til følelser.»

Informantene har erfart at noen pasienter utvikler nære relasjoner til hverandre. Det kommer frem i analysen at mange av familiene som deltar i Sarpsborgmodellen eller som nylig har avsluttet forløpet, møtes på fritiden. Informantene forteller at noen av pasientene også har jevnlig kontakt på sosiale medier. Sitatet nedenfor beskriver en konkret episode hvor stor betydningen pasientene kan få for hverandre.

«Hun ene som har sluttet var her med en lue til en annen mamma, som hun hadde strikket til en av barna som går her. Da hørte jeg at det var en annen mamma som lurte på om det gikk an å bestille til hennes unge. Det er mye positivt som skjer hos mødrene, synes jeg.»

Informantene erfarer at relasjonen mellom behandlerne og pasientene i Sarpsborgmodellen kan etableres og bli god, hvis pasientene opplever og bli anerkjent. Det kommer frem i analysen at informantene legger mye arbeid i å etablere trygge relasjoner og at det krever bestemte personlige egenskaper for å få dette til. De forteller at sensitivitet, tilstedeværelse og

varme er viktige egenskaper i møtet med pasientene. I sitatet nedenfor beskriver en informant hva som kan bidra til at pasientene opplever anerkjennelse i relasjonen til behandlerne. «Det er de små tingene, at vi ser den mammaen som har for mye å bære på, vi tar opp det barnet, knyter opp den lua. Alle de små tingene og detaljene, som vi bare bruker blikket vårt og ser.»

Analysen viser også at pasientene opplever anerkjennelse gjennom aksept og åpenhet. Informantene forteller at pasientene opplever at det er godt å delta i gruppen, også på dager hvor de har det vanskelig. Pasientene har gitt behandlerne tilbakemeldinger på at de føler seg gode nok som de er. En informant beskriver pasientenes opplevelse av aksept i følgende sitat.

«De sier at det er godt å komme til en plass hvor man kan være seg selv med skavanker og få lov allikevel til å kjenne seg ivaretatt og ikke trenger å ha på seg en maske. At de kan komme på en dårlig dag.»

Det kan se ut som at forutsigbarhet er en viktig del av det å etablere trygge relasjoner. En måte å skape forutsigbarhet på i Sarpsborgmodellen er ifølge informantene, og ha en bestemt struktur med faste rammer. Informantene opplever at strukturen er viktig også for behandlerne, og at dette bidrar til følelse av trygghet for gruppen som helhet. I hver gruppe er det tre behandlere som deltar samtidig og det rullerer ukentlig på hvilke behandlere som er med i gruppen. Informantene er bevisste omkring arbeidsfordelingen og betydningen av denne for å etablere trygghet. Sitatet beskriver informantene hvordan de er bevisste på sin rolle. «Det å beholde den tryggheten i gruppa, kontinuitet og at vi er de faste, er fint. Vi trekker ikke inn noen andre til å vikariere, det tenker jeg at det er en kjempe viktig faktor.»

4.1.2 Den terapeutiske relasjonen

Den terapeutiske relasjonen viser seg å være betydningsfull for informantene, i arbeidet med Sarpsborgmodellen. Informantene trekker frem egenskapene varme, tålmodighet og lekenhet, som viktige egenskaper for å etablere en terapeutisk relasjon. Det kommer frem i analysen at kunnskap og interesse for fagfeltet er avgjørende, samt at behandlerne er bevisste på sine styrker og svakheter. Det er flere av informantene som forteller at det er viktig å by på seg selv og være menneskelige, samtidig som man bevarer en profesjonell rolle.

«Vi må ha en bevisst holdning til det personlige og private, vi må by på oss selv og det er jo det beste de vet. Hva vi er gode på, hva vi sliter med, at vi liksom, den alminneliggjøringen som vi snakket om i stad, at vi er et «vi» da. Og ikke et «de og dem.» Skape et fellesskap.»

Gjennom analysen kan det se ut som at trygge rammer i en uformell setting er med på å bidra til at pasientene kan senke skuldrene og finne roen i gruppen. Informantene forteller at settingen i gruppetiden kan oppfattes som uformell og lite planlagt, men at det ligger en stor faglighet i jobben som gjøres. Den uformelle settingen har til hensikt å gi bedre tilgang til etablering av gode terapeutiske relasjoner og alliansearbeid. Informantene er opptatte av at forskjellen mellom behandlerne og pasientene skal være mindre tydelig, men at det samtidig er viktig med en forskjell i rollene.

«Jeg tenker at det kan virke veldig uformelt det vi gjør, men det er høyst gjennomtenkt. Det virker liksom så uformelt fordi samværet er lagt opp på en uformell måte. Men det er ikke tilfeldig. Det uformelle ved det som gjør mødrene faller sånn til ro. Det skal være en uformell setting og så skal vi ha en høy grad av faglighet inn i det.»

I Sarpsborgmodellen er det gjennomsnittlig syv pasienter og syv barn i hver gruppe. Pasientene og barna har alle ulike behov, og informantene har erfart at det kan være utfordrende å ivareta alle behovene som oppstår under gruppetiden. Informantene opplever at både pasientene og barna har behov for å føle trygghet, og informantene erfarer at pasientene blir trygge hvis barna føler seg trygge, og omvendt. I den terapeutiske relasjonen forteller informantene at det er viktig for behandlerne å møte mange forskjellige behov og samtidig ivareta pasientene og barna.

«Man møter både mor og barn og man skal ivareta begge. Vi skal ha to sinn i vårt sinn på samme tid. Det kan være mye når de kommer inn døra, og da og ha det profesjonelle i fokus og møte begge på riktig måte.»

Informantene forteller at mye av tiden i Sarpsborgmodellen handler om å etablere gode terapeutiske relasjoner. Dette jobbes med også utenom selve gruppetiden. Pasientene har oppfølging av psykologspesialist, hvor de sammen gjennomgår AAI. I tillegg til dette har de

oppfølging av sin primærkontakt i Sarpsborgmodellen, som er en av gruppelederne. Her møtes pasientene og behandlerne på tomanns hånd, og får dermed muligheten til å snakke om sensitive temaer. Informantene har opplevd at noen pasienter kan streve med motivasjonen til deltakelse i modellen. Samtidig har de erfaringer som tilsier at hvis pasientene først deltar i gruppen, så vil de aller fleste trives og gjennomføre hele forløpet. På bakgrunn av denne erfaringen bruker behandlerne tid på å motivere til deltakelse, som en informant beskriver i følgende sitat.

«Vi springer litt etter folk. Vi vet at det er folk som strever i utgangspunktet. Det går ikke an å tenke sånn man gjør i andre sammenhenger; «tre ganger ikke møtt, nei da mister du tilbudet.» Det går ikke an å tenke sånn med disse mødrene. Vi må springe litt etter.»

Informantene deler flere suksesshistorier på vellykkede forløp for familiene i Sarpsborgmodellen. De har erfart at pasientene uttrykker tilfredshet med deltakelse i modellen, og behandlerne får positive tilbakemeldinger fra familiene både underveis og avslutningsvis. Informantene opplever at det er viktig å trekke frem de gode historiene, da det gir motivasjon og ny giv til arbeidet videre. Sitatet nedenfor beskriver en tilbakemelding fra en pasient som har avsluttet et forløp i Sarpsborgmodellen.

«Det er veldig godt å høre mødrene si at «dette her er noe helt annerledes enn de helsestasjonsgruppene. Her blir jeg sett og hørt og tatt på alvor. Det er ikke om å gjøre å være best. Her kan jeg komme som jeg er. Jeg kan komme på en dårlig dag og jeg blir ivaretatt.» Det er kjempe fine tilbakemeldinger å få.»

4.1.3 Gruppeprosess

Sarpsborgmodellen er lagt opp som en ukentlig gruppe og har et rullende inntak, hvor det jevnlig kommer nye pasienter til gruppen og forløpende avsluttes pasientforløp. Det betyr at det ofte kan være utskiftninger i gruppesammensetningen. Informantene opplever at dette påvirker gruppeprosessen og at det er i perioder er svært krevende. De forteller at det krever stor omstillingsevne, fleksibilitet og «et godt blikk» for å kunne ivareta pasientene på en god måte.

«Når det kommer nye inn i gruppen, så er det litt utfordrende og falle på plass for dem som kommer. Det kommer jo nye som vi bare må møte der og da, selv om vi har et opplegg i Sarpsborgmodellen som vi også ønsker å følge. Men det er det som skjer, det skjer og må tas først.»

Informantene opplever at gruppeprosessen og møtene pasientene har med hverandre, er med på å skape endringer. I analysen ser det ut som at pasientene gjennom gruppeprosessen deler erfaringer med hverandre, viser støtte og står sammen om de felles utfordringene mange har. Sarpsborgmodellen gir pasientene en arena hvor de kan prate åpent om sine psykiske, fysiske og relasjonelle vansker, samt utfordringer i samspillet med barnet sitt. Informantene oppfatter pasientene som åpne og ærlige med hverandre og at gir hverandre råd. Informantene har erfart at gode gruppeprosesser er avgjørende for vellykkede forløp. I sitatet nedenfor beskrives et vellykket forløp, hvor gruppeprosessen har hatt stor innvirkning.

«Hun jobbet med seg selv hele veien med å tørre og hevde seg selv. Det hun brukte mye gruppa til var jo å bli sterk, sterk i seg selv. Tørre å hevde sine og barnets behov. Det var ikke sånn kjempe store utfordringer med samspillet, men det var mange risikofaktorer. Hvis hun hadde blitt værende i det hun levde i, så kunne det ha vært i risiko for barnets helse videre.»

4.2 Felles faglig plattform

En felles faglig plattform viser seg å ha stor betydning for arbeidet som gjøres i Sarpsborgmodellen. Informantene opplever og erfarer at det å ha en felles faglig forståelse, gir økt kvalitet på arbeidet som utføres i og utenfor modellen. «Psykoedukasjon», «struktur», «tverrfaglighet» og «samarbeid utenfor Sarpsborgmodellen» er temaer som inngår i felles faglig plattform og presenteres nedenfor.

4.2.1 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en stor del av Sarpsborgmodellen og det blir tydelig gjennom analysen at psykoedukasjon er sentralt i dette arbeidet. Pasientene får psykoedukasjon gjennom temaer som tas opp fra gruppelederne og psykologspesialisten og gjennom psykomotorisk fysioterapi. Pasientene deltar også på COS-P kurs. Informantene erfarer at pasientene tilegner

seg psykoedukasjon på en god måte og at de utvikler seg positivt i tilknytningen med barnet deres. COS-P lærer pasientene å forstå barnets behov på en ny måte, gjennom trygghetssirkelen. Informantene beskriver flere sterke øyeblikk hvor pasientene har tilegnet seg COS-P-tankegangen, og hvordan disse endringene viser seg i samspillet mellom de og barna deres.

«Mor gav veldig tydelig uttrykk at etter hvert som de hadde gått COS-P, så oppfattet de barnets gjøremål veldig annerledes. Før var det sånn at «han gjør det bare for oppmerksomhet» til å tolke det som noe meningsfulle kontaktsignaler. Da tenker jeg at man reflekterer helt annerledes og møter det helt annerledes også.»

Informantene erfarer at flere av pasientene blir tryggere i hvordan de oppfatter barnas behov etter fullført COS-P kurs og samspillet mellom de styrkes. Informantene observerer at det skjer en personlig utvikling hos pasientene og at dette er med på å styrke tilknytningen. Pasientene får en bedret selvtillit, de får større tiltro til seg selv i rollen som mor og de får en forståelse av hvordan deres tidlige erfaringer påvirker situasjoner med barnet deres i dag. I sitatet nedenfor beskriver en informant en tilbakemelding fra en pasient som beskriver dette.

«Jeg er god nok som jeg er, jeg er god nok til å være mamma for mine barn, nå vet jeg hva jeg skal gjøre. Etter at jeg begynte her i Sarpsborgmodellen, tatt det kurset og fått veiledning, så vet jeg hvordan jeg skal tenke. Jeg får satt ord på hva det er jeg skal gjøre.»

Behandlerne som er tilknyttet Sarpsborgmodellen har alle gjennomgått et sertifiseringskurs i COS-P. Dette har gitt de et felles språk, en felles fagkompetanse og forståelse i tilknytningsarbeidet. Informantene forteller at det er helt nødvendig at alle behandlere i Sarpsborgmodellen har den samme kunnskapen, for å kunne «dra i samme retning», både i det praktiske arbeidet med modellen, men også i samspillet mellom pasientene og barna deres. COS-P har mange begreper som det er viktig at alle forstår. Informantene er tydelige på at om ikke pasientene hadde hatt COS-P, ville det vært vanskelig å jobbe mot et felles mål. I sitatet nedenfor belyser informantene hvordan COS-P benyttes som et felles språk i tilknytningsarbeidet.

«Da observerte jeg at barnet var på full fart inn mot mammaen, så bråsnudde barnet seg og satte seg ned. Barnet brukte ikke mammaen helt inn som trygg havn. Da hadde jeg påpekt spesifikt at *«det kan se ut som at barnet søker helt inn men at han ikke kommer helt inn.»* Og det ble hun veldig opptatt av og jobbet mye med å se om barnet søkte inn og tok barnet helt inn og begynte å prate en del om dette selv: *«nå tar jeg barnet helt inn»*. Og så kan man bli litt redd for at *«blir dette her helt mekanisk, at jeg skal holde han»*, men det virket ikke sånn. For det så man jo på barnet, at det faktisk begynte å bruke henne og gå helt inn.»

4.2.2 Struktur

I analysearbeidet kommer det frem hvor viktig strukturen i Sarpsborgmodellen er for arbeidet. Informantene beskriver at det er struktur knyttet til forberedelse av gruppe, under selve gruppetiden og journalmøtet. Mye av strukturen omhandler de praktiske gjøremålene, som å handle mat og vaske leker. Det går stort sett av seg selv, og informantene mener at det handler om at behandlerne er samkjørte og samarbeider godt. En utfordring som mange av informantene beskriver som utfordrende, er tidsbruken i Sarpsborgmodellen. De opplever at det går mye tid til arbeidet med familiene og modellen, ofte mer tid enn det er satt av. Sarpsborgmodellen er en dag per uke, men informantene erfarer at det går mer tid til dette arbeidet enn kun den ene dagen i uken. Informantene opplever at det tar tid å handle inn mat, planlegge temaer for gruppe, avtale datoer for kveldssamlinger, forberedelser, uforutsette samtaler og annet individuelt oppfølgingsarbeid. Det hender også at behandlerne må hente pasienter til gruppetiden. Det går mye tid til gjennomføring av AAI og individuelle samtaler med pasientene. Dessuten kan det kan være vanskelig å finne møtetidspunkter som passer for både pasient og behandler. Informantene opplever at tiden som er satt til arbeidet knyttet opp mot selve gruppen er tilfredsstillende, men at tiden blir knapp når uventede situasjoner oppstår. I sitatet under forteller en informant hvordan hun opplever dette med tidsbruk.

«Rammene er utfordrende. Det tar ofte tid, mye mer tid enn hva som er satt av.»

Det å ha tid til å snakke sammen etter gruppa, det kjenner jeg på at det vi ikke alltid får til. Noen skal kjøres hjem og noen skal rydde, noen har avtaler.»

Det ser ut til at liten tid kan ha konsekvenser for det arbeidet som utføres i modellen. Informantene erfarer at det krever stor grad av tilstedeværelse når man er i gruppen, både i forhold til å observere det som skjer i rommet, og samtidig skulle møte de ulike behovene som oppstår underveis. Informantene har erfaringer om hvordan arbeidet påvirkes av mangel på tid til forberedelser.

«Det handler om at vi har trygghet oss imellom. Vi vet hvor vi har hverandre vi som jobber her. Har vi forberedt oss på det praktiske på forhånd, så har vi tid til å være der og bruke øynene og ta imot mor og barn.»

Tiden som er satt av til journalføring, drøftinger av observasjoner, evaluering av dagen samt annet skriftlig arbeid, foregår umiddelbart etter gruppen. Strukturen på journalmøtet er fast og behandlerne starter møtet med å dele hvordan de har det og hvordan det har vært å være i gruppe. Denne praten løftes frem av informantene som svært betydningsfull. De beskriver dette som et viktig ledd i selvivaretagelse og at det oppleves som godt å kunne legge fra seg jobben på jobb, i stedet for å ta det med seg hjem. Informantene ønsker å holde på denne strukturen, men det krever at alle prioriterer journalmøtet fremfor andre avtaler. I sitatet nedenfor forteller en informant hvilken betydning journalmøtet har for henne.

«Jeg synes det har vært veldig fint å få lagt inn debriefing i begynnelsen av hvert møte etter gruppetiden. Jeg opplevde det som slitsom og gå rett fra gruppe til å fortsette og bruke hodet analytisk. Det å ha den lille biten i mellom hvor vi bare samles og snakker litt om *«hvordan har dette gått og hvordan har jeg det nå, hvordan har dere det, hvordan var det i gruppa, hvordan var det å være deg»*. Akkurat den første delen der er litt viktig, få skuldrene litt sånn på plass igjen og lande, også kan vi gå i gang med skrivingen.»

4.2.3 Tverrfaglighet

I Sarpsborgmodellen jobber det flere ulike faggrupper. I analysen kommer det frem at informantene opplever denne flerfagligheten som nødvendig for å kunne gjøre en god jobb med pasientene. I sitatet nedenfor forteller en informant hvor viktig hun opplever de ulike faggruppene inn i dette arbeidet.

«Det med de ulike faggruppene vi har fått inn nå det er et «must». Vi hadde en periode hvor noen av faggruppene ikke var her, og da synes jeg ikke at vi har Sarpsborgmodellen og de elementene vi sier at vi skal ha. Vi er veldig avhengig av hverandre og trenger det tverrfaglige.»

Informantene opplever at den tverrfaglige sammensettingen og jobben som gjøres i Sarpsborgmodellen, blir anerkjent hos andre aktører. De erfarer at pasientenes behov for hjelp blir hørt og tatt tak i, på grunn av sammensettingen av faggruppene i Sarpsborgmodellen.

«De som går i Sarpsborgmodellen får noen virksomme midler ved at vi jobber tverrfaglig. Det er noe med kvaliteten på det produktet vi leverer. På grunn av sammensettingen og det faglige som er i rommet, gjør at det utløser ting for mødre.»

Informantene opplever videre at det gir større kvalitetssikring når flere faggrupper er sammen om dette arbeidet. Psykomotorisk fysioterapeut og psykologspesialist er inne i gruppen annenhver uke, men møter hver uke til journalmøtet. Dette er en struktur som informantene setter pris på, som sitatet nedenfor underbygger.

«Psykomotorikeren kommer også til drøftingen hver gang. Det synes jeg har blitt en veldig kvalitetssikring. Sånn sett så er jeg mindre sliten nå enn da det var gruppelederne som fordelte arbeidet mellom seg. Nå blir det den fellesskapsfølelsen og kvalitetssikringen, tverrfaglig samarbeid.»

4.2.4 Samarbeid utenfor Sarpsborgmodellen

Flere av pasientene som deltar i Sarpsborgmodellen har andre aktører rundt seg og informantene nevner blant annet NAV, DPS, fastlege og barnevernstjenesten som aktuelle samarbeidspartnere. I analysen kommer det frem at informantene opplever utfordringer omkring det eksterne samarbeidet, som blant annet handler om å involvere alle aktører til enhver tid. «Det er en øvelse å huske på alle aktørene rundt hver mor. Har vi vært gode nok til å huske på alle?»

Informantene trekker frem barnevernstjenesten som en aktør det kan være vanskelig å samarbeide med. I analysen forteller informantene om utfordringer knyttet opp mot

arbeidsoppgaver og forventningsavklaring mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Informantene er tydelige på hvilke arbeidsoppgaver de har i Sarpsborgmodellen og sier noe om at det er viktig å være tydelige på dette ovenfor barnevernstjenesten.

«Av og til hender det at barnevernet gjerne vil at vi skal være sakkyndige for de og komme med uttalelser og mene noe om omsorgsevne på vegne av de. Det blir uklare skillelinjer og vi må vokte oss litt for det at ikke vi er de som skal vurdere omsorgsevnen. Vi har jo meninger og vurderinger om det, men til syvende og sist så er det barnevernet som skal ta det og avgjøre noe om det. Har vi bekymringer og tanker rundt omsorgsevnen, så skriver vi det ned og sender det avgårde til dem. Tydelige grenser er viktig, at vi også bevarer våre arbeidsoppgaver hva vi gjør og ikke.»

Det er en annen utfordrende side av samarbeidet med barnevernstjenesten som handler hvordan samarbeidet bør etableres mellom behandlerne i Sarpsborgmodellen, barnevernstjenesten og pasientene. I utgangspunktet ønsker informantene en åpen dialog og tett samarbeid, men samtidig er det viktig å etablere en god relasjonen til pasientene. Det viser seg at mange av pasientene mangler tillit til barnevernet. I sitatet nedenfor kommer det frem et eksempel som underbygger denne utfordringen.

«Det er kanskje der vi er litt usikre på hvor tett og åpen dialog burde vi ha med barnevernstjenesten. Skulle det vært enda mer åpne drøftinger? For det er ikke til å stikke under en stol at det er en del av de mammaene vi møter som er veldig skeptiske og redde for barnevernet og har gjerne hatt noen erfaringer.»

Gjennom analysen viser det seg at informantene har flere gode opplevelser med interne og eksterne samarbeidspartnere. Informantene opplever at Sarpsborgmodellen er modell som blir lagt merke til og arbeidet som gjøres blir anerkjent. «Jeg opplever at det å jobbe i Sarpsborgmodellen og det vi bringer inn i familiene, det blir hørt.»

5.0 DISKUSJON

Formålet med dette forskningsprosjektet har vært å bringe frem psykiske helsearbeideres erfaringer og opplevelser med arbeidet i Sarpsborgmodellen. Gjennom analysearbeidet kommer det frem interessante temaer som gir en større forståelse og innblikk i deres erfaringer med modellen. Resultatene drøftes opp mot relevant teori.

5.1 Betydningen av en anerkjennende relasjon

I Sarpsborgmodellen er anerkjennelse viktig i relasjonsarbeidet og det handler om å møte den andre med respekt og verdighet. Anerkjennelse er et komplekst begrep er noe mer enn empati, medfølelse og innlevelsessevne. Det handler i større grad om å ha en emosjonell tilstedeværelse og tilgjengelighet. Anerkjennelse handler om å lytte og forstå, bekrefte og akseptere hverandre (Schibbye, 2012). I psykisk helsearbeid er relasjonsarbeid et spesielt viktig fokusområde, dette fordi psykiske lidelser ofte ses i sammenheng med vanskelige og negative relasjonserfaringer (Geirdal & Varvin, 2017). Mange av pasientene i psykisk helsearbeid mangler erfaringer på gode mellommenneskelige forhold og flere har opplevd å bli skadet i relasjoner, for eksempel gjennom vold, overgrep, mobbing eller omsorgssvikt (Lauveng, 2020). Psykiske lidelser henger ofte sammen med mellommenneskelige forhold og eventuelt mangel på gode mellommenneskelige forhold. Relasjonsarbeid er dermed viktig, slik at pasientene kan oppleve nye og gode erfaringer i mellommenneskelige møter (Bøe & Thomassen, 2017). Informantene har erfart at relasjonene de får til pasientene også har betydning for om det vil bli gode behandlingsforløp. Gode relasjoner mellom behandler og pasient kan bidra til at pasientene utvikler seg, blir tryggere og etablerer nye relasjoner til andre mennesker, slik denne studien viser (Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013). I en annen studie ble mennesker med alvorlige psykiske lidelser spurt om hva de opplevde som virkningsfullt i et behandlingsforløp. Her trekkes relasjonen frem som det viktigste, hvor nære relasjoner som venner og kjærester er viktigere enn selve behandlingen (Topor, 2004). Nettverk og støttende relasjoner er sentrale faktorer for pasientenes bedringsprosess, sett ut fra et *recoveryperspektiv* (Helsedirektoratet, 2014). Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, med mål om at pasientene skal kunne leve meningsfulle liv, til tross for begrensningene de måtte ha. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere ulike psykiske utfordringer, og de sosiale

konsekvensene på (Helsedirektoratet, 2014). I psykisk helsearbeid vil det ofte være en målsetning å jobbe med å etablere gode og trygge relasjoner, da dette fungerer som en beskyttelsesfaktor mot lidelse (Bøe & Thomassen, 2017; Lauveng, 2020). For å etablere gode relasjoner i psykisk helsearbeid, er likeverd, samarbeid og anerkjennelse grunnleggende faktorer (Karlsson & Borg, 2013).

I Sarpsborgmodellen er det de samme psykiske helsearbeiderne som er i den ukentlige gruppesamlingen og ved behov for vikarer bruker de hverandre, fremfor å involvere nye behandlere. Dette viser seg å være et bevisst valg fra deres side for å skape trygghet og forutsigbarhet. Informantene opplever at det tar tid for pasientene å bli trygge i relasjoner og at dette er mer utfordrende når pasientene får hjelp av stadig nye personer. Det tar ofte lengre tid for mennesker som har opplevd svik og relasjonstraumer å bli trygge i relasjoner (Lauveng, 2020). Det kommer også frem gjennom dette forskningsprosjektet at bekreftelser har betydning for relasjonen mellom behandler og pasient i Sarpsborgmodellen. Gjentakende bekreftelser på at pasienten blir hørt og vist varme og interesse er viktige elementer for å styrke det emosjonelle båndet (Geirdal & Varvin, 2017). Informantene trekker frem de «små» øyeblikkene, for eksempel at de hjelper pasienten med å holde barnet, uten at hun har måtte spørre om hjelp. I en studie fra 2016 opplever pasientene at deres følelse av verdighet styrkes, når behandlere har tid til å lytte og forstå, samt når behandlerne roser og gir de en klapp på skulderen (Nodeland, Larsen, Mohamedi, Nodeland, & Andersen, 2016). Gjennom disse handlingene viser behandlerne at de ser og bekrefter pasientens verdi og selvfølelse (Gretland, 2007; Nystrøm, 2017). I psykisk helsearbeid vil slike bekreftende øyeblikk og «små» handlinger ha større betydning for relasjonen enn hva man kanskje er klar over, særlig når også viser seg at manglende bekreftelser kan gi relasjonsvansker senere i livet (Snoek, 2010).

5.2 Positive egenskaper hos psykiske helsearbeidere

Den reelle relasjonen er selve grunnlaget i en terapeutisk relasjon og handler om den personlige relasjonen mellom behandler og pasient (Geirdal & Varvin, 2017). Funnene i dette forskningsprosjektet belyser egenskaper hos behandlerne som har betydning for den terapeutiske relasjonen med pasientene i Sarpsborgmodellen, og som igjen har betydning for behandlingsforløpene. Informantene opplever at den terapeutiske relasjonen styrkes når de er personlige og deler av egne erfaringer. Ved å by på seg selv, viser behandlerne at de er

menneskelige og ekte. Dette er egenskaper som kan knyttes direkte mot den reelle relasjonen og understøtter det som behandlerne opplever som virkningsfullt.

Et annet begrep som også blir aktuelt i denne sammenhengen er *terapeutisk nærvær*.

Terapeutisk nærvær betyr at behandleren er i nær kontakt med seg selv, og har kontakt med egne forestillinger, bilder, følelser og intuisjon. Dette gjør behandleren mer tilgjengelig og åpen i samspeilet med pasienten (Nerdrum, 2017). Relasjonen mellom en pasient og en behandler påvirkes av hvordan de forstår hverandre, hvordan de forstår forholdet mellom seg og hvem de selv mener at de er som individuelle personer og subjekter. Det handler om å skape et godt møte mellom «et jeg og et Du» (Buber, 1992). I et subjekt – subjekt – forhold i relasjonen til pasientene, opplever pasientene å bli møtt som mennesker og av mennesker, med respekt og vennlighet (Lauveng, 2020). Det krever at begge parter må være åpne, ærlige og genuine ovenfor hverandre, med et ønske om å forstå den andre så riktig som mulig (Geirdal & Varvin, 2017). En studie fra 2016 understøtter betydningen av å vise nærhet i relasjoner i psykisk helsearbeid. For at pasienter skal oppleve verdighet i relasjonen må behandlere kunne møte pasientene som medmennesker (Nodeland et al., 2016).

Relasjonsarbeid handler i stor grad om hvilke egenskaper psykiske helsearbeideren har og hvordan balansere mellom å være personlig og profesjonell. For å kunne være personlig er det viktig å ha tilgang til egne følelser og samtidig kunne sette seg inn i pasientenes følelser, for så å kunne hjelpe pasientene med å håndtere vanskelige følelser. Åpenhet, ærlighet, likeverd, nærvær og tillitt er egenskaper hos behandleren som er med på å skape et subjekt – subjekt – forhold (Helsedirektoratet, 2014; Schibbye, 2012). Terapeutisk nærvær handler ikke kun om behandlerens evne til å være personlig. Det handler også om evnen til å balansere mellom egen personlig åpenhet, fremdriften og det profesjonelle oppdraget. Psykiske helsearbeidere skal kunne skille mellom pasientens og behandlerens oppgaver, rettigheter og plikter (Lauveng, 2020; Nerdrum, 2017). Det kan være utfordrende å balansere dette på en god måte, fordi det er ikke finnes en oppskrift som forteller hvordan dette skal gjøres i praksis. Det handler i stor grad om behandlerens egne vurderinger i situasjonen og bruken av «skjønn». Hva kan konsekvensene være om behandleren ikke finner balansen mellom det private og det profesjonelle? I terapeutiske relasjoner hvor behandleren blir for privat, kan relasjonen gå over til å ligne et vennsforhold. Dette kan skape forstyrrelser i et pasientforløp, fordi det reelle hjelpebehovet som pasienten har, får for liten plass og mister sin betydning. Bli behandleren på den andre siden for profesjonell i relasjonen, kan det skape for stor avstand mellom pasienten og behandleren. Konsekvensen av dette kan være at behandleren mister

kontakten med «medmennesket» og ser kun diagnosen og kan dermed ligne et subjekt – objekt – forhold. Et slikt forhold er uheldig, fordi det øker risikoen for at pasienter ikke føler seg ivaretatt og kan oppleve seg krenket, som igjen kan føre til at vedkommende uteblir fra behandlingen (Karlsson & Borg, 2013).

I en terapeutisk relasjon er det en asymmetri, fordi pasienten er hjelpesøkende og får dermed en nedenfra – og – opp relasjon til behandleren (Karlsson & Borg, 2013). I Sarsborgmodellen henvises pasientene på bakgrunn av deres psykiske lidelse og eventuelle utfordringer dette kan skape i tilknytningen mellom henne og barnet. De er i behov av hjelp og veiledning, og er i posisjon hvor de trenger hjelp fra helsevesenet for å få dette til. Dette skaper en asymmetri i relasjonen, hvor pasienten og behandleren har ulike oppdrag i relasjonen: den ene er «hjelpetrengende» og den andre er «hjelper». En slik relasjon kan gjøre en pasient sårbar, fordi vedkommende er avhengig av andres hjelp for å håndtere sin livssituasjon. Funnene fra en norsk studie viser at tillit er sentralt for at gode pasientforløp skal etableres i psykisk helsearbeid, og særlig i arbeidet hvor foreldrerollen står i fokus (Klevan, Viksmo, & Borg, 2013). Tillit kan beskrives som menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. For mennesker med sykdom er tillit viktig, fordi sykdom innebærer et tap av tillit til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden (Fugelli, 2011). Folkehelseinstituttet har gjennomført en befolkningsundersøkelse, hvor tillitt viser seg å være en utfordring for pasienter som er i behov av behandling for sin psykiske helse. 78 prosent av gruppen som deltok i undersøkelsen, føler seg ikke trygge på at de ville fått hjelp «i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» (Iversen, 2018). På bakgrunn av denne informasjonen kan det tenkes at pasientene som deltar i Sarsborgmodellen også har manglende grad av tillitt til hjelpeapparatet. Hvordan møter behandlerne i Sarsborgmodellen denne utfordringen? Funnene fra dette forskningsprosjektet viser at behandlerne i Sarsborgmodellen kan bruke mye tid på å få med enkelte pasienter til deltakelse og at behandlerne må «springe etter folk». Det krever tålmodighet for å komme i posisjon til å etablere relasjoner med disse pasientene og familiene. Tålmodighet trekkes frem som en viktig egenskap hos psykiske helsearbeidere, i tillegg til å være selvrefleksiv, empatisk, nysgjerrig, tåle usikkerhet og være ydmyk, slik studien fra 2018 viser (Borge, Juritzen, & Hem, 2018). En annen egenskap som behandlerne opplever som betydningsfull i dette arbeidet, er evnen til å skape trygge omgivelser. Informantene har erfart at gjennom å være personlige, dele av egne erfaringer og møte pasientene med anerkjennelse i en uformell setting, blir pasientene tryggere og får økt tillitt til de. Dette understøtter også en studie fra 2013, hvor det å dele egne erfaringer i møte med

pasienter, er viktig for relasjonen mellom pasienter og behandler (Moen & Larsen, 2013). Tålmodighet og trygghet er egenskaper som kan bidra til økt tillitt, noe informantene også bekrefter gjennom dette forskningsprosjektet (Fugelli, 2011). Informantene erfarer at relasjonsarbeidet som gjøres med pasientene i Sarpsborgmodellen fungerer godt. Når behandlerne først har etablert en god relasjon og pasientene møter stabilt til gruppen, er det kun et fåtall som velger å avslutte. Denne erfaringen kan være viktig å ta med i andre sammenhenger i psykisk helsearbeid.

Det kan være relevant å overveie pasientenes opplevelse av å bli «sprunget etter» i en oppstartsfasen av Sarpsborgmodellen. Det er vanskelig å trekke konklusjoner, da denne informasjonen ikke er tilgjengelig gjennom dette forskningsprosjektet. Det kan tenkes at pasientene har en positiv opplevelse av denne tilnærmingen, hvor det muligens gir de en følelse av å være betydningsfulle. For andre kan det kanskje oppleves som at det er en forventning om at pasientene skal takke ja til deltakelse i modellen, uten at de egentlig ønsker et slikt tilbud. For psykiske helsearbeidere vil det være nyttig å overveie fremgangsmåten og hvordan dette kan påvirke en relasjon, arbeidsalliansen og eventuelt alliansebrudd. Arbeidsalliansen er selve endringsprosessen i den terapeutiske relasjonen og handler om en felles forståelse om hva målet og oppgavene er, samt en felles forståelse av hvordan åpne målet. Uten en felles forståelse og enighet om veien til måloppnåelse, vil det være vanskelig å få til en endringsprosess (Geirdal & Varvin, 2017). Det er vanlig at arbeidsalliansen svinger i et behandlingsforløp, og da er reparasjonsfasen betydningsfull i relasjonell utvikling, både for behandler og pasient (Karterud et al., 2017). Skulle det oppstå et alliansebrudd, vil tålmodighet og utholdenhet hos behandlere i psykisk helsearbeid være en styrke i relasjonsarbeidet (Snoek, 2010). Pasienten og behandleren må begge ha tydelige arbeidsoppgaver, som skal være forståelige og stå i samsvar til behandlingsmålet. Utvikles det en felles forståelse av arbeidsoppgavene for måloppnåelse tidlig i den terapeutisk relasjonen, styrkes arbeidsalliansen (Geirdal & Varvin, 2017). *Empowerment* er et begrep som kan ses i sammenheng med arbeidsalliansen. Empowerment handler om å gi pasienter større makt, autonomi og innflytelse over eget behandlingsforløp, og gjør seg særlig gjeldende i psykisk helsearbeid, hvor mennesker med sammensatte og langvarige plager har kontakt med helsevesenet over tid (Lauveng, 2020). Selvstendighet er ikke et synonym til empowerment, og psykiske helsearbeidere må hjelpe til med beslutninger og valg, i situasjoner hvor pasienter kan føle seg maktesløse. Det er ikke alltid at pasienter makter å velge det beste for seg selv. Behandlerne skal ha et genuint ønske om å hjelpe og vise dette ovenfor pasientene. Det

handler om gjensidig respekt og en felles forståelse om at «sammen skal vi komme i mål». I Sarpsborgmodellen forteller informantene at de jobber for å etablere et fellesskap med pasientene, et «vi» fremfor et «du og jeg», noe de opplever er viktig for vellykkede pasientforløp. Godt samarbeid mellom pasient og behandler, hvor behandleren legger til rette for at pasienten kan ta selvstendige og gode valg for selv er en nødvendighet for utviklingen av en god allianse og gode bedringsprosesser (Geirdal & Varvin, 2017; Helsedirektoratet, 2014; Lauveng, 2020).

5.3 Gruppebehandling kan skape relasjonelle bånd

Det kommer frem gjennom dette forskningsprosjektet, at flere av pasientene som deltar i Sarpsborgmodellen etablerer gode relasjoner til hverandre. Noen av pasientene møtes utenom gruppetiden og holder kontakten etter at de har avsluttet i modellen. Informantene trekker frem betydningen av de relasjonelle båndene som oppstår mellom pasientene og erfarer at relasjonene er viktige for vellykkede behandlingsforløp. Det kan være utfordrende for mennesker med psykiske lidelser å etablere og opprettholde nære relasjoner. Det er ofte sammensatte årsaker til at dette er utfordrende, men det ses ofte det i sammenheng med praktiske forhold, som økonomi eller at man ikke kan være i arbeid. Negativt selvbilde, manglende sosial kompetanse, relasjonelle erfaringer og traumehistorier kan være faktorer som også påvirker. Dette kan gjøre at mange mennesker med psykiske lidelser er ensomme (Lauveng, 2020). Ensomheten kan i noen tilfeller være årsaken til at en psykisk lidelse utvikles, andre ganger kan psykiske lidelser være årsaken til ensomhet. Ensomhet kan forsterke og forverre psykiske lidelser og derfor er det viktig å etablere og opprettholde gode relasjoner, for å bedre den psykiske helsen (Lauveng, 2020). Når pasientene møtes ukentlig i gruppe over en lengre periode, slik strukturen til Sarpsborgmodellen er, blir de godt kjent med hverandre. De skaper felles opplevelser gjennom gruppetiden, kveldssamlinger og i COS-P kurset. Ved å møtes ukentlig over to år, kan det tenkes at pasientene føler seg mindre ensomme. Det er ikke alle pasienter i psykisk helsearbeid som er ensomme. Mange har gode, stabile og nære relasjoner som familie, venner eller kollegaer. For de pasientene som ikke har så mange nære relasjoner, kan relasjonen til mennesker de møter i helsevesenet ha stor betydning for deres liv (Lauveng, 2020).

Gruppeprosessen påvirkes av at det er rullende inntak i Sarpsborgmodellen og informantene opplever at det kan ta tid for pasientene å bli trygge i gruppen. I perioder hvor nye pasienter starter opp i modellen, eller pasienter avslutter forløpet, har informantene erfart at det krever mer av deres tilstedeværelse og oppmerksomhet. Det er viktig å ta imot nye på en god måte, slik at de blir tilgjengelig for veiledning og deltakelse i Sarpsborgmodellen. Når det kommer nye pasienter inn i gruppen, kan det skape uro blant de andre som har vært i gruppen over en periode. Det stabile og faste blir rokket på og denne endringen kan oppleves som utrygg. Det kan også skape uro hos den som er ny, da det for mange er utfordrende og møte en ny gruppe mennesker for første gang. Det er naturlig å kjenne på nervøsitet og uro før man treffer en gruppe for første gang (Førre, 2011). Det kan tenkes at pasienter i psykisk helsearbeid, hvor mange har vonde relasjonelle erfaringer med seg i bagasjen kan ha større utfordringer i møte med nye mennesker. Det kan oppleves som mer utrygt i nye settinger og de bruker kanskje lengre tid på å bli trygge, sammenlignet med mennesker som ikke har disse utfordringene og erfaringene med seg (Lauveng, 2020). Informantene har opplevd at gruppeprosessen kan gå i «stå» og at det er vanskelig å få i gang en samtale mellom pasientene. Gruppebehandling kan oppleves som mer skremmende for noen pasienter og kanskje særlig i starten, sammenlignet med individuell behandling. En mulig årsak til dette kan være følelse av *skam*. Skam er en dyp og vond følelse, som handler å føle seg avslørt i forhold til seg selv eller andre. Det handler om selviakttakelse og hvordan man ser på seg selv gjennom andres blikk. Skam kan påvirke gruppeprosesser hvor pasienter føler seg usikre, uinteressante eller avvist i møte med andre (Skårderud, 2001). Til tross for at det er større åpenhet i samfunnet omkring psykiske lidelser, eksiterer det fremdeles fordommer knyttet til det å ha en psykisk lidelse, og det er særlig mer stigma knyttet til alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014). Pasienter som opplever skam, har en tendens til å trekke seg tilbake og bli mindre delaktige i en gruppe. Noen kan også unngå gruppebehandling (Førre, 2011). Det blir viktig å ta individuelle vurderinger i hver enkelt sak og ha en god dialog med pasienten om det riktige er deltakelse i gruppe eller om individuell oppfølging vil være mer hensiktsmessig. Når det etableres gode relasjoner i Sarpsborgmodellen, blir dynamikken og samspillet mellom pasientene styrket. De deler erfaringer, blir engasjerte og mer delaktige i gruppetiden. Dette gjør at de psykiske helsearbeiderne som er i gruppe den dagen, kan lene seg mer tilbake og la pasientene få komme frem med seg og sitt.

Det er interessant å drøfte fordeler og ulemper omkring felles oppstart og avslutning, sammenlignet med rullende inntak i gruppebehandling i Sarpsborgmodellen. Hvordan ville en felles oppstart og avslutning påvirket gruppeprosessen, og hadde det vært mer gunstig løsning for pasientene og for de som er psykiske helsearbeidere i modellen? Det kan tenkes at uroen som oppstår ville vært betydelig mindre, dersom det ikke var jevnlig utskiftninger i gruppen. I Sarpsborgmodellen ville pasientene kunne følge hverandres prosesser hele veien og gjennomgått nye temaer, psykomotoriske øvelser og COS-P samtidig. De ville fått en gjennomgang av de samme elementene, sammen og samtidig. Samhørigheten og samholdet kunne blitt styrket i enda større grad gjennom en slik struktur, sammenlignet med strukturen som er i dag. På en annen side kan det tenkes at en større grad av uro og friksjon ville oppstått i oppstartsfasen av gruppebehandlingen, hvis alle startet samtidig. Gruppeprosessen ville muligens tatt lengre tid å etablere, fordi det ikke hadde vært noen trygge deltakere å lene seg til. Psykiske helsearbeiderne ville antagelig brukt mye tid på relasjonsarbeid med pasientene og barna, og det kan tenkes at dette arbeidet ville vært svært tidskrevende.

Den uroen som informantene observerer i gruppen i forbindelse med utskiftninger i sammensetningen trenger ikke være negativt. Tvert imot kan dette utvikles til å bli en positiv erfaring for pasientene, da uroen sannsynligvis vil forsvinne etter hvert som de blir tryggere på hverandre og på gruppen som helhet. Ved å overvinne uroen eller angsten, vil denne erfaringen være lærerik og overføres til andre situasjoner. Kanskje pasientene vil ha med seg en forventning om at «det går bra, det går over» i lignende situasjoner i fremtiden. Det kan også være godt for pasientene og se andre som har deltatt over en lengre periode, høre deres erfaringer og se hvor langt de har kommet i sin prosess. Det kan gi håp og tro på en bedre fremtid for nye pasienter i Sarpsborgmodellen. Gjennom dette forskningsprosjektet viser det seg at informantene har fått tilbakemeldinger fra pasientene om at gruppebehandling er et godt tiltak. Pasientene opplever det som godt å komme til en gruppe hvor man møter likesinnede og hvor alle ønsker hverandre godt, uansett utfordringer eller dagsform. Det gjør godt å komme til en gruppe hvor de opplever omsorg og støtte fra hverandre, i både oppturer og nedture. *Omsorg* forstås som en respons på menneskers sårbarhet (Karlsson & Borg, 2013). De møter hverandre med aksept og medfølelse. Dette fellesskapet som pasientene beskriver ovenfor ansattgruppen, er med på å gi de de en følelse av samhørighet og nærhet (Lauveng, 2020).

5.4 Struktur og trygghet

Sarpsborgmodellen har en tydelig struktur. Strukturen viser seg og ha stor betydning for hvordan det er å arbeide i modellen, hvordan arbeidet mellom behandlerne fungerer og i det pasientfokuserete arbeidet. Som nevnt tidligere har mange pasienter med psykiske lidelser vonde relasjonserfaringer som kan påvirke deres følelse av utrygghet i nye omgivelser. Da vil en tydelig struktur, faste rammer og forutsigbarhet påvirke pasientenes mulighet til å bli trygge. Disse forholdene viser seg også å være viktige for psykiske helsearbeidere som er i Sarpsborgmodellen. Ved og ha en tydelig struktur, fordelte arbeidsoppgaver og forutsigbare rammer, opplever behandlerne å kunne møte pasientenes og barnas behov, ha overblikk og samtidig kunne fokusere på tilknytningsarbeidet. Det gir økt kvalitet på arbeidet de utfører. Videre opplever behandlerne at det meste av strukturen går av seg selv, fordi de kjenner hverandre godt og har arbeidet sammen over lengre tid. En utfordring som informantene opplever i arbeidet og som er knyttet til strukturen, handler om tidsbruken. Informantene har en felles oppfatning om at det går mye tid og ressursbruk til arbeidet rundt hver pasient. Mange av familiene har utfordringer knyttet opp mot sin livssituasjon som handler om arbeidssituasjon, den psykiske helsen eller økonomiske bekymringer. Det går en del tid til samarbeidsmøter, telefonkontakt og skriftlige uttalelser til aktørene rundt.

Det krever mye av psykiske helsearbeidere og stå i denne type relasjon over tid. Kolleger blir viktige støttespillere for å kunne avlaste hverandre i psykisk helsearbeid (Lauveng, 2020). Selvkvartagelse er en viktig del av strukturen i Sarpsborgmodellen og som informantene verdsetter høyt. Etter hver gruppe møtes behandlerne og snakker ut om hvordan de har hatt det i gruppen den dagen, hva de har observert og om de sitter igjen med noen tanker eller følelser som de har behov for å dele. Pasientenes livsbelastninger og traumeerfaringer kommer frem gjennom AAI, i individuelle samtaler og under gruppetiden. Informantene forteller at arbeidet med familiene er svært meningsfullt og uttrykker stor ydmykhet over å bli kjent med familiene. Samtidig forteller de at dette er et arbeid som «kjennes i magen og i kroppen». Flere har behov for å hvile seg når de kommer hjem fra jobb. Det kan være mange kroppslige mekanismer som settes i spill i dette arbeidet. Psykiske helsearbeider tar imot med hele seg, både fysisk, emosjonelt, tankemessig og sansemessig. Pasientenes lidelse og traumehistorier kan aktivere og berøre behandleren (Isdal, 2017). *Empati* er å kunne «føle seg inn i en annens opplevelse» og skiller seg fra *sympati*, hvor man «føler med» den andre. I nevrobiologisk forskning er det vanlig å dele empati inn i tre deler: *Affektiv empati* – å føle

«som» den andre, *kognitiv empati* – å ta den andres perspektiv og å fornemme og forstå at den empatiske opplevelsen har sin opprinnelse i den andre og ikke i en selv (Nerdrum, 2017). Å føle som den andre handler om å dele følelser med hverandre, for eksempel å dele glede eller tristhet. I affektiv empati blir speilnevronene til behandleren aktivert, slik at behandleren får en tilsvarende følelse som pasienten har, gjennom imitasjon. Kognitiv empati handler om at affekter oppfattes raskere enn den kognitive forståelsen av den andres situasjon. For behandlere er det viktig å være oppmerksom på denne mekanismen, fordi man er avhengig av den kognitive empatien for å kunne følge en behandlingsprosess i et faglig, teoretisk og etisk perspektiv (Nerdrum, 2017). Å forstå at den empatiske opplevelsen har opprinnelse i den andre og ikke i en selv, kan noen ganger være vanskelig å skille i en empatiprosess. Det handler om å kunne oppleve og kjenne den andres følelse, og samtidig forstå at følelsen oppstår i pasienten. Uro er en følelse som kan vekkes i behandlere i psykisk helsearbeid og noen ganger kan det handle om *motoverføringer*. Motoverføringer er de reaksjonene eller følelsene som oppstår i behandlere, i møte med en pasient (Karterud et al., 2017; Schibbye, 2012). Fenomenet har vært omdiskutert og er ikke et endelig og avklart begrep. Motoverføringer kan handle om hvordan tidligere erfaringer og opplevelser påvirker behandlere i møte med en pasient. Noen pasienthistorier eller pasientmøter «kjennes mer i magen eller i kroppen», noe informantene også belyser. Ubehagelige følelser kan vekkes i behandlerne når de observerer en mor som strever med en depresjon og som ikke er i stand til å bære den omsorgen det er i behov av. Det kan være erfaringer som behandlerne selv har med seg fra egen barndom og som kommer frem i møte med en pasient. Skam hos pasientene kan gjøre at behandlerne føler seg utestengt og kan miste troen på seg selv som hjelper (Skårderud, 2001). Når en pasient og en behandler møtes, er det et møte mellom to mennesker som har hver sin historie. Motoverføringer erkjenner at behandlere også er mennesker. Det autonome nervesystemet aktiveres og gir følelse av uro når pasienter deler historier om vold, overgrep, ensomhet eller omsorgssvikt (Isdal, 2017). Sympaticus er den delen av det autonome nervesystemet som aktiveres ved fare og forbereder kroppen på kamp eller flukt. Muskulaturen spenner seg, blodtrykket stiger, hjerterefrekvenser øker og oppmerksomheten skjerpes (Biguet et al., 2012). Hvis kroppen står i en slik aktivering over tid, kan dette utvikles til blant annet utmattelsessymptomer, hjerte- og karsymptomer, varige muskelspenninger, muskel- og leddsmerter, konsentrasjonsvansker, fordøyelsesbesvær og søvnproblemer. Dette er plager som kan være symptomer på *sekundærtraumatisering* eller compassion fatigue (Isdal, 2017). Sekundærtraumatisering handler om effekten av å møte traumatiserte pasienter og hvordan behandlere i andre rekke påvirkes negativt av traumehistoriene. Behandlere blir

indirekte påvirket av være møter med traumatiserte pasienter. *Compassion fatigue* er den gradvise slitasjen mange behandlere opplever gjennom å jobbe med pasienter og lidelse, og hvordan dette påvirker behandlere innenfor de rammene vi jobber under (Isdal, 2017). Betydningen av selvivaretagelse er med andre ord viktig i psykisk helsearbeid, for å kunne fungere godt i denne type jobb over tid. Dette funnet er også gjort i en studie, hvor helsearbeidere som jobber med COS, har behov for kollegial støtte og anerkjennelse fra ledelsen, for å kunne stå i denne type jobb (Nielsen, Weie Oddli, Slinning, & Drozd, 2020). Psykiske helsearbeidere i Sarsborgmodellen opplever noe ubehag knyttet til arbeidet med familiene. Til tross for at det er lagt til rette for at selvivaretagelse er en del av strukturen, er det noen ganger at dette nedprioriteres og velges bort, på grunn tidsmangel og arbeidspress.

5.5 Tverrfaglig samarbeid bidrar til kvalitet

Det er forskjellige faggrupper tilknyttet Sarsborgmodellen, og kombinasjonen av de ulike faggruppene viser seg å ha stor betydning for arbeidet i Sarsborgmodellen. Informantene belyser tverrfagligheten som svært viktig for både det arbeidet som gjøres direkte med mor og barn, men også for etterarbeidet utenom gruppetiden. I journalmøtene etter gruppetiden deler behandlerne sine observasjoner og har felles journalskriving. Det er også i disse møtene at AAI presenteres og de ulike pasientforløpene drøftes. Her deltar alle faggruppene ukentlig, også psykomotorisk fysioterapeut og psykolog som ellers er i gruppen annenhver uke. Informantene belyser dette som betydningsfullt for kvaliteten på arbeidet. Det kommer tydelig frem i dette forskningsprosjektet at behandlerne er avhengige av hverandres fagkompetanse for å få til gode behandlingsforløp og samarbeid i Sarsborgmodellen. *Tverrfaglig samarbeid* defineres som et strukturert samarbeid mellom personell med ulike fagbakgrunn. Flerfaglighet er dermed en forutsetning for tverrfaglig samarbeid (Willumsen, 2009). Gjennom tverrfaglige samarbeid, skal pasientenes mange behov ivaretas og sikre at de får den hjelpen de behøver (Helsedirektoratet, 2014). De ulike profesjonsutdanningene som er tilknyttet Sarsborgmodellen er forankret i ulike vitenskapssyn, forståelsesformer og faglig syn. Vernepleiere, sykepleiere og sosionomer har alle god kunnskap i miljøterapi, hvor fysioterapeuter og psykologer ikke har denne kunnskapen gjennom sin grunnutdanning. En fysioterapeut lærer mye om rehabilitering, sammenlignet med for eksempel en sosionom. En psykolog har bred kunnskap om samtaleterapi sammenlignet med en vernepleier (Lauveng, 2020). De ulike kompetanseområdene er med på å gi større kunnskapsbredde inn i arbeidet, men det kan også skape konflikter og press i behandlingsforløp med pasienter i psykisk

helsearbeid (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, & Maizels, 2018). Det kan være krevende å arbeide tverrfaglig og samarbeide med mange ulike faggrupper, og det er ingen garanti for et godt resultat når flere faggrupper er involvert. Tverrfaglighet kan like gjerne bety fragmentering og ansvarsfraskrivelse (Lauveng, 2020). For å etablere gode tverrfaglige samarbeid, må det være tid til det (Willumsen, 2009) Det kan være vanskelig å prioritere møter i en hektisk hverdag, noe som også nevnes som en utfordring for behandlerne i Sarpsborgmodellen. De opplever og ha mange arbeidsoppgaver i tillegg til Sarpsborgmodellen, andre pasienter som følges opp og andre gruppebehandlingstilbud som de er en del av. Arbeidet med modellen er kun en liten del av deres arbeidshverdag. Informantene forteller at når de prioriterer arbeidet med familiene i Sarpsborgmodellen, kan det gå utover andre arbeidsoppgaver. De bruker mye tid til arbeidet med Sarpsborgmodellen, tid som er utenom den dagen som er satt av til gruppe. Arbeidet som psykiske helsearbeidere gjør i forbindelse med Sarpsborgmodellen oppleves som verdsatt hos ledelsen og behandlerne erfarer at de får prioritere tiden sin på Sarpsborgmodellen. Dette kan være en årsak til at informantene opplever at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt, da det er lagt til rette for at de kan bruke tid på det. En studie fra 2019 viser til betydningsfulle egenskaper hos behandlere i et tverrfaglig samarbeid og viktigheten av at faggruppene spiller på lag med hverandre. For å kunne spille på lag med andre, må de ulike behandlerne vite hvilke kompetanse en selv har og ikke har, samt å kunne skille eget kunnskapsfelt fra andre faggruppers kunnskapsområder (Stokken & Hunnes, 2019). En annen studie viser at gode tverrfaglige samarbeid kan etableres i psykisk helsearbeid, hvis man kan være ydmyke ovenfor hverandres kompetanse og samtidig ha et ønske om å bruke hverandres kunnskap og lære av hverandre (Borge et al., 2018). For at tverrfaglig samarbeid skal fungere optimalt, krever det at man er trygg i sin rolle og bevisst på sin kompetanse i forhold til sin profesjon (Willumsen, 2009).

I en av gruppene i Sarpsborgmodellen har det ikke har vært psykomotorisk fysioterapeut tilstede over en lengre periode. Psykiske helsearbeidere i gruppen beskriver dette som et stort savn og opplever ikke modellen som fullverdig. På hvilken måte dette har vært et stort savn og hvordan dette har påvirket arbeidet deres, kommer ikke frem gjennom analysen. Psykomotoriske fysioterapeuter har et kunnskapsfelt som omhandler kropp, bevegelse og funksjon, og arbeider alltid med fysisk og psykisk helse (Thornquist, 2016). Den biopsykososiale modellen står sentralt i psykomotorisk tilnærming. I psykomotorisk fysioterapi ses kroppen som en funksjonell enhet hvor fysiske, psykiske og sosiale faktorer

påvirker helsen vår. Mennesker uttrykker følelser gjennom kroppen og kan også bremse følelser gjennom kroppen, for eksempel gjennom å holde pusten, stramme muskulaturen i kjeven og heise skuldrene. Blir disse spenningene vedvarende over tid, kan det danne seg uheldige mønstre i kroppen, som igjen skaper stivhet, smerter eller avstand til kroppen (Bunkan, 2001; Gretland, 2007). Pasienter i psykisk helsearbeid har ofte sammensatte lidelser som omhandler fysiske, psykiske og sosiale forhold. Ved å ha en faggruppe som arbeider med konkrete verktøy og metoder som baserer seg på den biopsykososiale modellen i psykisk helsearbeid, kan det tenkes at pasientene får en større helhetlig tilnærming til sine helseutfordringer. En RTC- studie fra 2018, viser at psykomotorisk fysioterapibehandling bedrer livskvaliteten, reduserer smerter og bedrer pasientenes selvbilde (Bergland et al., 2018). I Sarpsborgmodellen foregår den psykomotoriske behandlingen i grupper. Det kan oppstå *autonome reaksjoner* under behandlingen, det vil si hjertebank, svette, tørrhet i munnen eller kvalme. Dette er signaler på at det autonome nervesystemet og sympaticus aktiveres, som et tegn på at kroppen utsettes for stress (Brodal, 2013). Disse signalene kan oppleves meget ubehagelig og kan være skremmende for noen. En viktig del av arbeidet er derfor å jobbe for at pasientene etablerer kontakt og tillit til kroppen og til de kroppslige signalene. I Sarpsborgmodellen gjøres dette gjennom øvelser og samtaler. De kroppslige signalene er meningsbærende uttrykk og samtalen blir dermed sentral i dette arbeidet (Biguet et al., 2012). Pasientene må kunne dele sine erfaringer, reflektere sammen med de andre og være delaktige. For at pasientene skal tørre å åpne seg opp for resten av gruppen, er det viktig at også den psykomotoriske fysioterapeuten bidrar til å skape en trygg atmosfære, slik at pasientene kan dele erfaringer og reflektere høyt med hverandre. Her vil samarbeid med de andre behandlerne være viktig, da pasientene har en av de som sin kontaktperson. Psykomotoriske øvelser kan brukes for å stabilisere og dempe uro, hvis ubehagelige reaksjonene oppstår, skape større kontakt til kroppen sin, redusere smerter, kjenne på styrke og ressursene kroppen har eller for å redusere indre uro (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995).

Ved å jobbe sammen om en felles oppgave, skapes det ny viten. Det er viktig for psykiske helsearbeidere å jobbe i team rundt pasienter med sammensatte psykiske lidelser. Felles for behandlerne i Sarpsborgmodellen er at de har en felles faglig plattform, hvor alle har kompetanse i psykisk helsearbeid og har gjennomført sertifiseringskurs i COS-P. Informantene opplever at det er viktig med en felles faglig plattform, da det binder de sammen og styrker deres samarbeid. Informantene opplever at en felles faglig plattform bidrar

til et målrettet arbeid og at de er samkjørte i arbeidsoppgavene. Det handler om å kunne støtte seg til hverandre og stå sammen i langvarige og ofte krevende pasientforløp. Informantene opplever at de har en felles forståelse av hvordan de sammen skal arbeide for vellykkede behandlingsforløp. Den flerfaglige sammensettingen som Sarpsborgmodellen består av, viser seg dessuten og ha betydning for samarbeidet med aktørene utenfor modellen. Informantene forteller at sammensetningen av faggrupper gir en større faglig tyngde og at aktørene anerkjenner arbeidet deres. De forteller at «det vi sier, det blir hørt» og at «deltakelse i Sarpsborgmodellen utløser ting for pasientene». Dette viser betydningen av tverrfaglig samarbeid og flerfaglighet i arbeidet med disse familiene.

5.6 utfordringer i samarbeid med andre aktører

Pasienter med sammensatte og langvarige lidelser har ofte behov for hjelp av flere aktører samtidig, både fra ulike instanser og fagpersoner. Det er viktig å kartlegge pasientenes behov i forhold til psykisk og fysisk helse, sosiale og praktiske forhold, samt pasientenes opplevelse av mening (Lauveng, 2020). I psykisk helsearbeid handler det om å sikre at pasienten får riktig behandling for sin lidelse eller rusutfordring (Helsedirektoratet, 2014). Informantene beskriver samarbeidet med aktørene som utfordrende, da det kan være mange aktører rundt hver pasient. I kommunehelsetjenesten kan det være nødvendig å henvise til spesialisthelsetjenesten for utredelse av pasientens psykiske tilstand. Det er viktig at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen og understøtter hverandre, fremfor å erstatte hverandre (Helsedirektoratet, 2014). Fastlegen er en nøkkelperson i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Fastlegens rolle er å være en døråpner til andre tjenester og ytelser, og henvise videre til spesialisthelsetjenesten (Borge & Almvik, 2014). Dette gjelder også ved fysiske lidelser. Mange pasienter som har psykiske lidelser har også fysiske lidelser, dermed er det viktig å koble på riktige fagpersoner (Helsedirektoratet, 2014). Videre er kartlegging av pasientens nettverk som familie, venner og kjæreste nyttig for å ivareta pasientens behov for sosial kontakt. Ensomhet er i seg selv en risiko for utvikling av psykiske lidelser. Pårørende kan være viktige ressurspersoner til kartleggingen av det sosiale nettverket. De praktiske forholdene rundt pasientene som omhandler bolig, økonomi, arbeidssituasjon eller utdanning skal også kartlegges (Helsedirektoratet, 2014; Lauveng, 2020). NAV blir ofte en naturlig samarbeidspartner, som skal sikre at pasientene har tjenester som ivaretar økonomisk rådgivning, tildeling av ulike trygdeytelser, funksjonsvurderinger og arbeidsformidling (Borge & Almvik, 2014).

Pasientens opplevelse av mening handler om å være del av noe større enn seg selv. Dette kan være religion, politikk eller andre former for engasjement. Det kan være naturopplevelser, kunst eller musikk. Gjennom samtaler med pasientene kan disse sidene komme frem og ofte er det ressurser knyttet til disse sidene (Lauveng, 2020). Dette er faktorer som påvirkes av hverandre og må derfor ses i sammenheng.

Videre forteller psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen at det kan være utfordrende å huske på alle aktørene rundt hver familie. Det kommer ikke frem gjennom dette forskningsprosjektet om pasientene har *individuell plan* i forbindelse med Sarpsborgmodellen. En individuell plan (IP) er et verktøy som skal sikre pasienter med sammensatte og varige behov, et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Helse-og-omsorgstjenesteloven, 2011). En IP er pasientens egen plan hvor brukermedvirkning, egne ønsker, behov og mål er utgangspunktet. Det er pasientens kontaktperson som skal spørre pasienten om en IP. Ved å utarbeide en IP kan det være enklere å holde en oversikt over alle aktørene som er rundt pasientene og det sikrer at aktørene jobber sammen mot et felles mål, i samarbeid med pasienten (Lauveng, 2020).

Pasienter i psykisk helsearbeid har ofte flere tjenester. I pasientforløp hvor det er samarbeid mellom flere faggrupper på tvers av tjenester, vil tydelighet omkring grenser og arbeidsoppgaver være viktig. De ulike aktørene må ha kunnskap og forståelse omkring de forskjellige kompetanseområdene og tjenestene (Willumsen, 2009). I Sarpsborgmodellen har behandlerne erfart at det kan være uklare skiller i ansvarsoppgaver og hvilke arbeidsoppgaver som ivaretas av hvilken tjeneste. Informantene beskriver utfordringer i saker hvor barnevernstjenesten er en samarbeidspartner. Det har vist seg at barnevernet henvender seg til behandlerne i Sarpsborgmodellen, med ønske om en skriftlig uttalelse vedrørende pasientenes omsorgsevne, på bakgrunn av deltakelse i modellen. Dette er en uttalelse som behandlerne i kommunehelsetjenesten ikke har kompetanse eller myndighet til å utføre. I en studie fra 2013 belyses viktigheten av bred, tverrfaglig og helhetlig tilnærming for familier, hvor det er utfordringer knyttet opp mot den psykiske helsen. Disse familiene har sammensatte og komplekse behov, derfor er en helhetlig tilnærming mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten nødvendig (Elstad, Steen, & Larsen, 2013). Informantene trekker frem betydningen av å kunne samarbeide med barnevernet, særlig i saker hvor behandlerne melder fra om forhold eller situasjoner som utløser opplysningsplikt (Helsepersonelloven, 2019). Etter samhandlingsreformen skal det være et aktivt samarbeid mellom

primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For at et samarbeid skal bli vellykket, må det være klare grenser på de ulike arbeidsoppgavene og ansvarsområdene som kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens har (Borge & Almvik, 2014). En annen utfordring som behandlerne i Sarpsborgmodellen opplever i samarbeidet med barnevernstjenesten, er hvor tett et samarbeid skal være. Informantene forteller at flere pasienter i Sarpsborgmodellen mangler tillitt til barnevernstjenesten. Ved å involvere barnevernstjenesten kan det oppleves som et tillitsbrudd og relasjonen kan være vanskelig å etablere. Konsekvensen av dette kan i verste fall være at pasientene trekker seg ut av Sarpsborgmodellen. Mange av familiene strever i hverdagen og hjelpetiltak gjennom barnevernstjenesten kunne gi stor avlastning og bidratt til en lettere hverdag. Hjelpetiltakene iverksettes kun etter foreldrenes samtykke (Bufdir, 2018). Det kan skape utfordringer i et samarbeid, hvis pasientene frykter mulige konsekvenser et slikt samarbeid kan ha. Det kan også være vanskelig å iverksette hjelpetiltak via barnevernstjenesten, da det for noen foreldre kan skape en større opplevelse av stigma og skam. Det kan tenkes at foreldrene får mindre tro på seg selv i foreldrerollen og at følelsen av å ikke strekke til økes, når barnevernstjenesten kobles på. Omsorgsovertakelse kan også være en frykt som mange foreldre kjenner på når barnevernstjenesten nevnes. Tillitt i relasjonen mellom pasient og behandler vil være særdeles viktig i Sarpsborgmodellen, for at gode samarbeid med barnevernstjenesten skal etableres.

5.7 Psykoedukasjon fremmer utvikling

Psykoedukasjon gir pasienter og pårørende informasjon og kunnskap om en spesifikk diagnose og er en behandlingsform som ofte benyttes i helsevesenet (Kvie, 2017). I Sarpsborgmodellen jobbes det med psykoedukasjon gjennom samtale, undervisning, kurs og øvelser. En metode som har vist å fungere godt for pasientene i Sarpsborgmodellen er COS-P. COS-P er et foreldreveiledningskurs som har som mål å øke foreldres evne til å reflektere i forhold til barnas behov (Powell et al., 2015). I et metastudie fra 2017 viser forskerne blant annet til funn, hvor foreldrenes opplevelse av trygghet i foreldrerollen styrkes etter deltakelse i COS-P (Roisman et al., 2017). Metoden viser seg også å fungere godt i andre kommunale gruppetilbud med lignende formål som Sarpsborgmodellen, viser denne studien fra 2019 (Reay et al., 2019). COS-P innebærer en respektfull holdning til pasienters utfordringer i foreldrerollen og tar for seg samspillet mellom forelder og barn, og hvordan deres tidlige tilknytningserfaringer påvirker relasjoner de har i dag. De forventningene som pasientene har til verden i dag og om de har tillitt til andre mennesker, kan ses i sammenheng med

relasjonelle erfaringer fra oppveksten. Var tilknytningspersonene deres forutsigbare, omsorgsfulle og gode, eller var de uforutsigbare, strenge og skumle? For å kunne arbeide med å forebygge at psykiske lidelser går i generasjoner, må pasientene bli bevisste på hvordan fortidens relasjoner påvirker de i dag og ta et bevisst oppgjør med det (Haara, 2019). I Sarpsborgmodellen jobbes dette gjennom COS-P og AAI. Informantene har erfart at pasientenes evne til å se barnets behov på endres gjennom deltakelse i Sarpsborgmodellen, som muligens kan henge sammen med deres evne til å mentalisere forbedres. Når pasientene har nedsatt evne til å mentalisere, blir ofte barnas intensjoner mistolket. Fra å tolke barnet som «oppmerksomhetssyk» til å ha et behov for nærhet, viser det at refleksjonsevnen og evnen til å mentalisere blir styrket (Helle, Boonstra, Broch, Rød, & Vøllestad, 2017).

COS-P kurs tilbys foreldrene som er tilknyttet Sarpsborgmodellen. Pasientene deltar på kurset som et ledd i modellen, hvor fedrene eller den andre omsorgspersonen får tilbudet om å ta kurset utenom modellen. Det viser seg at det kan være uheldig om ikke begge omsorgspersonene har den samme forståelsen omkring COS-P. Informantene har erfart at det kan oppstå konflikter mellom foreldrene hvis de ikke «snakker samme språk» omkring barnets behov. Psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen oppfordrer fedrene til å ta kurset, men de opplever at mange takker nei. Hva kan årsaken være til at fedrene eller den andre omsorgspersonen ikke ønsker et COS-P kurs? Når det rettes et søkelys på hvordan man utøver foreldrerollen, kan det oppleves både sårt og vanskelig for de fleste av oss. For familier som i tillegg strever med psykiske helse, vil dette kanskje oppleves som enda mer sårbart. Det viser seg at foreldre med psykiske lidelser kan være mer tilbakeholdne og kvie seg for å motta hjelp, fordi de opplever seg som mislykkede foreldre (Ytterhus, 2012). De kjenner oftere på skyldfølelse, skam og utilstrekkelighet (Halsa, 2012). Dette er vonde følelser og kan være en mulig årsak til at fedrene takker nei til foreldreveiledningskurs. En annen årsak kan være at fedrene ikke tror at kurset vil være nyttig for de, eller at de tenker at det holder om en av foreldrene tar kurset. Måten psykiske helsearbeiderne i modellen informerer om kurset og om dette kan påvirke deltakelse blant fedrene, kunne vært interessant å undersøkt ytterligere. De fleste foreldrene som har fullført COS-P kurset har gitt tilbakemelding om at kurset har vært positivt og lærerikt.

6.0 OPPSUMMERING

Psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen opplever at relasjoner i arbeidet med pasientene er sentralt for at gode behandlingsforløp skal etableres. For at terapeutiske relasjoner skal etableres, må behandlerne kunne balansere mellom å være privat og profesjonell. De må jobbe for at det skapes et fellesskap og et «vi» fremfor et «du og jeg» i relasjonen til pasientene. Dette gjøres ved at behandlerne er åpne og deler av egne erfaringer, samt at de viser anerkjennelse gjennom «små», men betydningsfulle handlinger. Trygghet er viktig for å komme i posisjon for å skape en relasjon. Behandlerne erfarer at trygghet etableres gjennom forutsigbarhet og i en uformell setting. I noen pasientforløp opplever psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen at de må være tålmodige og «springe etter» pasientene. De opplever at dette kan være nødvendig i oppstartsfasen og når pasientene først har startet opp i Sarpsborgmodellen, er det kun et fåtall som velger å avslutte. I vellykkede forløp får behandlerne tilbakemeldinger om at pasientene opplever at det er godt å komme til en gruppe, hvor de blir akseptert for den de er, også de dagene hvor de har det vanskelig. Det viser seg at pasientene etablerer relasjoner med hverandre, og at de bruker gruppeprosessen til å utvikle seg. Det viser seg at psykoedukasjon gjennom COS-P, psykomotoriske øvelser, temaer og AAI fungerer godt på pasientgruppen. Tverrfaglig samarbeid er en nødvendighet for å sikre kvaliteten på arbeidet, og sammensettingen av faggruppene er sentral. Det er samtidig viktig at de som arbeider i Sarpsborgmodellen har en felles faglig kompetanse omkring psykisk helsearbeid og har COS-P sertifisering.

Mange av pasientene har flere aktører rundt seg og det kan skape utfordringer for psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen. Det kan være krevende å involvere alle aktørene. Det kan være nødvendig å iverksette en IP for pasientene som deltar i modellen, slik at alle aktører involveres og jobber mot samme mål. Behandlerne har erfart at det er utfordringer knyttet opp mot samarbeidet med barneverntjenesten og familiene som deltar i Sarpsborgmodellen. Det viser seg at flere av pasientene har vanskelig for å ta imot hjelp fra barneverntjenesten på grunn av egne erfaringer og frykt for mulige konsekvenser et samarbeid kan ha. Dette er hensyn som psykiske helsearbeiderne må ta på alvor, for å unngå alliansebrudd og at familiene trekker seg ut av modellen. Samarbeidet mellom behandlerne i Sarpsborgmodellen og barneverntjenesten kan også være utfordrende, da det ikke er tydelige fordeling av ansvarsområder og arbeidsoppgaver. På bakgrunn av dette forskningsprosjektet, viser det seg

at det er nødvendig å styrke samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, for å kunne gi familiene i Sarpsborgmodellen best mulig helsehjelp. Dette forskningsprosjektet viser at det er behov for ytterligere forskning knyttet opp mot psykiske helsearbeideres erfaringer i deres arbeid, særlig i arbeidet som gjøres i kommunehelsetjenesten. Det er også behov for ytterligere forskning knyttet opp mot psykiske helsearbeidere som arbeider med lignende målgruppe som Sarpsborgmodellen.

7.0 LITTERATURLISTE

- Ainsworth, M. D. S. (2015). *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), n/a-n/a. doi:10.1002/pri.1723
- Biguet, G., Keskinen-Rosenqvist, R., & Berg, A. L. (2012). *Att förstå kroppens budskap : sjukgymnastiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Borge, L., & Almvik, A. (2014). *Å sette farger på livet : helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Borge, L., Juritzen, T. I., & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(04), 360-367. doi:10.18261/issn.1504-3010-2018-04-09
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Braarud, H. C., & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn ; en utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(10), 968-972.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du* (2. utg. ed. Vol. 10). Oslo: Cappelen.
- Bufdir. (2018). Hjelpetiltak. Retrieved from https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Negativ_sosial_kontroll_tvangsekteskap_og_aresrelatert_vold_en_veileder_til_barnevernstjenesten/Fasene_i_en_barnevernssak_familie_og_sik_kerhetsarbeid/Hjelpetiltak/
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi : prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening (trykt utg.)*, 121(2001)nr. 24, 2845-2848.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid : å skape rom for hverandre* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211-229. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.004
- Elstad, T. A., Steen, T. K., & Larsen, G. E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305.
- Engebretsen, M. (2016). Sarpsborg-modellen vekker oppmerksomhet. Retrieved from <https://www.sarpsborg.com/sarpsborgmodellen>
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic psychiatry*, 40(3), 377. doi:10.1521/pdps.2012.40.3.377

- Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2013). "We are All Fellow Human Beings": Mental Health Workers' Perspectives of Being in Relationships with Clients in Community-Based Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 883-891. doi:10.3109/01612840.2013.814735
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, 62(5), 891-905. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x
- Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien forskning*(2), 104-105.
- Førre, Ø. (2011). Gruppeterapi - bedre enn sitt rykte. Retrieved from <https://www.napha.no/content/14211/Gruppeterapi---bedre-enn-sitt-rykte>
- Geirdal, A. K. Ø., & Varvin, S. (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Haara, B. (2019). Psykoedukasjon: Normalisering av psykiske vansker. Retrieved from <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/psykoedukasjon-normalisering-av-psykiske-vansker>
- Halsa, A. (2012). Foreldre som velferdsaktører. In B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Eds.), *Barn som pårørende* (pp. 150-170). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Hart, S., Frisk, C. H., Perlmutter, L. G., & Lerche, B. (2016). *Fra tilknytning til mentalisering* (Vol. 2). København: Hans Reitzels Forlag.
- Haugland, B. S. M., & Nordanger, D. Ø. (2015). Utviklingstraumer som forståelsesramme for tiltak for barn av rusmisbrukere. In (pp. 159-173). Bergen: Fagbokforl., cop. 2015.
- Helle, J., Boonstra, M.-J. O., Broch, K. R., Rød, B. I., & Vøllestad, J. (2017). En god sirkel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(6), 546-556.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Norge Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse-og-omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.* (6). Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell m.v.* Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold : om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforl.
- Iversen, H. H. (2018). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse i befolkningen*. (2018: 155). Oslo: Folkehelseinstituttet
- Område for helsetjenester
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.

- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Killén, K. (2010). *Risiko - omsorgssvikt - samspill - tilknytning : opplærings- og utviklingsarbeid i behandling av foreldre-barn med rus- og psykiske problemer og andre alvorlige psykososiale belastninger*. Skien,Oslo: Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken Blå kors forl.
- Klevan, T., Viksmo, M. S., & Borg, M. (2013). «Å være forelder står over alt annet» – om foreldrerollen i en psykisk krise. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 199-208.
- Kowalenko, N. M., Mares, S. P., Newman, L. K., Sved Williams, A. E., Powrie, R. M., & Van Doesum, K. T. M. (2013). Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness. *Medical Journal of Australia*, 199(3 Suppl), S14-S17. doi:10.5694/mja11.11285
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvie, A.-E. R. (2017). Frisk gjennom gruppebehandling. *Sykepleien*(64144), e-64144. doi:10.4220/Sykepleiens.2017.64144
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid : det landskapet vi er mennesker i*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Moen, E. Å., & Larsen, I. B. (2013). «Her er det faktisk hele meg som er på jobb» – Om å bruke erfaringer med egen psykiske helse i profesjonelle relasjoner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 15-24.
- Nerdrum, P. (2017). *Er "terapeutisk nærvær" noe annet enn "empati i terapi"? Relasjoner i psykisk helsearbeid* (A. K. Ø. Geirdal & S. Varvin Eds.). Oslo: Universitetsforl.
- Nielsen, B., Weie Oddli, H., Slinning, K., & Drozd, F. (2020). Implementation of attachment-based interventions in mental health and social welfare services: Therapist's experiences from the Circle of Security-Virginia Family intervention. *Children and Youth Services Review*, 108. doi:10.1016/j.chilyouth.2019.104550
- Nodeland, S., Larsen, I. B., Mohamedi, K., Nodeland, S., & Andersen, A. J. W. (2016). «Små ting med stor betydning» - en kvalitativ studie av meningsinnholdet i begrepene «mestring» og «verdighet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(03), 201-208. doi:10.18261/issn.1504-3010-2016-03-03
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer : regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforl.

- Nystrøm, M. (2017). *"Omsorgsrelasjoner med livsverden som fundament". Relasjoner i psykisk helsearbeid.* . Oslo: Universitetsforlaget
- Orrem, K. (2018). God hjelp når det trengs - Lavterskeltilbud i kommunene til voksne med lettere psykisk helse- og rusutfordringer. s. 9-13. Retrieved from file:///C:/Users/Marion/Downloads/God+hjelp+n%C3%A5r+det+trengs.pdf
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R. S., & Jahr, M.-C. (2015). *Trygghetssirkelen : en tilknytningsbasert intervensjon : om å fremme tilknytningen i tidlige foreldre-barn-forhold.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reay, R. E., Palfrey, N., Bragg, J., Kelly, M., Ringland, C., & Bungbrakearti, M. (2019). Clinician Perspectives on the Circle of Security-Parenting (COS-P) Program: A Qualitative Study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 40(2), 242-254. doi:10.1002/anzf.1357
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge.* Folkehelseinstituttet Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Robertson, J., & Robertson, J. (1971). Young children in brief separation. A fresh look. *The Psychoanalytic study of the child*, 26, 264-315.
- Roisman, G. I., Cicchetti, D., Cassidy, J., Brett, B. E., Gross, J. T., Stern, J. A., . . . Woodhouse, S. S. (2017). Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. 29(2), 651-673. doi:10.1017/S0954579417000244
- Sarpsborg, K. (2019). Sarpsborgmodellen Retrieved from <https://www.sarpsborg.com/byen-og-kommunen/om-organisasjonen/kompetansesenter-rus-og-psykisk-helse/sarpsborgmodellen/>
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer - om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(13), 1613-1617.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Slinning, K., Hansen, M. B., Moe, V., & Smith, E. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J. E. (2010). *Møtet med "den andre" : om psykisk helsearbeid i kommunen.* Oslo: Akribe.
- Sommerschild, H., Garløv, I., Grøholt, B., & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Stokken, R., & Hunnes, K. (2019). Den gode tverrprofesjonelle samarbeidaren. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(4), 197-209.
- Store medisinske leksikon. (21.01.2019). Pasient Retrieved from <https://sml.snl.no/pasient>
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi ; tenkning og tilnærming. *Utposten*, 35(5), 28-32.

- Thornquist, E. (2016). Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 83(4), 8-11.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Topor, A. (2004). Vad hjälper i återhämtning från svåra psykiska problem? Ett samverkansprojekt mellan brukare och professionella. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(04), 4-15.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk : omfang og konsekvenser*. (9788280824608). Oslo: Folkehelseinstituttet
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. In (pp. 16-32). Oslo: Universitetsforl., cop. 2009.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et pårørende barn? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. In B. S. M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Eds.), *Barn som pårørende* (pp. 18-44). Oslo: Abstrakt forlag.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «Sarpsborgmodellen som metode i psykisk helsearbeid»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse Sarpsborgmodellen ut fra et psykisk helsearbeiders perspektiv i kommunal helsetjeneste. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å bringe frem ny informasjon om erfaringer psykiske helsearbeidere har i arbeidet med Sarpsborgmodellen. Ved å bringe frem ny kunnskap om dette temaet, kan Sarpsborgmodellen videreutvikles og forbedres.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet

Veileder og prosjektansvarlig: Dag Willy Tallaksen

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Alle som arbeider med Sarpsborgmodellen inviteres til å delta i prosjektet. Det er totalt 10 personer som jobber med modellen, fordelt i Sarpsborg kommune og Rakkestad kommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i prosjektet innebærer det at du deltar på et fokusgruppeintervju med ca. 1 times varighet. Temaene for intervjuene sendes ut i forkant av intervjuene, slik at du har mulighet til å forberede deg. Spørsmålene som stilles er åpne og gir rom for refleksjon i fellesskap med resten av gruppen. Intervjuene vil finne sted i november. Ansatte i Rakkestad kommune intervjues mandag 18/11-19 kl. 15.30. på Familiesenteret. Ansatte i Sarpsborg kommune intervjues tirsdag 18/11-19 kl. 11.00, Bygg 2.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg blir kun benyttet til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er veileder ved OsloMet og student som vil ha tilgang til opplysningene.
- Datamaterialet lagres på kryptert minnepenn og låses inne.
- Dine data anonymiseres og navn, kontaktopplysninger og lignende brukes ikke i dette prosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2020. Opptak blir slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg.
- Å få rettet personopplysninger om deg.
- Slettet personopplysninger om deg.
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet).
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra **OsloMet** har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- OsloMet ved prosjektleder Dag Willy Tallaksen på mobil: 924 66 995
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Sarpsborgmodellen som metode i psykisk helsearbeid, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i et fokusgruppeintervjuer

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 15.05.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide fokusgruppeintervju

1. Hvilke faglige utfordringer møter dere som psykiske helsearbeidere i arbeidet med familiene i Sarpsborgmodellen?

Forslag til temaer:

- Oppfølging av mor og barn og ivaretagelse av de ulike behovene som oppstår samtidig.
- Oppfølgingen av fedre, eller den andre omsorgspersonen.
- Gruppeprosess, gruppetiden.
- Elementene i Sarpsborgmodellen: AAI, temaer, kveldssamlinger, COS-P, psykomotoriske øvelser.
- Meldesaker til barnevernstjenesten.
- Ansvarsgruppemøter.
- Får dere brukt dere faglig i arbeidet med modellen/behov for faglig påfyll.

2. Hvilke opplevelser og erfaringer har dere knyttet opp mot samarbeid i og utenfor Sarpsborgmodellen?

Forslag til temaer:

- Internt samarbeid i gruppen.
- Samarbeid med andre instanser: Barnevernstjenesten, DPS, NAV, fastleger, helsekyepleiere, jordmødre osv.
- Samarbeid mellom Rakkestad og Sarpsborg.
- Samarbeid med ledelsen i virksomheten.
- Annerkjennelse fra ledelsen og omverdenen (meda, andre aktører) i arbeidet.

3. Hvilke erfaringer har dere i organiseringen og det praktiske arbeidet i Sarpsborgmodellen?

Forslag til temaer:

- Tidsbruk. Nok tid eller behov for flere timer pr. uke i arbeidet.
- Behov for andre faggrupper. Flere ansatte pr. gruppe.
- Utvidet gruppetid.
- Arbeidsoppgaver og fordeling.
- Hva fungerer, hva fungerer ikke.

4. Hvilke erfaringer har dere gjort dere omkring pasientforløp i Sarpsborgmodellen?

Forslag til temaer:

- Hva gjorde at pasientforløpet ble vellykket.
- Hva gjorde at pasientforløpet ikke ble vellykket.
- Egenskaper som kreves av psykiske helsearbeidere i Sarpsborgmodellen.

5. Har dere noe dere vil legge til som vi ikke har snakket om?