

Angst - mestringskurs

En kvantitativ evalueringsstudie

Course in coping with anxiety

A quantitative evaluation study

Reidar Thorsrud



Høgskolen i **Hedmark**

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid,

Master of Mental Health Care

Avdeling for folkehelsefag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

Gud, gje meg sjelefred til å godta dei tinga eg ikkje kan forandre, mot til å
forandre dei tinga eg kan endre, og visdom til å sjå forskjellen.

Gamalt ordtak

Forord

Denne oppgaven er en del av et større evalueringsprosjekt, i Avdeling psykisk helse, i en Østlandskommune. Målsettingen med prosjektet er å evaluere og kvalitetssikre et angstmestringskurs basert på resultater fra evalueringen. Det er to studenter som skriver om samme prosjekt, med to forskjellige metodiske tilnærminger. Denne oppgaven bruker kvantitativ metode, og den andre oppgaven har en kvalitativ tilnærming. Oppgavene vil bli sett i en sammenheng, for å danne et grunnlag for et standardisert og kvalitetssikret kurs for mestring av angst. Prosjektet er et samarbeid mellom Avdeling psykisk helse og Høyskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelse, ved prosjektleder professor Kari Kvaal. Det er finansiert med midler fra helsedirektoratet.

En arbeidskrevende og interessant prosess er nå ved veis ende. Det var som om en ”stor elefant” skulle spises da masterstudiet startet i august 2011. Erkjennelsen av at det var best å spise den bit for bit, ledet meg inn på tanken og troen på at studiet og oppgaven faktisk var overkommelig. På denne veien har det vært mange støttespillere som fortjener en stor takk.

En stor takk går først og fremst til informantene som ga litt av sin tid og gjorde det mulig å gjennomføre denne studien. Fra høyskolen i Hedmark, vil jeg takke min hovedveileder professor Kari Kvaal, som har bidratt med nyttige innspill gjennom hele prosjektperioden, samt biveileder professor Bengt Eriksson, som har veiledet meg på deler av oppgaven.

Jeg vil også rette en takk til min arbeidsgiver, ved virksomhetsleder Mari Skavern Seierstad, som støttet prosjektet, og leder av avdelingen, Jonas Neiden, som har gitt meg tid og mulighet til å gjennomføre studiet. En takk også til Rådgiver i psykisk helsearbeid, Kårhild Husom Løken, som har bistått oss med søknad om prosjektmidler, prosjektkoordinator Ellen Velema, som har vært en viktig støttespiller gjennom hele prosjektperioden, og min medstudent og gode kollega, Marianne Furuli, som har vært til uvurderlig stor støtte og hjelp gjennom hele studiet. Jeg vil også takke min engasjerte og støttende kollokviegruppe.

Til slutt en stor takk for støtte og oppmuntring til gode kollegaer, og ikke minst nærmeste familie som også har avlastet meg med hjemlige sysler.

Stange, 20. november 2012

Reidar Thorsrud

Innhold

SAMMENDRAG.....	8
ABSTRACT.....	9
1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN	11
1.2 STUDIENS HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	12
1.3 BEGREPSAVKLARING.....	13
1.4 STUDIENS VIDERE OPPBYGNING	13
2. BESKRIVELSE AV ANGSTMESTRINGSKURSET.....	14
2.1 ORGANISERING AV KURSET	14
2.2 ANGSTMESTRINGSKURSETS PROGRAMTEORI.....	17
3. TEORETISK FORANKRING	21
3.1 LITTERATURSØK OG TIDLIGERE FORSKNING.....	21
3.2 PSYKISK HELSE.....	23
3.3 PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN	24
3.4 SALUTOGENESE.....	25
3.5 EMPOWERMENT OG PSYKISK HELSEARBEIDER.....	27
3.5.1 Brukermedvirkning.....	28
3.6 ANGST SOM FENOMEN	29
3.6.1 Angst som symptom	30
3.6.2 Angst som lidelse.....	30
3.6.3 Risikofaktorer.....	32
3.7 DEN KOGNITIVE MODELLEN	33
3.7.1 Eksponeringstrening.....	34
3.7.2 Psykoedukativ tilnærming	35

3.8	GRUPPEMETODE	35
3.8.1	<i>Selvhjelpsgrupper</i>	36
4.	DESIGN OG METODE	38
4.1	DESIGN	38
4.2	METODE	39
4.3	EVALUERING	40
4.3.1	<i>Evalueringsmodeller</i>	41
4.4	UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	43
4.4.1	<i>Populasjon</i>	44
4.5	SPØRRESKJEMA OG ANGSTSCORESKJEMA	45
4.5.1	<i>Spørreskjema</i>	45
4.5.2	<i>Angstscoreskjema</i>	46
4.6	DATABEHANDLING OG ANALYSE	47
4.7	ETISKE OVERVEIELSER	48
5.	PRESENTASJON AV RESULTATER	50
5.1	BAKGRUNNSDATA	50
5.1.1	<i>Tilknyttet behandlingssted før - etter</i>	53
5.2	SPØRRESKJEMA	54
5.2.1	<i>Temainnhold</i>	54
5.2.2	<i>Gruppeprosessen</i>	56
5.2.3	<i>Måloppnåelse</i>	58
5.3	ANGSTSCORESKJEMA	61
5.3.1	<i>Endring av unngåelsesatferd</i>	61
5.3.2	<i>Endring av angsttanker</i>	62

6. DISKUSJON	64
6.1 METODISKE REFLEKSJONER	64
6.2 KURSETS TEMATISKE INNHOLD	66
6.3 DIALOGEN OG SAMVÆRET MED ANDRE MENNESKER MED ANGSTPLAGER	71
6.4 MESTRING AV ANGSTPLAGER ETTER GJENNOMFØRT KURS	74
6.4.1 Redusert grad av angstsymptomer - unngåelse	77
6.4.2 Redusert grad av angstsymptomer – tanker	78
7. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER VIDERE	80
7.1 STYRKE OG SVAKHETER VED STUDIEN	81
7.2 ANBEFALINGER FOR UTDANNING, PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	81
Litteraturliste	83

Oversikt over tabeller:

Tabell 1: Oversikt over populasjon og utvalg	s.45
Tabell 2: Aldersspredning i utvalg og frafallsgruppe	s.51
Tabell 3: Kjønnfordeling i utvalg og frafallsgruppen i prosent	s.51
Tabell 4: Gruppevis fordeling av kursdeltakere i utvalg og frafall	s.51
Tabell 5: Kursdeltakernes vurdering av temainnhold	s.55
Tabell 6: Kursdeltakernes vurdering av gruppeprosessen	s.57
Tabell 7: Krysstabell mellom ønske om og faktisk deltakelse i selvhjelpsgruppe	s.58
Tabell 8: Kursdeltakernes vurdering av utbytte av kurset	s.59
Tabell 9: Krysstabell over eventuelle virkning på angstmestring i dag	s.60
Tabell 10: Resultater fra pre og postscoreskjema – unngåelse	s.61
Tabell 11: Resultater fra pre og post angstscoreskjema – inndelt gruppevis	s.62
Tabell 12: Resultater fra pre og post angstscoreskjema – tanker	s.63
Tabell 13: Resultater fra pre og post angstscoreskjema – inndelt gruppevis	s.63

Oversikt over Figurer:

Figur 1: Oversikt over kjønn - og aldersfordeling.....	s.50
Figur 2: Oversikt over sivilstatus i utvalget.....	s.52
Figur 3: Oversikt over utdanningsnivå.....	s.52
Figur 4: Behandlingssted før kursstart og etter avsluttet kurs.....	s.53
Figur 5: Vurdering av nytteverdien på enkelttemaer.....	s.55
Figur 6: Samlet vurdering av temainnhold.....	s.56
Figur 7: Besvarelse av enkeltpørsmål rundt gruppeprosessen.....	s.57
Figur 8: Besvarelse av enkeltpørsmål rundt måloppnåelse.....	s.59

Oversikt over vedlegg:..... s.89

Vedlegg 1: Informasjonsbrev

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlegg 4: Angstscoreskjema

Vedlegg 5: E – post fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk,
Sør – Øst C, REK.

Sammendrag

Formål: Psykiske helseproblemer utgjør i dagens samfunn en betydelig folkehelseutfordring. I den norske befolkningen er angstlidelser en av de tre mest utbredte psykiske lidelsene. Prognoser viser at en fjerdedel av befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, og ca 15 % i løpet av ett år. En Østlandskommune har, i samarbeid med en annen kommune, utarbeidet et angstmestringskurs bygd opp rundt den kognitive modellen, egnet for mennesker med lettere til moderate angstplager. Målsettingen med kurset er at deltakerne skal mestre angsten bedre. Kommunen har gjennomført sju kurs, med til sammen 45 deltakere. Hensikten med studien er å gjøre en evaluering av angstmestringskurset. En evaluering kan bidra til å kvalitetssikre og videreutvikle intervensjonen i forhold til mennesker med lettere til moderate angstplager, som blir henvist til Avdeling psykisk helse i denne Østlandskommunen.

Metode: Studien bruker kvantitativ metode. Dataene er samlet inn ved hjelp av et spørreskjema, i tillegg til et angstscoresskjema som ble fylt ut før kursstart, og etterpå i tidsrom av tre måneder til fire år. Data omfatter tilbakemeldinger om tema i kurset, nytteverdien av gruppedeltakelse og oppnådd målsetting. Til sammen deltok 31 informanter. I databehandlingen, ble de inndelt i fem grupper avhengig av starttidspunkt på kurs.

Resultat: Resultatet viser at informantene var svært fornøyd med kurset. De hadde god utbytte av de ulike temaene, og aller best utbytte av den kognitive modellen og kunnskapsformidling om angst. Støtten og nytten av å være sammen med andre mennesker med angst, samt engasjerte kursledere, viser seg å være betydningsfullt. Informantene mestrer angsten i gjennomsnittlig middels grad ved undersøkelsestidspunktet. Pre – post angstscoresskjema viser signifikante endringer på angstsymptomer hos de fire siste gruppene.

Konklusjon: Evalueringen viser at angstmestringskurs for mennesker med lettere til moderate angstplager kan være et viktig tiltak i primærhelsetjenesten. Langtidseffekten er noe usikker, med tanke på hva som virker.

Nøkkelord: Mestring, Angst, psykoedukasjon, salutogenese, Kognitiv terapi, kognitive, behandlingsgruppe, empowerment.

Abstract

Purpose: Mental health issues' compose major public health challenges on our society. Amongst Norway's inhabitants, anxiety disorders are one of the three most widespread mental health conditions. Prognoses show that one fourth of the population will suffer from an anxiety condition during their lifetime, and approximate 15 % during a year. A municipality in the eastern part of Norway has, in cooperation with another municipality, designed a cognitive therapy course on coping with anxiety, based on the cognitive model, appropriate for those with light to moderate anxiety disorders. The objective is to improve participants coping with anxiety. So far, the municipality has completed the course seven times, with a total of 45 participants. The purpose of this study is to evaluate the course. An evaluation can contribute with both quality assurance and to further develop the intervention for relevant participants, those with light to moderate anxiety disorders referred to the department of psychiatric treatment in this Eastern Norway municipality

Method: This is a quantitative study. The data is gathered using a questionnaire, in addition to an anxiety rating scale filled in twice - before course start and at the time of examination, during three months to four years. Data includes feedback on course subjects, personal effect of cognitive behavioral group participation and to what extent personal objectives were achieved. All together 31 informants took part in the study. During the analyses all 31 were split into five different groups, according to the time of course start-up.

Result: The results showed that all informants were satisfied with the course. Course content showed to be useful, and in particular the cognitive model and the psychoeducation about anxiety issues, were most useful. The support from others with a similar condition was important. Also engaged course leaders were of significance. Informants coped with anxiety in an average middle degree on time of examination. Pre post anxiety score rate showed statistical significant change on anxiety symptoms on the last four groups.

Conclusion: The evaluation showed that cognitive therapy courses in primary health care might be an important approach to cope with anxiety, for those with light to moderate anxiety conditions. However, there are some uncertainties on long term effects, considering what works.

Keywords: Coping, anxiety, psychoeducation, salutogenesis, cognitive therapy, cognitive behavior group, empowerment.

1. Innledning

Psykiske helseproblemer utgjør i dagens samfunn en betydelig folkehelseutfordring. Prognoser viser at en tredjedel av Norges befolkning vil utvikle en psykisk lidelse i løpet av ett år. Det hevdes at så mange som om lag halvparten vil rammes av en psykisk lidelse minst en eller flere ganger i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2010). Om lag en av ti nordmenn i yrkesaktiv alder er uføretrygdet, og beregninger viser at omtrent en tredjedel av disse er uføre på grunn av en psykisk lidelse. Den gjennomsnittlige alderen for uførhet er ni år tidligere for mennesker med en psykisk lidelse enn de med en somatisk lidelse. Tallene fra undersøkelser i Norge skiller seg ikke ut i fra andre vestlige land (Mykletun & Knudsen, 2009). Psykiske helseplager debuterer ofte tidlig, og kan gi konsekvenser på mange forskjellige livsområder, som arbeid/utdanning, personlige forhold og sosial deltakelse (Folkehelseinstituttet, 2009).

I den norske befolkningen er angstlidelser en av de tre mest utbredte psykiske lidelsene ved siden av alkoholavhengighet og depressive tilstander. Så mange som en fjerdedel av befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, og ca 15 % i løpet av ett år (Nes & Clench-Aas, 2011).

Norske og internasjonale studier viser at det er flere kvinner enn menn som rammes av en angstlidelse. Resultater fra folkehelseundersøkelser i Oslo, viste en livstids prevalens som var dobbelt så stor hos kvinner sammenliknet med menn (Folkehelseinstituttet, 2009).

Psykiske lidelser er kostnadskrevende sykdommer, og det blir anslått at det kan komme til å koste det norske samfunn 60 - 70 mrd. kroner hvert år i trygde-, behandlings- og sosialutgifter. Halvparten av kostnadene er relatert til angst og depresjonslidelser. Ved å tilby rask og effektiv behandling, vil det være store summer å spare for samfunnet. For den enkelte kan det medføre en bedre livskvalitet. En form for effektiv hjelp er å tilby lavterskel tilbud som gir folk redskap til selv å håndtere og mestre utfordringer og problemer i livet (Major, 2011).

Folkehelseinstituttet anbefaler i sin rapport 2011:1 ”Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger”, at grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon tilbys i alle landets kommuner. Dette er et av de ti tiltakene som anses som viktigst og som bygger på det mest solide evidensgrunnlaget for godt forebyggende psykisk helsearbeid (ibid).

1.1 Bakgrunn

Opptappingsplanen for psykisk helse (1996 – 2008), fremhever betydningen av et paradigmeskifte fra å fokusere på sykdom og diagnoser, til å sette fokus på psykososial fungering og mestring. Dette understøttes også av brukerorganisasjonene. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse, viser at det gjenstår viktige utviklingsoppgaver knyttet til kvalitet, kompetanseheving og innhold i tjenesten.

I tråd med opptappingsplanen gjorde Avdeling psykisk helse, i en mellomstor landkommune på Østlandet, en omprioritering av sitt tjenestetilbud til personer med angst plager. Dette ble gjort på bakgrunn av at de fleste som ble henvist til avdelingen hadde symptomer på angst. En stor andel av henvisningene og henvendelsene etterspurte såkalte individuelle støttesamtaler, uten nærmere definisjon av varighet og innhold. Dette var ressurs- og kostnadskrevenne tiltak og effekten av samtalene var heller ikke godt nok dokumentert. Avdelingen ønsket derfor en endring i tjenestetilbudet for denne gruppen. Representanter fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LLP), rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) og mental helse var med i planarbeidet som resulterte i at avdelingen ønsket å utvikle kompetanse på mestringskurs. I samarbeid med en nabokommune, og med inspirasjon fra et lokalt DPS, fikk jeg muligheten til å være med å utarbeide et kurskonsept for denne gruppen. Kurset ble kalt ”angstmestringskurs”, og hovedmålsettingen med kurset var at deltakerne skulle mestre sin angst bedre. Kurset har blitt ledet av to psykiske helsearbeidere med videreutdanning i kognitiv terapi. Jeg er en av dem, med bakgrunn som psykiatrisk sykepleier. Den andre kurslederen har bakgrunn som ergoterapeut, er medstudent, og jobber i samme prosjekt. En fysioterapeut har også bidratt på enkelt temaer som omhandler kropp og muskulatur. Kurset er videreutviklet gjennom alle de årene det har gått, på bakgrunn av tilbakemeldinger fra deltakerne.

I Folkehelseinstituttet`s rapport 2011:1 ” Bedre føre var”, beskrives viktigheten av gode evidensbaserte tiltak og tidlig intervensjon som sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak. I rapporten fremheves betydningen av evalueringsforskning: ”Evaluering av forebyggende tiltak må være forskningsbasert og omfatte både iverksetting (implementering), virkning (effekt), lønnsomhet (kostnadsnytte) og om folk vil ha dem (brukertilfredshet)” (Major 2011, s.10).

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å gjøre en evaluering av igangsatt angstmestringskurs. En evaluering av angstmestringskurset, kan bidra til å kvalitetssikre og videreutvikle intervensjonen i forhold til mennesker med lettere til moderate angstplager som blir henvist til Avdeling psykisk helse i denne Østlandskommunen.

Vi er to studenter og kollegaer som ønsker å evaluere kurskonseptet. Medstudent velger en kvalitativ metode med fokus på erfaring og opplevelser rundt deltakelse på angstmestringskurset. Jeg velger en kvantitativ metodisk tilnærming hvor hensikten med studien er å evaluere nytteverdien av kursets rammer og innhold, og om kurset i sin helhet har bidratt til bedre mestring av angst i hverdagen etter at de avsluttet kurset. En prosjektkoordinator har bidratt undervegs i hele prosessen fra utsending av informasjonsbrev om studien, til innsamling og innplotting av data.

Med utgangspunkt i presentert bakgrunn og hensikt, formuleres følgende problemstilling:

Har angstmestringskurs hatt betydning for deltakernes mestring av egen angst?

For å besvare denne problemstillingen vil følgende forskningsspørsmål bli undersøkt:

1. *Hvordan vurderer kursdeltakerne de ulike temaer som ble presentert på kurset?*
2. *Hvordan vurderer kursdeltakerne dialogen og samværet med andre mennesker med angstplager?*
3. *Hvordan mester kursdeltakerne sine angstplager i dag?*

Det første forskningsspørsmålet er direkte relatert til kursets innhold, og evaluering av dette. Det andre forskningsspørsmålet handler mer om hvilke utbytte deltakerne hadde av selve gruppeprosessen. Det siste forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i hvilke endringer som har skjedd i kursdeltakernes liv etter kursets avslutning. Da tidsperioden etter avsluttet kurs varierer for de ulike gruppene, vil man også kunne vurdere stabiliteten av en eventuell bedring.

1.3 Begrepsavklaring

I dette kapitlet beskrives noen sentrale begreper som blir brukt i oppgaven. Mestringsbegrepet er stadig brukt og Arnstein Finset definerer begrepet på følgende måte:

”Mestring kan defineres som et forsøk på å unngå, redusere, tolerere eller forholde seg aktivt og problemløsende til indre og ytre krav som oppleves som en utfordring i forhold til individets ressurser” (Thingnæs, Haslerud, & Thorsen, 2008, s. 4).

Begrepet pasient blir brukt i forbindelse med tjenester fra spesialisthelsetjenesten. En bruker defineres som en mottaker av de kommunale tjenester. Deltakerne som deltok på angstmestringskurset omtales som kursdeltakere, og de som deltar på studien omtales som informanter.

Følgende begreper benyttes som synonymer: Studie og undersøkelse. Kognitiv terapi, KBT og den kognitive modell. Kurs, innsats og intervensjon. Angstplager, angstproblemer og angstlidelse.

I studien blir det flere steder brukt benevnelsen ”mestring av angst i dag”. Det beskriver mestring av angst på undersøkelsestidspunktet.

1.4 Studiens videre oppbygning

Oppgaven er inndelt i sju kapitler. I neste kapittel beskrives selve angstmestringskurset og kursets programteori. I kapittel tre presenteres først relevant forskning på området, før jeg går over til oppgavens teoretiske rammeverk. I kapittel fire presenteres metodedelen med beskrivelse av aktuelle evalueringsteorier. Videre beskrives datainnsamlingsmetoden med etiske overveielser. Resultatene fremlegges i kapittel fem. Deretter følger diskusjonskapitlet som blir innledet med studiens reliabilitet og validitet. Oppgaven avsluttes med en konklusjon, vurdering av studiens styrke og svakhet, og avsluttende anbefalinger til klinisk praksis og videre forskning.

2. Beskrivelse av angstmestringskurset

Betegnelsen program kan beskrives som en innsats eller tiltak som iverksettes eller anbefales av myndighetene for oppnå definerte målsettinger på et bestemt område (Vedung 1998). Programmet er i denne sammenheng et angstmestringskurs som er utarbeidet av kommunen selv. Programmet blir først beskrevet, før angstmestringskursets programteori blir presentert. Programteorien er bygd opp rundt teori og tidligere forskning som presenteres i teorikapittelet. Kurset har en pedagogisk tilnærming med fokus på undervisning og erfaringsutveksling, og skiller seg fra gruppeterapi ved at det legges mindre vekt på gruppeterapeutiske prosesser.

2.1 Organisering av kurset

Forsamtalen og utvelgelse av kursdeltakere:

Alle aktuelle kursdeltakere blir innkalt til en forsamtale før de eventuelt får et tilbud om deltakelse på kurs. Til denne forsamtaalen har alle med seg et angstscoreskjema, som beskrives nærmere i kapittel 4.5.2. Dette blir tilsendt sammen med innkallingen og gjennomgått i løpet av samtalen. Ved en gjennomgang av angstscoreskjemaet, vil kurslederne få kjennskap til hvilke og hvor omfattende angstplager kursdeltakeren har. Det vil også gi en pekepinn på om søkeren er i målgruppen for kurset, og hvilke tema det er aktuelt å prioritere i undervisningen. Kurset egner seg best for mennesker med lette til moderate angstplager, innenfor diagnosene sosial fobi, agorafobi med og uten panikklidelse, panikklidelse og generalisert angst.

Eventuelle ekskluderingskriterier blir også vurdert. Disse kan være aktivt rusmisbruk, bruk av store mengder angstdempende midler, alvorlig psykisk lidelse, for høyt angstnivå, for mange tilleggsproblemer, manglende lyst eller motivasjon

I forsamtaalen får kursdeltakerne ellers informasjon om kursopplegget og målet med kurset. Det legges stor vekt på søkerens motivasjon og hvilke målsetting søkeren har for deltakelse på kurset. Det blir også informert om betydningen av oppmøte. Dette er av respekt for gruppedeltakerne, og for å sikre en viss stabilitet og dynamikk i gruppen. Det skrives ikke under på noe taushetsløfte, men betydningen av et moralsk taushetsløfte blir presisert i forsamtaalen.

Rekruttering og utvelgelse av deltakere har endret seg fra første til siste kurs. De første kursene besto av flere som allerede hadde et individuelt tilbud i avdelingen, og hvor angst var en av flere psykiske helseproblemer. Etter hvert som tilbudet ble kjent i befolkningen, og hos henvisende instanser, ble det flere søkere og dermed mulig å velge kursdeltakere ut i fra egnet målgruppe for kurset.

Rammen rundt kursopplegget

Siden oppstart i 2008 og frem til våren 2012, er det avholdt totalt 7 kurs med til sammen 45 deltakere. Det første og de tre siste angstmestringskursene har gått over 10 møtedager, mens de andre kursene har gått over 12 møtedager. Justeringen er gjort ut i fra ønske og tilbakemeldinger fra deltakerne. Det arrangeres en oppfølgingsdag to til tre måneder etter siste kursdag. I tillegg blir det gitt tilbud om hjelp i forbindelse med eventuell oppstart av selvhjelpsgruppe. Selve kurset ledes av to psykiske helsearbeidere med en fysioterapeut som deltar på enkelttemaer.

Hver kursdag varer to og en halv time inkludert to pauser. Det serveres kaffe, vann, te og kjeks. Kursdagene er lagt opp med en fast struktur for å gi deltakerne en viss forutsigbarhet og trygge rammer:

- En runde rundt bordet hvor deltakerne forteller så mye de selv vil om hvordan de har hatt det siden forrige møte.
- Tilbakemelding fra siste kursdag med oppklarende spørsmål og kommentarer.
- Gjennomgang og spørsmål rundt hjemmeoppgaven.
- Dagens tema blir presentert med vekt på undervisning og erfaringsutveksling.
- Gjennomgang av ny hjemmeoppgave

Alle kursdeltakerne får utdelt en kursmappe og en mestringsbok ved angstlidelser på kursets første dag. Kursmappen inneholder en oversikt over temaene de ulike kursdagene, samt en oversikt over nevnte struktur på hver kursdag. Mestringsboken er gitt ut av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Denne boken er forfattet på bakgrunn av erfaringer som er gjort i det tverrfaglige arbeidet ved gruppepoliklinikken ved Psykiatrisk klinikk ved Stavanger Universitetssykehus. Den er skrevet med utgangspunkt i alle de tilnæringsmåtene

poliklinikken har benyttet seg av i behandlingen av personer med ulike angstlidelser (Thingnæs, et al., 2008).

Det beskrevne angstmestringskurset har den kognitive tilnæringsmåten i bunnen, og det er av den grunn kun utvalgte kapitler i mestringsboken som blir prioritert på kurset. Ut over dette blir det henvist til bøker og artikler av Berge og Repål (Berge & Repål, 2004, 2010), og Ingvard Wilhelmsen (Wilhelmsen, 2004, 2006).

Innhold på kursdagene:

Kursdag 1: Denne dagen går ut på å skape trygge, gode rammer for at deltakerne skal bli kjent med hverandre og kurslederne. Det utarbeides noen felles grupperegler ut i fra forslag fra deltakerne. Videre gis det grundig informasjon om struktur og kursinnholdet. Hver deltaker skriver ned de målsettingene som de har for kursdeltakelsen. Til slutt får de en introduksjon om temaet kognitiv terapi, som er en rød tråd gjennom hele kurset.

Kursdag 2 -3: Disse dagene blir viet til temaet angst. Det blir undervist om angstsymptomer, ulike angstlidelser, kroppslige reaksjoner og ulike teorier rundt årsaksforhold. Det er mange deltakere med mye kunnskap og erfaring på disse temaene, og det er viktig å få frem denne kunnskapen fra gruppedeltakerne. Hver deltaker utarbeider også sin egen angststige med en gradering av ulike situasjoner som gir angstsymptomer.

Kursdag 4-5: Deltakerne lærer den kognitive modellen, som har til hensikt å gjenkjenne og endre tanker og handlingsmønstre som bidrar til opprettholdelse eller forsterkning av angstsymptomer (Berge & Repål, 2010). Eksempler fra kurslederne og eller kursdeltakerne blir vist på en tavle ved hjelp av en ABC- modell som beskriver situasjon (A), tanker (B) og følelser (C). Etter hvert introduseres alternative tanker(D) og resultat(E). Eksponeringsterapi er også et sentralt tema.

Kursdag 6-7: Det arbeides videre med ABC-modellen og erfaringer fra deltakerne trekkes frem. Eksponeringstrening kan være skummelt for de fleste. Mange er redde for å få panikkangst. Undervisning om panikksirkelen er sentralt. Det viser seg at mange av de som deltar på kursene har en form for sosial angst, og det blir undervist spesielt om dette tema. Bekymringsangst og grublerier er også noe som viser seg å være et problem for mange. Teknikker for å stoppe/endre disse blir gjennomgått.

Kursdag 8-9: Fysioterapeut underviser mer om kroppslige reaksjoner, - muskulatur, spenninger og pust. Dette demonstreres med øvelser. Når summen av belastninger overstiger det den enkelte kan stå imot, skaper dette en ubalanse. Dette blir synliggjort ved hjelp av en såkalt ”ressurssekk”, som hver deltaker utarbeider på egen hånd. Sosial støtte/nettverk, aktiviteter som kan gi glede, humor og energi vil være en buffer i forhold til belastninger, og er viktige elementer i en endringsprosess.

Kursdag 10: Denne kursdagen er en avrunding av selve kurset. Det blir gitt noen ”gode råd” på veien videre, og en mulighet for repetisjon av enkelt temaer. Det gjøres en muntlig evaluering, samt en skriftlig evaluering som leveres inn anonymt. Evalueringsresultatet benyttes for å vurdere eventuelle endringer i kursopplegget. Det er et mål for kurset at gruppen skal fortsette som en selvhjelpsgruppe, og interessen for dette undersøkes. Tid, sted og avtale for oppstart av denne blir klarlagt, før dato for en oppfølgingsdag blir avtalt.

Oppfølgingsdag: Deltakerne bestemmer mye av innholdet på denne dagen. Her legges det opp til erfaringsutveksling mellom deltakerne, som omhandler det de har fått med seg fra kurset. Det er også rom for repetisjon av enkelte temaer fra kursdagene.

2.2 Angstmestringskursets programteori

I selve programbegrepet ligger det en beskrivelse av den samlede innsatsen som rettes mot en gruppe, og som da forventes å lede til et ønsket resultat (Eriksson & Karlsson, 2008). Programmet er ofte en beskrivelse av tiltak som settes i gang av styrende myndigheter for å oppnå bestemte mål. Programteorien må ha en teoritilknytning i bunn, som beskriver hva de styrende myndigheter ønsker å oppnå med den intervensjon som anbefales og iverksettes, ut i fra forskningsbasert kunnskap (Vedung, 1998). Det blir her gjort antagelser om hva man forventer vil skje fra tiltaket starter til resultatet foreligger.

Programteorien kan i denne sammenheng sammenstilles med helsedirektoratets rundskriv til kommunen; Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011, hvor myndighetene anbefaler et ”sosialt program” til kommunehelsetjenesten. Det har til hensikt å styrke tilbudet til personer med angst og depresjoner ved å anbefale mestringskurs. Helsedirektoratet viser her til samhandlingsreformen, hvor betydningen av de forebyggende helsetjenestene vektlegges på bakgrunn av forskningsbasert evidensgrunnlag (Helsedirektoratet 2011a). Selve innholdet i programmet er delegert til kommunene, og programmet er i denne sammenheng et

angstmestringskurs som er utarbeidet av to kommuner på Østlandet. Angstmestringskurset er implementert som en del av tjenestetilbudet i disse kommunene. Når man planlegger å gjennomføre en form for innsats eller intervensjon, har man visse forventninger om at man vil oppnå bestemte effekter. Det vil være viktig for en evaluator å avdekke denne teorien. Teorien som ligger i bunn må settes opp i mot forskning, vitenskapelige artikler og faglitteratur som kan understøtte den forventede virkningen av programmet (Sverdrup, 2002). Krogstrup (2006) peker på at det i programteorien må fremkomme antagelser om hva som kan virke, for hvem, hvor - når, under hvilke betingelser og med hvilke forventede effekter (s.96). Det vil av den grunn være hensiktsmessig at den som er ansvarlig for et program beskriver nettopp dette, slik at programteorien kan bli et nyttig verktøy i planleggingen av en evaluering.

Angstmestringskurset består av mange ulike elementer, som kan beskrives som en kjede av sammensatte tiltak i en "virkemiddelpakke". Denne kjeden av virkemidler vil da være gjenstand for en evaluering, og kan gi evaluator viktig informasjon om og hvilke virkemidler som har ført til de ønskede resultater eller endringer for deltakeren (Sverdrup, 2002).

Jeg velger å dele opp kjeden av virkemidler til å omhandle følgende grupperinger:

- Den psykoedukative effekten med undervisnings av ulike temaer rundt angst.
- Den kognitive tilnærmingen med den kognitive verktøykassen.
- Eksponeringstreningen ut i fra en individuell angststige.
- Betydningen av sosial støtte og deltakelse i en gruppe.

Dette er alle områder hvor det finnes forskningsbasert vitenskap som dokumenterer virkning i forhold til ulike angstlidelser. Det er på bakgrunn av denne kunnskapen at de nevnte virkemidlene forventes å påvirke de mål man ønsker å oppnå med angstmestringskurset.

Angst er en følelse som kan gi ubehagelige kroppslige reaksjoner, endret tankemønster og atferdsendring. Sterk angst oppleves svært ubehagelig for de fleste, og man kan fort komme inn i en selvforsterkende ond sirkel, hvor man unngår alle situasjoner som kan være angstfrembringende. Det kan igjen føre til en gradvis isoleringstendens og en forringet livskvalitet (Repål, Talseth, & Godager, 2004). Depresjonssymptomer er ikke uvanlig tilleggslidelse til angst (Børve, 2009). Ved å tilby personer med angstplager deltakelse i en angstmestringsgruppe, vil det kunne bidra til å bryte denne isolasjonstendensen. De vil få kontakt med andre mennesker som har mange av de samme helseplagene og samtidig oppleve

at de ikke er alene med sine problemer. En av fordelene med gruppetilbud er at deltakerne ser og blir kjent med andre som har lignende opplevelser og erfaringer som dem selv. Når deltakere ikke kan se på andre at de har angstproblemer, ufarliggjøres også deres egen angst. For mange er det enklere å innse at mye av angsten er irrasjonell når de gjenkjenner at andre har de samme problemene (Berge & Repål, 2010). På kurset vil de blant annet få undervisning om ulike temaer rundt det å ha angst. Tanken bak dette er at deltakerne skal få mer kunnskap og innsikt i sine problemer, noe som igjen kan bidra til økt trygghet, større tro på egen mestringsvevne og håp om endring av egen situasjon.

I denne tilnærmingen til psykiske helseplager, er det viktig at brukeren selv tar ansvar og er delaktig i løsningen av sine problemer. Hjemmeoppgaver og erfaringsutveksling er derfor en viktig del av kurset. Det finnes mye kunnskap i en gruppe hvor mennesker med angstproblemer er samlet. Det vil være nyttig å dele denne kunnskapen med hverandre. Det å få tilbakemelding og støtte fra andre som har kjent angsten på kroppen, vil være mer troverdig enn kun å få innspill fra en terapeut som kanskje aldri har kjent på problemet selv. Det betyr ikke at gruppelederne skal forholde seg passive i dialogen, men ha en bevisst og tydelig rolle som kunnskapsformidler og som samtidig stimulerer til gruppedeltakelse. Mange av de som henvises til kurset har sosial angst. Det å være i en gruppe med flere mennesker og samtidig bli oppfordret til å ta ordet, vil være en situasjon som er viktig trening i seg selv. Det kan igjen bidra til at deltakerne vil teste ut ny måte å håndtere sin angst på utenfor gruppens trygge ramme (Berge & Repål, 2004).

Litteratur og tidligere forskning viser at eksponeringsterapi med en kognitiv innfallsvinkel har god virkning i forhold til mennesker med angstplager (Statens helsetilsyn, 1999). Angstfremkallende tanker er ofte urimelige og uhensiktsmessige, og benevnes som tankefeil eller feiltolkninger. Ved å eksponere seg for angstfremkallende situasjoner, lærer deltakerne å kjenne igjen disse, for deretter å erstatte de med mer nyanserte, hensiktsmessige og oppbyggende tanker. Dette vil være et viktig verktøy som deltakeren kan prøve ut i løpet av kursperioden, og som kan bidra til en bedre mestring av angsten. Ikke alle er klar for å starte opp med dette, og derfor legges det også opp til undervisning om andre tilnæringsmetoder (Thingnæs, et al., 2008). På kurset blir det også presentert en "verktøykasse" av ulike tilnæringsmetoder, hvor deltakeren kan ta i bruk det verktøyet som passer best for den enkelte. Det blir lagt opp til at gruppen skal fortsette sitt samarbeid i form av en selvhjelpsgruppe. Gruppen sitter inne med mye kunnskap, og sammen kan de hjelpe

hverandre til å ta i bruk de iboende ressurser som finnes i det enkelte mennesket, i arbeidet mot en bedre mestring av angst og økt livskvalitet. Dette er viktig folkehelsearbeid, og angstringen har foretatt undersøkelser som bekrefter nytteverdien (Repål, et al., 2004).

3. Teoretisk forankring

I dette kapittelet presenteres først databasesøk etter aktuell litteratur og forskning på området. Videre presenteres teoretisk forankring og forståelse rundt begrepene psykisk helse og psykisk helsearbeid. Helsefremmende arbeid beskrives nærmere gjennom teorier om salutogenese, empowerment og brukermedvirkning. Til slutt beskrives fenomenet angst, den kognitive modellen, eksponeringstrening, psykoedukasjon i grupper, og selvhjelp.

3.1 Litteratursøk og tidligere forskning

All forskning har intensjon om å frembringe ny kunnskap. Det vil av den grunn være viktig å finne ut om det finnes annen forskning på det området studien omhandler. I dette kapittelet presenteres relevant forskning i forhold til sentrale teorier og funn i oppgaven. I søket etter relevant forskning ble det utført et systematisk databasesøk ut i fra et ”PICO” skjema¹.

Det ble søkt i følgende databaser: SveMed+, PsycINFO, Embase, og PubMed. Søkene viste at det var vanskelig å finne aktuell forskning innenfor kategorien angstmestringskurs. Funnene var mer relatert til kognitiv gruppebehandling, og da opp i mot spesialisthelsetjenesten. Forskningsresultatene blir av den grunn ikke helt sammenlignbare. Sentrale elementer i kurset vil allikevel bli vurdert opp i mot funnene. Verdien av kognitiv terapi ved ulike angstlidelser er godt dokumentert (Berge & Repål, 2010).

Av studier som er gjort her i landet, vil jeg trekke frem Møller og Hegna sin kvantitative studie fra voksenpsykiatrisk poliklinikk, ved Kongsberg sykehus. Elementene i behandlingen var kognitiv terapi, fysioterapi og gruppet metode. Resultatene viste en generell nedgang i symptombelastning (Møller & Hegna, 2001). En undersøkelse fra kunnskapssenteret, viste at gruppeundervisning ser ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom (Austvoll-Dahlgren, Nøstberg, Insbekk, & Vist, 2011). Martinsen, med medarbeidere, har også gjort en kvantitativ studie av personer med fobisk angst i kognitive arbeidsgrupper som gikk over 11 uker. Resultatet viste en stor

¹ PICO skjema : P= Patient/problem, I= Intervention, C= Comparison, O = Outcome.

Søkeordene ble søkt hver for seg og i kombinasjon med hverandre: Mental health services, health care delivery, anxiety disorders, psycho education, cognitive behavior group, group therapy, coping and management.

nedgang i fobisk unngåelse, kroppslige opplevelser, angst tanker og depresjon. Langtidseffekten var også god (Martinsen, Olsen, Tønset, Nyland, & Aare, 1998). Gråwe har, sammen med fagpersonell ved St. Olavs Hospital, utarbeidet et gruppebasert kursprogram for mennesker med sosial angst. Kurset er bygd opp rundt evidensbaserte metoder som psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og eksponeringstrening (Gråwe, Cabrera, & Eriksen, 2008). Kurset er utarbeidet på bakgrunn av oppsummert forskning, som viste god langtidseffekt med kognitiv atferdsterapi. Effekten var noe mindre for de som samtidig tok angstdempende midler (Gråwe & Nordahl, 2000). Det er også gjort en kvalitativ studie av Linnerud og Karlsson (2009), med kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser. Målsettingen ved denne studien var registrering av endring i symptomer og livssituasjon, samt hva deltakerne opplevde som nyttig i behandlingen. Samtlige gruppedeltakere opplevde symptombedring og dermed færre begrensninger i dagliglivet. Opplevelsen av nytteverdi var knyttet til kunnskapservvelse omkring angst, tankenes påvirkning på angst og eksponeringsterapi. Kurs i mestring av depresjon arrangeres i mange av landets kommuner (Børve, 2009). En randomisert kontrollert studie av kurskonseptet viste en forkorting av depresjonsperioden, og at kurset ga en helseøkonomisk gevinst (Dalgard, 2004). Rammen rundt kursopplegget er ikke veldig ulikt denne studiens angstmestringskurs, da det er bygd opp rundt et psykoedukativt gruppeprogram med den kognitive læringsmodellen i bunn.

Fra Karolinska Institutet i Sverige har Mörtberg og kollegaer gjort en randomisert studie med kontrollgruppe. Funnene viste at gruppen som mottok kognitiv gruppeterapi hadde symptombedring ved nedgang av sosial angst, unngåelsesatferd og trygghetssøkende atferd. Oppfølgingsstudie etter tre måneder, seks måneder og ett år, viste fortsatt bedring av symptomer (Mörtberg, Karlsson, Fyring, & Sundin, 2006). Ved Vårdsentralen i Sunbyberg i Sverige, har de utviklet en kognitiv gruppebehandlingsmetode. Gruppen var sammensatt av mennesker som hadde hatt et stort antall behandlingskontakter før intervensjonen. Konklusjonen herfra viste at man med små ressurser kan drive virksomme KBT- grupper i kommunehelsetjenesten (Hammarberg, 2005). I Danmark har Sunhedsstyrelsen tatt initiativ til opprettelse av et sekretariat som har til hensikt å utarbeide et referanseprogram i behandlingen av voksne med angstlidelser. Referanseprogrammet baserer seg på anbefalinger av nyere faglig viten og evidensbaserte tiltak i behandlingen. Kognitiv atferdsterapi er en av anbefalingene i forhold til ulike angstlidelser (Sunhedsstyrelsen, 2007).

I søket etter internasjonale evidensbaserte studier, har BMC medicine publisert en metaanalyse med fokus på psykoedukative behandlingstiltak for angst og depresjonslidelser.

Denne studien konkluderte med at psykoedukative behandlingstiltak kan bidra til reduksjon av symptomer. De kan implementeres raskt, og er også kostnadseffektive. Funnene tydet på at kvaliteten på tiltakene var avgjørende (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009). Andre søk om kunnskapsbasert internasjonal forskning på behandling av angst, ”best practice”, bekreftet flere metaanalyser effekten av kognitiv behandling. En metaanalyse over ”randomiserte placebo kontrollerte – studier”, viste også at kognitiv behandling var effektivt, men at behandlingen hadde et forbedringspotensiale (Hofmann & Smits, 2008).

3.2 Psykisk helse

Alle mennesker har en psykisk helse, og vil gjennom livet møte utfordringer som påvirker den. Det finnes mange ulike definisjoner av begrepet. I nasjonal strategiplan for psykisk helse og arbeid (2007 – 2012), beskrives psykisk helse som ”*evne til å mestre tanker, følelser og atferd, og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang*” (Brustad & Hansen, 2007). Den psykiske helsen er ingen stabil tilstand. I opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2006), betraktes da også psykisk helse som et kontinuum (Sosial- og, 2003).

Det kan være mange ulike årsaker til at mennesker ikke har de forutsetninger som skal til for å utvikle en god psykisk helse. Det snakkes her om helsedeterminanter som påvirker individets helse. Det kan være risikofaktorer og beskyttende faktorer, som virker som motpoler på hverandre (Major, 2011). Mæland (2010), deler påvirkningsfaktorene i fire hovedgrupper. Genetiske og biologiske faktorer hos individet. Atferd og psykologisk væremåte. Miljø og omgivelser. Forebygging, behandling, omsorg og pleie. Disse faktorene virker gjensidig inn på hverandre. Dette innebærer et utvidet perspektiv på helse, ved å se individet i sammenheng med det miljøet det befinner seg i. Helse skapes da også på andre arenaer enn innenfor helsesektorens territorium. Dette krever en helhetlig politisk plattform, som bidrar til helsefremmende arbeid på tvers av de ulike sektorer. Den nye folkehelseloven, som trådte i kraft den 01.01.12, er et resultat av den nye tilnærmingen til helse, hvor myndighetene har et større ansvar for å tilrettelegge og fremme samfunnsutvikling som styrker folkehelsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. (Folkehelseloven, 2011).

Ved å innføre samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, er målet å sikre en bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet,

tilpasset den enkelte bruker. Samhandlingsreformen vektlegger økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, økt brukerinnflytelse og inngåelse av samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Et hovedområde er å utvikle kommunerollen til å kunne hindre sykdomsutvikling ved økt fokus på forebygging, og at kommune tar større ansvar for helse og omsorgstjenestene ved at det overføres oppgaver til kommunene (Helsedirektoratet, 2011b). Et lavterskel angstmestringskurs virker å være helt i tråd med ovennevnte lovverk og reform.

3.3 Psykisk helsearbeid i kommunen

Psykisk helsearbeid i kommunen defineres på følgende måte i Sosial- og helsedirektoratets veileder Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Sosial- og, 2005):

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (s.7).

Psykisk helsearbeid er en samlebetegnelse på helse- og sosialtjenester som blir gitt til mennesker med psykiske helseplager i kommunen. Utgangspunktet for tjenesten er brukernes behov, og verdier som respekt, anerkjennelse og autonomi er sentrale (Almvik, Borge, & Berntsen, 2006). Psykisk helsearbeidere er en felles benevnelse på ulike aktører med forskjellig faglige bakgrunn og perspektiv, som arbeider med å fremme psykisk helse i lokalsamfunnet (Hummelvoll & Dahl, 2012). Psykiatrisk sykepleiere er en av flere profesjoner i dette tverrfaglige teamet i Østlandskommunen. I denne studien velger jeg derfor ikke å skille mellom de ulike profesjonene. Dette er også i tråd med de nye helselovene som kom i 2001, hvor det legges opp til et bedre tverrfaglig samarbeid og en nedtoning av profesjongrensene. Videreutdanningen i psykisk helsearbeid er også et resultat av denne satsningen, hvor det legges opp til en bredere kunnskapsplattform med ulike grunnutdanning som kan bidra til økt samarbeidskompetanse (Almvik, et al., 2006).

På bakgrunn av stortingsmelding nr. 25 (1996-97), "Åpenhet og helhet", som konkluderte med at det eksisterte et utilfredsstillende tilbud til mennesker med psykiske lidelser,

signaliserte Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2006) en endret kurs i det psykiske helsearbeidet. Den overordnede målsettingen med Opptrappingsplanen var å ”fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser (Sosial- og, 2003). Den endrete kursen innebar mer satsning mot enkeltindividet, familien og lokalsamfunnet, i den hensikt å mobilisere egenkraft og iboende muligheter. Tilbudet skulle inneholdt tjenester som bidro til læring, mestring og egenaktivitet. (Almvik, et al., 2006).

Norges forskningsråd fikk i oppgave av helse og sosialdepartementet å evaluere opptrappingsplanen i forhold til måloppnåelse. Denne konkluderer blant annet med at mange av målene er nådd på papiret, men at det er vanskelig å finne ut om innholdet og kvaliteten på iverksatte tiltak er tilfredsstillende ut i fra målsettinger. De anbefaler blant annet at det satses videre på kvalitetsindikatorer. I evalueringsrapporten kommer det også frem at voksne med psykiske lidelser er av de prioriterte gruppene med fare for at de med lettere psykiske lidelser ikke får et tilfredsstillende tilbud. Brukermedvirkning har vært sentralt i planarbeidet, men det konkluderes med at det fortsatt er en jobb å gjøre i forhold til å styrke brukernes stilling (Brofoss, Larsen, & Friis, 2009). Evalueringsforskning av igangsatte tiltak i forhold til effekt og brukertilfredshet, jfr. Folkehelseinstituttets rapport 2011:1 ”Bedre føre var”, vil i så måte være i tråd med Opptrappingsplanen.

3.4 Salutogenese

Gjennom målsettingen fra Opptrappingsplanen stilles det nye krav og forventninger til psykisk helsearbeid. Samhandlingsreformen legger føringer ved å anbefale overføring av midler fra behandling til forbygging gjennom lokalbaserte tiltak. Med utgangspunkt i at psykisk helse kan være et positivt begrep, som kan gi muligheter og styrke, er det flere som har vært opptatt av hva som fremmer og utvikler god helse. I dagens samfunn er dette et meget aktuelt tema i forhold til andre helsespørsmål, men et underfokuset tema innenfor den tradisjonelle psykiatriske behandlingen (Langeland, 2006).

Sosiologen Aron Antonovski skapte begrepet *salutogenese*, som er læren om helsens tilblivelse. Han var opptatt av hvilke faktorer som kunne bidra til en høyere grad av helse, og utviklet en teori som var en motreaksjon til *patogenese*, som fokuseres på faktorer som bidrar til sykdomsutvikling (ibid). Antonovski så på helse som et kontinuum fra helse til uhelse, og avviste det dikotomiske synet på helse. Gjennom forskning på mennesker som alle hadde opplevd sterke traumer, og kommet bra ut av det, fant han noen fellesnevner. Begrepene ”

Sense of coherence (SOC)", som kan oversettes med "*en opplevelse av sammenheng*", og "General resistance resources (GMR)", som kan oversettes med "generelle motstandsressurser", er sentrale i hans tenkning rundt salutogenese (Antonovsky, 1991).

Begrepet "Opplevelse av sammenheng" inneholder tre ulike komponenter; begripelighet (forståelighet), håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvilke utstrekning man opplever utfordringer og problemer i hverdagen som forståelige, og at det som oppleves er ordnet, strukturert og tydelig. Håndterbarhet handler om å ha en opplevelse av å ha de ressurser som skal til for å møte ulike utfordringer i livet. Meningsfullhet betegnes som den viktigste komponenten og er selve drivkraften i livet. Den sier noe om opplevelsen av å være delaktig, og ha evnen til å se en mening med det som skjer. Dette kan bidra til at man søker å finne ressurser for å møte de utfordringer man står ovenfor. Forståelsen og håndterbarheten styrkes, noe som igjen kan gi økt motivasjon til å overvinne problemene (ibid).

Generelle motstandsressurser (GMR) kan beskrives som den kraft som er potensielt tilgjengelig for å bekjempe de ulike stressorer et menneske utsettes for. Det kan bestå av indre og ytre faktorer som fysiske, psykologiske, åndelige, kulturelle, økonomiske, sosial og den enkeltes egoidentitet. Teorien går ut på å identifisere motstandsressursene som kan fremme mestring, som igjen vil styrke opplevelsen av sammenheng og en høyere grad av helse (Langeland, 2006). Mennesker med angstplager kan oppleve ikke å ha de tilgjengelige motstandsressursene, og en bevisstgjøring og stimulering til å benytte seg av dem vil være viktig når målet er å øke mestring (ibid).

Antonovsky mente det patogenetiske synet på helse blir for snevert. Det er en pågående diskusjon mellom ulike faggrupper, om hva helsefremmende arbeid skal innehold. Noen mener at helsefremmende arbeid skal ha fokus på behandling av sykdom, og ikke fremme velvære, mens andre forfekter et syn hvor dette lar seg kombinere. Gammersvik (2012) peker på at syke mennesker må få hjelp til å bli frisk, men at det også er viktig å ha fokus på støtte og hjelp til å takle de utfordringer sykdommen måtte medføre (Larsen & Gammersvik, 2012). Bøe og Thomassen (2007), ser på psykiske lidelser som et allmennmenneskelig og et normalt fenomen, hvor alle befinner seg et sted på kontinuumet mellom god og dårlig helse. Dette kan variere i ulike faser av livet. Psykiske problemer vi da betraktes som noe som oppstår i en kontekstuell lokal sammenheng, og som skal behandles der hvor problemene kommer til

utrykk. Salutogenesebegrepet retter seg i så måte ikke i mot bestemte profesjoner, og kan benyttes som et overordnet bakteppe for alt psykisk helsearbeid.

3.5 Empowerment og psykisk helsearbeider

Med samme utgangspunkt som teorien om salutogenese, har teorien om empowerment fokus på iboende ressurser og potensialer hos enkeltmenneske. Tilnærmingen bygger på et grunnleggende positivt menneskesyn, hvor alle mennesker i utgangspunktet er aktive og handlende subjekter, som vil og gjør sitt beste om forholdene blir lagt til rette for det (Askheim, 2003). Empowerment er et mye brukt begrep med et noe uklart innhold. Mange har gjort forsøk på å oversette betydningen av begrepet til norsk, og det er benyttet ord som bemyndigelse, myndiggjøring og maktoverføring (Larsen & Gammersvik, 2012).

En engelsk definisjon av empowerment begrepet er:

A social process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their own lives (Gibson, 1991,s. 359)

Ut i fra definisjonen kommer det frem at det handler om en sosial prosess, hvor man definerer og anerkjenner menneskers behov, fremmer og styrker deres evne til å se de, løse egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser som gjør at en vil oppleve kontroll over sitt eget liv. Dette kan med fordel gjøres i fellesskap med andre. Gruppebevisstheten er et av de viktigste virkemidlene i fremming av empowerment (Askheim, 2003). Både individ og gruppe kan styrkes ved å dele erfaringer gjennom en erkjennelse av ikke å være alene med problemene, og ved at flere i samme situasjon finner løsninger ut i fra en felles forståelse (Løken, 2006). Askheim påpeker at ordet empowerment kommer ut av ordet "power", Dette ordet kan bli oversatt av følgende tre ord; styrke, kraft og makt. Det er igjen et uttrykk for at empowerment omhandler en person eller en gruppe som befinner seg i en avmaktssituasjon. Gjennom en kraftmobilisering skal de opparbeide seg krefter og styrke til å komme ut av denne avmaktssituasjonen (Askheim & Starrin, 2007).

Empowerment kan foregå både på individ, gruppe og samfunnsnivå. Disse vil virke gjensidig inn på hverandre, og må sees i sammenheng. Samfunnsmessige faktorer knytter seg opp i mot politiske beslutninger, økonomi, rammebetingelser (Askheim, 2003). I et folkehelseperspektiv vil det bety at man har en strategi hvor man søker å sette mennesker i stand til å få kontroll og

innflytelse på faktorer som påvirker deres helse (Storm, Rennesund, Jensen, & Mikkelsen, 2009). På individnivå handler det om at en har en grunnleggende tro på at det finnes tilgjengelige ressurser som kan gjenerobres og mobiliseres. Denne egenkraften kan bestå i personlig kompetanse, erfaringer, styrke og innsikt, tro, vilje og evne til å mestre eget liv (Askheim, 2003). Ved å styrke denne egenkraften kan det bidra til økt selvaktelse, kunnskap og ferdigheter som styrker den avmektige (Askheim, 2012).

Hummelvoll (2012) påpeker at den psykiske helsearbeideren må se sin rolle innenfor all de tre nevnte nivåer for empowerment, og at virkemidlene blant annet består av en bevisstgjøring rundt brukerens situasjon, hvor en i fellesskap arbeider mot helsefremmende tiltak. Helsearbeiderens rolle endrer seg fra en ekspert tilnærming til en rolle som følgesvenn og samarbeidspartner med gjensidighet og likverdighet som viktige prinsipper. I denne samarbeidsmodellen stiller helsearbeideren sin kunnskap og kompetanse til disposisjon, og brukeren får en aktiv rolle. Stang fremhever at hensikten med å skape et terapeutisk miljø er at den hjelpetrengende skal bli i stand til å ta i bruk sine helsefremmede krefter. Helsearbeideren skal også bidra med å redusere de faktorer som skaper stress, og fremme den hjelpetrengendes opplevelse av kontroll (Stang, 2006). Gammersvik (2012) påpeker at den hjelpetrengendes forutsetninger til å ta i bruk helsefremmende ressurser vil variere under et sykdomsforløp, og at det er derfor viktig å bemyndige i forhold til evnen til å ta ansvar. Dette forutsetter en dialog og en samarbeidslinje mellom to ulike kompetanseområder i arbeidet mot de beste løsningene for brukeren. Å få et eierforhold til løsningene vil kunne øke troen på egen mestring (ibid). En relasjon som beskrevet kan være et viktig bidrag for å utjevne forskjellene i maktbalansen mellom hjelpearbeideren og den hjelpetrengende. I praksis kan det også handle om å sette i gang prosesser, aktiviteter eller kurs (angstmestring) som styrker brukerens selvkontroll

3.5.1 Brukermedvirkning

Storm (2003) viser til at brukermedvirkning ofte blir brukt i sammenheng med begrepet empowerment, men at brukermedvirkning kan være et resultat av en prosess som har ført til empowerment hos brukeren. Brukerperspektivet og brukermedvirkning er lovfestet i flere ulike lovverk, og blitt lansert i mange ulike offentlige utredninger. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 - 2008), er en av mange planer som fremhever bruker og mestringsperspektivet. Det legges her vekt på at det er brukerens behov som skal ligge til grunn for tjenestetilbudet og organiseringen av denne. Brukerperspektivet har et utgangspunkt

i at det er brukeren som er eksperten på sitt eget liv. Derfor skal brukerens stemme høres, og det skal tilrettelegges slik at brukeren opplever mer makt over eget liv, og får økt innflytelse i forhold til tjenestetilbudet (Løken, 2007). Løken mener at det fortsatt er store utfordringer for å få til dette i praksis. Det er mange måter brukermedvirkning praktiseres på, og mange ganger blir det brukt som alibi hvor brukergrupper er med uten at de har den store innflytelsen på viktige avgjørelser. Det er også en vei å gå i forhold til at brukerne inntar en mer aktiv rolle. Mennesker med psykiske problemer preges ofte av lav selvfølelse og manglende tro på egne evner og muligheter (ibid).

Brukermedvirkning har som mål å styrke brukerens innflytelse og delaktighet i egen behandling og oppfølging fra tjenesteapparatet. Dette kan igjen gi gevinst ved at mestringsfølelsen blir styrket, og at bruker opplever å ha bedre kompetanse og kontroll over faktorer som påvirker eget liv og helse (Storm, et al., 2009).

3.6 Angst som fenomen

Angst er en viktig dimensjon ved det å være menneske, og er kanskje den viktigste følelsen i dyreriket. Det er et signal på en faresituasjon, og er en overlevelsesmekanisme som setter mennesket i stand til å handle. Angst er en subjektiv opplevelse som har ulike forkledninger og uttrykk. Dette gjør det også vanskelig å definere nøyaktig hva angst er, noe som også har ført til problemer innen angstforskningen (Moxnes, 2009).

Det har tidligere vært vanlig å skille mellom frykt og angst. Frykt relateres til noe som truer oss objektivt, noe vi kan se. Angst er mer diffust, noe som ikke er rettet mot noe ytre objekt, og hvor årsakssammenhengen ikke er åpenbar (Hummelvoll & Dahl, 2012). Moxnes (2009) mener at dette skillet er lettere å se i teoretisk forstand enn i det praktiske liv. I denne studien vil skillet av den grunn gå mellom normal og uhensiktsmessig angst. Mennesker som utsettes for stress eller kommer opp i en situasjon som oppleves som faretruende, vil kunne få en angstreaksjon. Angsten sees på som normal og hensiktsmessig, og gjør oss i stand til å forvare oss med trusselen ved at det skjer fysiologiske reaksjoner i kroppen (Thingnæs, et al., 2008). Mindre angstfølelser kan være prestasjonsfremmende og virke skjerpene. Sterkere angst virker negativt inn på konsentrasjonsevnen, bevegelsesevnen og sansenes virkningsfelt. Angsten har blitt uhensiktsmessig og en følelse av manglende kontroll og mestring av situasjonen er vanlig (Schmidbauer, 2006). Grensen mellom normal og uhensiktsmessig angst er flytende. Angsten kan betegnes som uhensiktsmessig eller irrasjonell når angstfølelsen tar

overhånd uten at man er i stand til å tenke og handle adekvat (Thingnæs, et al., 2008). Schmidbauer (2006) mener at angsten blir sykelig når den varer over tid, opptrer uten at det er noen reell fare, og at den er uutholdelig og ukontrollerbar.

3.6.1 Angst som symptom

Angst kan gi mange ulike symptomer og endringer hos den enkelte. De kan inndeles i kroppslige, psykologiske og handlingsmessige endringer. De kroppslige endringer er de som vanligvis oppleves i sammenheng med stress og når vi utsettes for en fare. Symptomene setter oss i stand til å handle. De psykologiske endringene handler ofte om måten vi tenker på, og hvordan vi føler oss. Tankene er ofte preget av negative forestillinger. Følelsene kan gå i retning av irritasjon, nervøsitet og demoralisering. Handlingsmønsteret kan være preget av flukt eller unngåelsesritualer (Kennerley, 2009). Repål, Talseth og Godager (2004) påpeker at handlingsmønsteret også kan bestå i å ta forholdsregler i selve situasjonen. Dette handler om en trygghetssøkende strategi, hvor en opplever større kontroll ved å utføre spesielle handlinger som bidrar til en opplevelse av større kontroll i situasjonen. Ofte skjer det et samspill mellom ovennevnte symptomer som kan bidra til opprettholdelse og/eller forverring av angstplagene (ibid).

3.6.2 Angst som lidelse

I ICD-10 kodeverket, som er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av ulike sykdommer, inndeler angstlidelsene i fobier og andre angstlidelser (Kringlen, 2011). I mestringsboken, utgitt av stiftelsen psykiatrisk opplysning, har de valgt å dele angstlidelsen inn i fem hovedgrupper (Thingnæs, et al., 2008). Denne boken blir benyttet som arbeidsbok på angstmestringskurset, og inndelingen i boken vil av den grunn bli benyttet i denne oppgaven. På grunn av oppgavens avgrensning vil de ulike angstlidelsene bli omtalt i korte beskrivelser.

Agorafobi: Dette kan dreie seg angst for åpne plasser, eller for å oppholde seg på steder hvor det kan være vanskelig å finne en fluktmulighet. Tilstanden opptrer ofte i etterkant av et panikkanfall, og frykten for å få et nytt anfall skaper en unngåelsesatferd. (Thingnæs 2008). Kringlen (2011) sier at agorafobi ofte oppstår i 18-25 års alderen, og er den mest invalidiserende lidelsen av de fobiske tilstandene. Tilstanden rammer kvinner hyppigst.

Sosiale fobier: Dette handler om frykten for å få andres oppmerksomhet rettet mot seg, med fare for å bli kritisk gransket eller vurdert. Den er også blitt kalt prestasjonslidelse, og er gjerne assosiert med lav selvfølelse. Konsekvensene for de som er rammet kan være store, i forhold til familie, utdanning, arbeid og sosialt nettverk (Thingnæs 2008). Kringlen (2011) sier at lidelsen ofte oppstår i tenårene, og at over dobbelt så mange kvinner enn menn rammes av lidelsen.

Spesifikke fobier: Dette er en uspesifikk angst som er rettet mot helt spesielle situasjoner eller bestemte objekter. Ved frykt for å miste kontrollen, kan angsten gå over til panikk. (Thingnæs 2008). Kringlen (2011) sier at de fleste fobier oppstår i barndommen, og at noen av dem henger med etter tenårene. Befolkningsundersøkelser viser også her at andelen kvinner er over dobbel så stor av de som rammes.

Panikklidelse: Dette er en av de mest alvorlige og dramatiske angstlidelsene, og utvikler seg hurtig. Anfallet kan vedvare fra noen minutter og helt opp til en time. De fysiske symptomene er skremmende og mange er redde for å dø. Redselen for nye anfall er overhengende (Thingnæs 2008). Lidelsen kommer ofte i ung alder, med en gjennomsnittsalder på 25 år. Det er også her over dobbelt så mange kvinner enn menn som rammes (Kringlen, 2011).

Generalisert angstlidelse: Dette er en angst og spenningstilstand som ofte er vedvarende, uten at det trenger å ha en sammenheng med spesielle situasjoner. Den er også kalt bekymringsangst på grunn av angstens karakter. Ofte har pasienten en overdreven bekymring rundt hverdagslige ting som familie, hus, hjem, økonomi med mer (Thingnæs 2008). Tilstanden kan variere ut i fra ulike påkjenninger i hverdagen. Befolkningsundersøkelser viser også her at utbredelsen er langt høyere for kvinner enn for menn (Kringlen, 2011).

De nevnte angstlidelsene kan forekomme hver for seg, eller i kombinasjon med flere. Det er mange likhetstrekk mellom dem, og ofte opptrer angstlidelsene i kombinasjon med andre psykiske lidelser. Langvarige angstproblemer resulterer ofte i en utvikling av depressive tilstander (Repål 2004).

3.6.3 Risikofaktorer

Faglitteraturen som omhandler angst og årsaksforhold er nå stort sett enige om at en angstlidelse utvikles i et samspill mellom mange ulike faktorer, og at det er vanskelig å peke på en enkelt årsak. I kapittel 3.2 omtales ulike helsedeterminanter som påvirker individets helse. Den kognitive forståelsesmodellen som angstmestringskurset er bygd opp rundt, vil bli omtalt under det aktuelle kapittelet. Moxnes (2009) viser til tvillingundersøkelser av eneggede tvillinger hvor man kan påvise en genetisk sammenheng i forhold til angst, men mener allikevel at læringsmodellen er den beste forklaringen på fremveksten av psykiske lidelser. I læringsbegrepet legger han kunnskapen om samspillet som et sentralt punkt. Dynes (2009) mener at angst kommer som en reaksjon på forhold fra barndom, livserfaringer, livsbegivenheter og sosiale forandringer i samfunnet. Repål (2004) skiller mellom utløsende og opprettholdende faktorer som igjen kan ha sammenheng med biologiske og kroppslige forhold, tidligere hendelser i livet eller hendelser som er knyttet til her og nå situasjoner.

I rapport fra folkehelseinstituttet pekes det på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos den enkelte. Beskyttelsesfaktorer sees på som det motsatte av risikofaktorer. Rapporten legger vekt på individuelle og miljømessige faktorer. Individuelle risikofaktorer kan være mangel på tidligere nevnte motstandsressurser, som Antonovsky omtaler i sin teori om ” sense of coherence”. Rapporten peker også på at gener kan spille en rolle, men mest i forhold til de alvorligste lidelsene. Livsstil, somatisk sykdom, smertetilstander og søvnvansker kan også påvirke utviklingen. Risikofaktorer i miljøet kan være lav sosioøkonomisk status, arbeidsledighet, forhold i arbeidslivet, innvandring, dårlig bomiljø, sosial desintegrasjon eller belastninger i forhold til det sosiale nettverket og nære relasjoner (Major, 2011).

Kjønn har en betydning i forhold til utvikling av psykiske lidelser. Kvinner er overrepresentert, og i forhold til angstlidelser er forskjellen enda mer markant. Det er også godt dokumentert at utdanning, yrke og inntekt er forhold som påvirker helsen, også den psykiske helsen. En norsk undersøkelse viser at høyere utdanning kan være en beskyttelse mot utvikling av angst (Folkehelseinstituttet, 2009). Resultater fra en tvillingundersøkelse fra folkehelseinstituttet, viser at det er seks ganger så vanlig å utvikle en angstlidelse blant de som kun har grunnskole enn de med høyere utdanning (Folkehelseinstituttet, 2011).

3.7 Den kognitive modellen

Begrepene kognitiv atferdsterapi og kognitiv terapi blir brukt om hverandre, og dekker stort sett det samme området. Jeg velger å bruke begrepet den kognitive modellen som en samlebetegnelse. Den kognitive modellen er en av flere forklaringsmodeller til forståelsen av psykiske lidelser. Teorien ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron Bech på 1960 tallet, og utviklingen av den kognitive terapi modellen springer i stor grad ut i fra hans teorier. Metoden lar seg kombinere med andre tilnæringsformer, og gjør den derfor svært egnet til å stimulere fleksibilitet og kreativitet i arbeidet for å mestre psykiske helseplager (Berge & Repål, 2008). Modellen samsvarer også med tidligere presentert teori, som betrakter psykisk helse som et kontinuum, hvor det handler om gradforskjeller. Dette gjør modellen gjenkjennbar for de fleste mennesker som er seg bevisst sin egen eksistens.

Wilhelmsen (2011) sier at en kognitiv terapeut har fokus på pasientens kognisjoner, som er de automatiske tankene, oppfatningene, refleksjonene og de grunnleggende holdningene. Fokuset i den kognitive modellen er ikke så mye på det som hender i livet, men hvordan en forstår, tenker og fortolker det som skjer. Våre tanker kan bidra til at en angstlidelse opprettholdes eller utvikles. Angstplagene kan gjøre at vi kan tenke, føle og handle på en slik måte at den styrer vårt liv på en problemskapende måte. Det vil av den grunn være viktig å identifisere disse problemskapende og automatiserte tankene, for så å kunne endre eller modifisere de (Thingnæs, et al., 2008). Det kan være vanskelig å få tak i de automatiske tankene, fordi de er spontane, lite gjennomreflekterte og ofte ubehagelige. De automatiske tankene preges gjerne av en problemorientert overdrivelse av alvorligheten og konsekvenser av en situasjon/hendelse, i kombinasjon med en manglende tro på egne mestringssevne (Berge & Repål, 2010)

I kognitiv terapi identifiseres de automatiske tankene ved hjelp av den sokratiske dialog, etter filosofen Sokrates. Dette er en samtaleform hvor terapeuten ikke sitter med svaret, men bidrar mer med hjelp til selvrefleksjon. Målet med den kognitive modellen er ikke positiv tenkning, men at brukeren av modellen skal få et mer bevisst og gjennomreflektert forhold til måten han/hun tenker på (ibid). Ved at de katastrofepregede tankene endres till mer realistiske tanker om hva som skjer, vil det være mulig å oppleve den angstfremkallende situasjonen annerledes ved at følelsen endres. Dette kan igjen styrke mestringsopplevelsen (Gråwe, et al., 2008).

I den kognitive modellen arbeides det etter den såkalte ABC modellen. På norsk er bokstavene oversatt med A= situasjon, B= tolkning (automatiske tanker), C= konsekvens. Dette er en modell som skal vise hvordan en situasjon kan fortolkes, og at det igjen gir en konsekvens i form av en handling, kroppslig reaksjon eller en følelse (Børve, 2009). Et ”ABC skjema” benyttes i arbeidet. Det finnes mange utforminger av dette skjema, men Thingnæs, et al. (2008) har med to kolonner utover ABC kolonnene. En kolonne hvor alternative mer hensiktsmessige tanker og tolkninger registreres, og en kolonne som da registrerer resultatet etter at tanker og tolkninger er modifisert. Etter hvert som brukeren av modellen får trening i skjemaet, vil det være mulig å finne igjen såkalte typiske feiltolkninger som ofte går igjen hos den enkelte, og det vil da være enklere å erstatte disse (ibid).

3.7.1 Eksponeringstrening

”Vil man forfølge angsten og ikke la den herske, får en gå til de stedene hvor den bor”, av Axel Sandemose.

Kognitiv modell kan kombineres med mange ulike tiltak. Eksponeringstrening i kombinasjon med kognitiv terapi er anbefalt, og flere studier viser at dette har en god virkning på mange typer angst, men spesielt ved fobisk og sosial angst (Statens helsetilsyn, 1999).

Unnvikelse og bruk av trygghetssøkende strategier er vanlig ved flere typer angstlidelser. Hvis man har utviklet en angst i en spesiell situasjon, vil det bli vanskelig å oppsøke situasjonen på nytt. Om man oppsøker situasjonen og får angst, vil mange flykte fra situasjonen, eller velge en trygghetsstrategi som gjør at en er i stand til å være i situasjonen. Dette er som tidligere nevnt vanlige årsaker til at en angstlidelse holdes ved like (Thingnæs, et al., 2008). Gråwe et al. (2008) mener at bruk av trygghetsstrategier vil bidra til at eksponeringstreningen blir uvirksom ved at positive mestringserfaringer uteblir. Paul Moxnes (2009) sier at ”trygghet er ikke fravær av angst, men å tåle den”. Det er derfor viktig å stå i angsten til symptomene begynner å avta. Eksponeringstreningen skal utføres systematisk, og den skal være godt planlagt på forhånd (Berge & Repål, 2004). Eksponeringstreningen kan utføres ved å lage en personlig ti - trinns angststige, hvor man setter opp situasjoner som utløser en angstfølelse. Situasjonene graderes fra minst til mest angst. Klatringen på stigen fortsetter i takt med at med at angsten for situasjonene overvinnes (Thingnæs, et al., 2008).

3.7.2 Psykoedukativ tilnærming

Psykoedukativ tilnærming er en arbeidsmodell som blir benyttet i forhold til mennesker med ulike typer psykiske lidelser, og er en del av den kognitive behandlingsmodellen. Tilnærmingen bygger på systematiske pedagogiske prinsipper hvor målsettingen er å øke kunnskapen og kompetansen, og dermed redusere følelsen av hjelpeløshet, samt motivere til aktiv deltakelse i behandlingen. Dette kan igjen bidra til økt mestringsfølelse av de psykiske helseplagene (Mørch & Rosenberg, 2005). Metoden er i dag mye brukt i forbindelse med mange ulike helseproblemer, og forskning viser at den er effektiv ved at den øker mestringskompetansen, forebygger tilbakefall og fremmer rehabiliteringen (Berntsen, 2003). Mørch og Rosenberg (2005) mener et det er viktig å invitere pasienten inn som en aktiv samarbeidspartner i behandlingsprosessen. Gjennom dette samarbeidet, som innbefatter undervisning, er målsettingen at pasienten skal ta mer ansvar over eget liv, se behovet for å endre atferd, handling eller livssituasjon. Tveiten (2012) benytter ordet helsepedagogikk for utviklingsarbeid, veiledning, undervisning og oppdragelse i et helseperspektiv. Betydningen av begrepet ligger nært opp til psykoedukasjon, og kan forstås som noe annet enn helseopplysning eller helseformidling. Helsepedagogikk handler om å bevisstgjøre menneskers forhold til egen helse, gjennom en gjensidig relasjon med helsepersonellet. Det er her to ekspertområder som møtes i en empowermentprosess (ibid).

Folkehelseinstituttet anbefaler gjennom rapporten "Bedre føre var" psykoedukative programmer i alle landets kommuner og viser til gode forskningsresultater fra gruppebaserte kurs i mestring av depresjon (Major, 2011).

3.8 Gruppemetode

Berge og Repål (2010) beskriver fordeler ved et gruppe - kurstilbud for mestring av angstlidelser. Mange mennesker har problemer med å være sammen med andre mennesker, blant annet på bakgrunn av frykten for å bli vurdert negativt av andre. Gruppemøtet kan da være en viktig arena for å korrigere antagelser og skaffe seg nye positive erfaringer. Møtet vil for mange i seg selv være nyttig angsttrening, og kan bidra til en normalisering av de psykiske helseplagene. Følelsen av å være alene om problemene vil kunne avta ved at gruppedeltakerne deler sine erfaringer og støtter hverandre. Møller og Hegna (2001) mener at deltakelse i gruppe kan få mennesker ut av isolasjon og ensomhet. Angstdiagnosen er for mange

forbundet med skam, og mange sliter derfor med lav selvfølelse og selvtillit. Gjennom støtten, anerkjennelsen, gjenkjennelsen og alminneliggjøringen deltakerne kan oppleve i gruppen, vil dette kunne bidra til å snu det negative selvbildet og gjøre de bedre i stand til å møte angstproblemen. De fremhever også at samspeillet mellom gruppedeltakerne og atferden til den enkelte bidrar til gruppeprosessen, og at gruppelederen har en viktig rolle ved å synliggjøre ressurser og muligheter hos den enkelte. Berge og Repål (2010) mener at gruppeleders betydning er sentral i forhold til holdninger og normer som etableres i gruppen, og hvordan den enkelte opplever å bli ivaretatt i gruppen. De fremhever videre gruppeleders ansvar ved å være i en maktposisjon. Denne må de være seg bevisst, og se seg selv i en rolle som et "fyrtårn" som ikke må sløkkes og holder mørket unna.

Heimberg (2002) mener at det i avslutningsprosessen av et kursprogram er viktig at deltakerne lager seg noen målsettinger og en plan for hva de skal jobbe med fremover, og at det arrangeres et oppfølgingsmøte etter omtrent tre måneders tid. Dette synet deler også Børve (2009), som oppfordrer kursdeltakerne til å jobbe aktivt med innholdet av mestringskurs etter kursslutt. Mange av kursdeltakerne har kanskje ikke nådd sine mål for kurset. Erfaring fra liknende kurstilbud viser at flere har behov for å snakke med kurslederne på tomannshånd, blant annet for å vurdere annen tilnærming til angstproblemen (Gråwe, et al., 2008).

3.8.1 Selvhjelpsgrupper

" Psykisk helse handler om motet til å leve, selvhjelp handler om å skaffe seg motet" (Repål, 2004, s. 61).

Angstringen Norge mener at selvhjelp er "å gripe tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt, og selv styre livet i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess" (Angstringen Norge, 2010, s.3). Selve grunntanken i selvhjelpsarbeidet er erkjennelsen av at den som innehar et problem, også sitter inne med en kunnskap. Ut i fra definisjonen fra angstringen, innebærer dette at selvhjelp handler om en prosess hvor man blir en aktiv deltaker i eget liv. Dette er i samsvar med tidligere omtalte kapitler om empowerment. Løken (2008) viser til erfaringer fra brukerforum hvor likemannsarbeid har stor betydning for styrkningsprosessen, og anbefaler derfor et større fokus på gruppetilbud. Angstringens brukerundersøkelse fra 1996, viser at de viktigste faktorene med selvhjelpsgrupper var møtet med andre i samme situasjon, det å komme ut av isolasjonen og

ensomheten, samt et møtested for å arbeide med angsten (Talseth & Godager, 1996) Schmidbauer (2006) mener at et viktig moment med selvhjelpsgrupper er at mange for første gang opplever at deres angstplager ikke skiller seg mye ut i fra andres, og at mange også finner en trøst i at andre faktisk har det verre enn en selv. Han advarer dog i mot at faren ved en selvhjelpsgruppe er at den fort kan gå i ring uten at den fornyer seg, og at det dermed skjer liten endring. Gruppen har blitt en institusjon som binder angsten.

Sosial og helsedirektoratet har kommet ut med en nasjonal plan for selvhjelp i tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse hvor forebyggingsprinsippet tillegges en viktig betydning i folkehelsearbeidet. Forebyggingsbegrepet handler også om å påvirke et forløp og eventuelle konsekvenser. I den nasjonale planen legges det vekt på at økt selvstendighet og bedre evne til å mestre eget liv, vil kunne gi bedret livskvalitet og større mulighet til samfunnsdeltakelse. Det presiseres at selvhjelpsgrupper skal være et supplement til offentlige tjenester og ikke en avlastning (Sosial- og, 2004).

4. Design og metode

I dette kapittelet redegjøres det for valg av design og metode. Studien er en evalueringsstudie og det presenteres teori om evaluering og aktuelle evalueringsmodeller. Videre blir det gitt en beskrivelse av populasjonen og utvalget, samt de måleinstrumenter som er benyttet i studien til innsamling av datamaterialet. Det blir også gitt en beskrivelse av hvordan dataene er behandlet og analysert. Avslutningsvis gjøres etiske overveielser rundt metode og oppgave.

4.1 Design

Betegnelsen design brukes om et forskningsopplegg, eller for å forklare det hovedmønsteret en forskningsmetode følger. (Befring, 2007) Et forskningsdesign kan gi en oversikt over utvalg, datainnsamlingsmetode og analyseteknikker, og er en konkretisering av det arbeid som skal gjøres (Ilstad, 1989). I denne studien ønsker man å vurdere verdien av en intervensjon i form av et angstmestringskurs, og et evalueringsdesign er av den grunn egnet. Evalueringsdesignet sier da noe om strukturen i evalueringsopplegget, hvordan man planlegger og går frem i evalueringsarbeidet, hvilke tilnæringsmåter og metoder som vil bli brukt. Det henvises her til utarbeidet programteori, som da vil legge viktige føringer for evalueringsdesignet. Design og evalueringskriterier henger sammen og må, i følge Sverdrup (2002), være nøye formulert. Evalueringskriteriene vil kunne si noe om man har nådd de målene som er satt for intervensjonen. Befring (2007) skiller mellom programrelaterte og brukerrelaterte kriterier. Programrelaterte kriterier står i forhold til de mål selve programmet har satt seg. I denne studien har Avdeling psykisk helse en målsetting om å gi et kurstilbud som kan bidra til at deltakerne skal mestre sin angst bedre. De brukerrelaterte kriteriene handler mer om hva hver enkelt deltaker synes de fikk ut av kurset. Hva var det som virket for den enkelte. Designet i denne studien benytter et spørreskjema i datainnsamlingen for å innhente nødvendig informasjon i forhold til disse kriteriene. Skjemaet bygger på kjeden av forventede virkemidler som kurset er bygd opp rundt, beskrevet i kapittel 2.2. Det benyttes også en pre- og post undersøkelse i form av et angstscoreskjema, som kan gi en viktig sammenlikningsdimensjon til de svarene som blir gitt i spørreskjemaet.

4.2 Metode

Det har gjennom tidene vært diskutert hva som er kriterier for vitenskap, hva som er gyldig kunnskap og hvordan slik kunnskap kan frembringes (Thornquist, 2003). Metodevalget må tuftes på et vitenskapelig fundament og gjennomføres systematisk. I forhold til denne studiens problemområde, kan både en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming benyttes. Begge representerer to ulike kunnskapsperspektiver og det avgjørende for valg av metode er hvilke kunnskap man ønsker å frembringe. Metodiske tilnærminger må således stå i forhold til valg av tema og problemstilling. Det har gjennom tidene vært mye uenighet rundt de to forskningsmetodene og det råder en oppfatning av at det er en dikotomi i mellom dem, altså en todeling hvor man i den ene leieren hevder at gyldig kunnskap kun kan frembringes ved hjelp av en kvantitativmetode og visa versa. Den senere tid har dette endret seg, og flere forskere har blitt klar over de ulike forskningstilnærmingenes komplementære roller. Målet for begge metodene er at man skal komme frem til ny og anvendbar kunnskap i forhold til problemområdet man vil se nærmere på (Olsson og Sørensen 2003).

Det er to mastergradsstudenter som ønsker å få mer kunnskap om verdien av samme angstmestringskurs i en og samme avdeling. Det er derfor hensiktsmessig å velge to ulike tilnærminger som kan komplimentere hverandre. Denne studien vil da besvares ut i fra en kvantitativ metode.

Den kvantitative tilnærmingen har sin inspirasjon fra den tradisjonelle naturvitenskapelige eller den biomedisinske tradisjon, hvor det hevdes at vitenskapelig forskning skal være empirisk og kvantitativ med en positivistisk tilnærming (Olsson & Sørensen, 2003). Empirisk forskning kjennetegnes blant annet ved at primærdata samles inn ved intervju, observasjoner eller spørreskjema. Den kvantitative empiriske forskningen tar sikte på å beskrive, kartlegge, analysere og forklare ved hjelp av kvantitative verdier (Befring, 2007). Ett av målene er å få oversikt over omfang og utbredelser, frekvens og fordelinger, statistiske sammenhenger i forhold til mange enheter (Thornquist 2010).

4.3 Evaluering

Evalueringssbølgen er over oss med inspirasjon fra land som USA, hvor evalueringsslaget har hatt en sterk stilling i mange år. Utviklingen av evalueringssforskning og - praksis har vært knyttet til utviklingen av det moderne velferdssamfunn fra tidlig 1960 tallet. Den spredte seg vidare til andre anvendelsesområder, og utfordringen for evalueringssforskningens eksistens har vært å utvikle evalueringsteori, -design og metoder som er lydhøre i forhold til de ulike vitenskapsinteressefeltene (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2001).

Almås slår fast at evalueringssforskningen i dag utgjør en del av den anvendte samfunnsforskningen, da den tilbakefører kunnskap til ei eller flere brukergrupper. Mange er allikevel kritiske til det ”nye” fagområdet, og i samme bok påpeker Almås ulike kritiske syn på evalueringssforskningen. Samfunnsforsker og sosiolog Ottar Brox stiller spørsmål om generaliserbarheten, noe som samfunnsforskeren ikke kan gjøre på samme måte som i eksempelvis fysikkens verden. Brox mener at evalueringssforskeren kun kan lage gode analyser om hvert enkelt case som evalueres. Almås referer også til psykologen Arnulf Kolstad som mener at evaluering har blitt et moteord for å rettferdiggjøre bruken av offentlige midler for å angripe et bestemt problemområde, uten at den som evaluerer går til roten av problemet. Almås mener at det er viktig å formidle kritikernes innsikt og at den type innvendinger som ovenfor beskrevet, bør ligge i evalueringssforskerens verktøykiste (Almås, 1990).

Dahler og Krogstrup (2001) trekker også frem at det er ulike syn på om evaluering er i familie med vitenskap, men understreker at det gjøres forsøk på å fastholde det vitenskapelige element og viser til den enorme utviklingen av de ulike metoder innen evaluering som gjør det mulig å stille validitetskrav til evalueringssforskningen.

Det finnes mange definisjoner av begrepet evaluering, men jeg velger å bruke Reidar Almås sin definisjon, da den gir et utgangspunkt for nærmere presisering og definering innenfor ulike evalueringssområder.

Reidar Almås definerer evaluering med følgende ord:

”Systematisk innsamling av data for å skilja og analysere verknaden av eit forsøk på å skapa endring på eit gitt område” (1990:13).

Almås mener at alle ordene i denne definisjonen skulle være forståelige med unntak av ordet analysere, som han velger å presisere ytterligere. Å analysere betyr, i denne sammenhengen, kritisk å forstå og forklare et innsamlet eller observert materiale (Almås, 1990).

I forhold til evalueringen av angstmestringskurset vil denne definisjonen passe fint inn, hvor man ønsker å kvalitetssikre og videreutvikle kurskonseptet på bakgrunn av opplysninger som kommer frem fra kursdeltakerne, samt å finne ut om deltakelse på angstmestringskurs har bidratt til positive endringer for den enkelte.

Denne med flere definisjoner på evaluering legger vekt på at det er en systematisk innsamling av data, hvor en kritisk forsøker å forstå og forklare det materiellet som kommer inn i lys av den intervensjonen som er iverksatt. Et mål med intervensjonen er å skape endringsprosesser.

4.3.1 **Evalueringsmodeller**

En evalueringsmodell beskriver hva den som evaluerer bør gjøre i forbindelse med gjennomføringen av evalueringen. Krogstrup (2006) skisserer fire komponenter som kan beskrive en evalueringsmodell. Den må si noe om evalueringsområdet, den kunnskap man ønsker å frembringe, de verdier som skal styre arbeidet og evalueringens anvendelse.

Design viser til hvilke metode som er valgt, hvilke interesser som er involvert og hvordan evalueringen er tilrettelagt. Krogstrup hevder at det ikke finnes dårlige eller gode evalueringsmodeller, og at de ulike modellene kan frembringe ulik kunnskap rundt prosesser, prestasjoner og effekter. Kvaliteten på evalueringen avhenger av validiteten, om man faktisk har fått målt den man er ute etter å måle.

Ved søk i litteraturen finner en fort ut at det finnes et utall ulike evalueringsmodeller. Det er sjelden at en evalueringsmodell benyttes i en "ren form", men at komponenter fra ulike modeller kan tilpasses det aktuelle anvendelsesområde (ibid).

En kan grovt inndele evaluering i henholdsvis formativ og summativ evaluering. En formativ (utformende) evalueringen kjennetegnes med sitt fokus på utvikling av mål og praksis. En undersøker her utviklingen i prosessen og tar sikte på å justere forløpet undervegs i intervensjonen (Dahler-Larsen & Krogstrup, 2001).

En summativ (oppsummerende) evaluering anvendes når en intervensjon eller et tiltak er fullt utviklet eller gjennomført. En vil gjennomføre en sammenfatning og summere det som er

gjort, og se på hvilke endringer intervensjonen har ført til. Evalueringen skal gi svar på intervensjonens nytte og effekt, og om sluttresultatet er i samsvar med målsettingen. Svakheten ved denne evalueringsformen er at når intervensjonen er avsluttet, vil det ikke være mulig å endre noe for den aktuelle gruppen, men det som kommer ut av evalueringen kan bidra til læringseffekt for videre utviklingsarbeid og fremtidige tiltak (Eriksson og Karlsson, 1998). Denne studien benytter således en summativ evalueringsmetode hvor informasjon som kommer frem i evalueringsarbeidet kan benyttes til å videreutvikle kurskonseptet eller legges til grunn for fremtidige beslutningsprosesser i valg av tiltak/tilbud til personer med angstplager.

Før – etter evaluering: I denne studien vil det være viktig å vurdere om den innstasen som er nedlagt i form av et angstmestringskurs har vært til nytte for deltakerne på kurset. En før – etter evaluering vil kunne beskrive situasjonen før en intervensjon sammenliknet med hvordan den er etter en intervensjon. Det vil da være mulig å kartlegge eventuelle endringer. For å vurdere stabiliteten av den eventuelle endringen som fremkommer av evalueringsresultatet, vil det være nyttig med en ny måling en tid etter avsluttet intervensjon. For å fastslå hvordan tilstanden er på måletidspunktet, kan ulike målingsinstrument med ulike målevariabler benyttes. Det finnes ferdig utviklede skjema utarbeidet av forskere eller skjema som er utarbeidet av praktikerne for det bestemte evalueringsområdet. Det er viktig at brukerne som har deltatt i intervensjonen har en sentral rolle i målingene, og kan si noe om de eventuelle endringene som kommer frem (Eriksson & Karlsson, 2008). Et ”ikke standardisert” angstscoreskjema er fylt ut av alle deltakerne på angstmestringskurset, og vil si noe om hvordan situasjonen var før oppstart på kurset. De som har valgt å bli med på undersøkelsen, fyller igjen ut samme skjema på undersøkelsestidspunktet. Dette utgjør da etter - evalueringen i denne sammenhengen. Denne vil da variere for de ulike gruppene fra omtrent to måneder til fire år etter at de avsluttet på kurset.

Effekt – Utfall: Eriksson og Karlsson (2008) benytter begrepet utfall som en beskrivelse av situasjonen etter en intervensjon. Utfall er et nøytralt begrep som beskriver situasjonen her og nå, og som ikke nødvendigvis kobler den til intervensjonen. Dette på bakgrunn av at man sjelden med sikkerhet kan hevde en sammenheng mellom intervensjon og utfall. Kunnskapen om utfallet er allikevel en viktig kunnskap for alle involverte i et evalueringsarbeid. Kunnskapen mellom intervensjon og utfall har som hensikt å avdekke et kausalsamband, og kan betegnes som effekter. Det stilles store krav til sikker kunnskap om kausalitet i forhold til metodemessig håndtering som kan være vanskelig å tilfredsstille. I denne undersøkelsen

benyttes et egenutviklet spørreskjema, som blant annet sikte på å avdekke situasjonen her og nå for deltakeren. Man må derfor være forsiktig med å hevde at det er en sammenheng mellom angstmestringskurset og eventuelle endringer i deltakernes mestring av egen angst, da det kan være mange utenforliggende faktorer som man ikke har kontroll over som kan virke inn.

Vedung (1998) skisserer alternative modeller når den innsats som skal evalueres ikke lar seg sammenlikne med en kontrollgruppe. Effektmåling kan da, i følge Vedung, ikke utføres med de beste vitenskapelige metoder, og man kan da enten la være å måle effekt eller tilpasse evalueringen til de realiteter som finnes i virksomheten hvor evalueringen skal forgå. De oppleggene som da anbefales kalles naturalistiske. Disse modellene tar utgangspunkt i virksomheten som den er og forsøker ikke å tilpasse den til evalueringens metodekrav.

Refleksiv kontroll: Er en naturalistisk tilnærming. Den evaluerende enhet evaluerer seg selv. Det er ingen kontrollgruppe, ofte på grunn av at det er uetisk ikke å tilby andre samme tilbud. En refleksiv kontroll, gjennom en før - etter- modell, innebærer at man gjør to undersøkelser eller beskrivelser av hvordan situasjonen er på et bestemt tidspunkt. En må også betrakte funnene med forsiktighet, da det kan være andre kausale forklaringer til eventuelle endringer (Eriksson & Karlsson, 2008). I denne studien er det den evaluerende enhet som evaluerer seg selv.

4.4 Utvalg og rekruttering av informanter

Tilgjengelige informanter fikk først tilsendt et brev fra prosjektkoordinator i kommunen, som hadde deltatt ved enkelttemaer i fire av kursene (vedlegg 1). I skrivet fra prosjektkoordinator, ble det informert om hensikten med studie og hva en eventuell deltakelse ville innebære. Det ble også gitt informasjon om hvordan personvernet ble ivaretatt, at deltakelse i studien var frivillig, og at alle som hadde gitt sitt samtykke til å delta når som helst kunne trekke sitt kandidatur. Videre fremkom det av skrivet, at alle tidligere deltakere på angstmestringskurs ville kontaktes telefonisk i oppgitte ukenummer, med spørsmål om deltakelse i undersøkelsen. Det ble også opplyst om at de som ønsket å delta, ville få tilsendt spørreskjema, angstscoreskjema og samtykkeskjema i posten. I en spørreundersøkelse som sendes ut i posten, er det normalt at ca 50 – 60 % svarer på undersøkelsen, og ved purring kan svarprosenten normalt økes til 70-80 %. Svarprosenten avhenger av hvilken gruppe

mennesker som får henvendelsen og forskerens fremgangsmåte for å nå informantene (Friis & Vaglum, 1999).

De som ble forespurt deltakelse i denne undersøkelsen, er alle mennesker som har lette til moderate angstplager og kan betegnes som en "sårbar" gruppe. Flere har hatt problemer med situasjoner hvor de skal prestere noe. Dette var med i vurderingene når det ble bestemt at prosjektkoordinator ville kontakte alle på telefon for å ufarliggjøre en eventuell deltakelse, uten å legge press på deltakerne. Samtidig fikk de tilbud om hjelp til utfylling av skjemaene. Prosjektkoordinator ble valgt som kontaktperson, fordi hun ikke har hatt noen sentral rolle i kursene. Deltakere på siste angstmestringsgruppe fikk ingen telefonoppringning, men et informasjonsskriv med spørreskjema, angstscoreskjema og samtykkeerklæringskjema. Dette ble gjort på grunn av at prosjektkoordinator var en av kurslederne på dette kurset, og det ble vurdert slik at hennes relasjon og kjennskap til deltakerne kunne påvirke informantene. Masterstudentene deltok heller ikke direkte i datainnsamlingen av samme grunn.

All puring forgikk via sms eller telefonoppringning. Den siste gruppen fikk en muntlig presentasjon av undersøkelsen på oppfølgingsdagen etter avsluttet kurs, med ny forespørsel om deltakelse for de som ikke hadde svart.

4.4.1 Populasjon

Populasjonen er den befolkningsgruppen resultatene senere kan generaliseres til. Man må definere hvem som inngår i studien, og hvem som eventuelt er ekskludert fra studien. Reliabiliteten på studien blir bedre jo større utvalget er (Olsson & Sørensen, 2003). I denne studien er det ingen ekskluderingskriterier, og populasjonen består av alle deltakere som gikk på angstmestringskurs fra oppstart i 2008, til siste kurs som ble avsluttet i april 2012. De representerer sju forskjellige angstmestringskurs, og består av totalt 45 deltakere. Kjønnfordelingen var 9 menn og 36 kvinner. Det var 43 deltakere som det var mulig å komme i kontakt med. 42 personer takket ja til å få tilsendt informasjonsbrev om undersøkelsen. Av disse takket 31 informanter ja til å delta på undersøkelsen etter puring. Nettoutvalget er representativt i forhold til forventet deltakelse ved denne type spørreundersøkelse. Tabellen under viser populasjonen, bruttoutvalget, antall svar før puring og nettoutvalget.

Tabell 1: Oversikt over populasjon og utvalg

	kvinne	mann	total	prosent
Antall deltakere fullført kurs = Populasjon	36	9	45	100 %
Antall deltakere tilgjengelig=Bruttoutvalg	34	9	43	95,56 %
Antall deltakere før puring	17	7	24	53,33 %
Antall deltakere etter puring = Nettoutvalg	24	7	31	68,89 %

4.5 Spørreskjema og angstscoreskjema

Beskrivelse og utarbeidelse av evalueringskriterier er nødvendig før man samler inn data. Det vil da være mulig å sammenlikne resultatet med det som var intensjonen med tiltakene (Sverdrup, 2002). I denne studien ble det sendt ut et spørreskjema til deltakerne, basert på programmets tidligere omtalte kjede av forventede virkemidler, i tillegg til et angstscoreskjema, likt det som ble utfylt før kursstart.

4.5.1 Spørreskjema

Spørreskjema: Det ble et egenkonstruert spørreskjema, hvor visse regler og retningslinjer ble fulgt (Vedlegg 3). I utviklingen av et spørreskjema, må man ha klart for seg hva man skal undersøke, og hvilke spørsmål man ønsker svar på. Det er viktig ikke å innlemme spørsmål man egentlig ikke har bruk for. Valg av spørsmål må derfor begrunnes. Spørreskjema bør testes ut for å unngå store overraskelser, og for å rette opp eventuelle svakheter før undersøkelsen settes i gang (Laake, Hjartåker, Thelle, & Veierød, 2007).

I denne studien er spørreskjemaet inndelt i 4 deler. I første del stilles noen bakgrunnsspørsmål som skal være lette å fylle ut. I andre og tredje del stilles spørsmål på bakgrunn av forventet virkning av kurset (programteorien). Det er spørsmål som er knyttet til nytten av de ulike temaer og nytten av gruppedeltakelsen. I siste del stilles spørsmål som omhandler endringer og måloppfyllelse som kan ha en sammenheng med deltakelse på kurset.

I spørreskjemaet er variablene rundt bakgrunnsinformasjon data på nominalskalanivå. Resten av spørreskjemaet innhenter data på ordinal skalanivå. Dette er gjort fordi det egner seg godt til måling av denne type spørsmål. Ordinaldata nivåene er gradert fra ingen, liten, middels til

stor grad. Det er også tatt med en mulighet til å svare ”vet ikke”. Dette er gjort på bakgrunn av at det er opptil fire år siden den første gruppen avsluttet kurset, og det kan være vanskelig å huske alt fra kurset. I behandlingen av datamateriellet har de som svarte ”vet ikke”, og de som ikke svarte på spørsmålene, blitt behandlet med en felles kode. Dette er gjort på bakgrunn av at det er et lite tallmateriale

4.5.2 **Angstscoreskjema**

Østlandskommunen hentet inspirasjon, råd og veiledning fra et DPS i samme fylke. Denne DPS avdelingen benyttet et angstscoreskjema som de hadde utarbeidet selv, ut i fra en kombinasjon av to andre angstregistreringsskjema de hadde fått i fra Modum bad. Skjemaet ble testet ut og vurdert av en ekspertgruppe ved enheten. Dette ble videre utlånt til Østlandskommunen som senere benyttet det i forsamtalet til angstmestringskurset.

Skjema 1: Et skjema som kartlegger tanker ved angsttilstander. Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ), 1984. Skjemaet er oversatt av professor Asle Hoffart ved Modum Bad. Det består av nitten beskrivende tanker som kan oppstå ved angst. Det graderes fra 1-5, med tallet 1 som indikerer at tanken aldri oppstår, og tallet 5 som indikerer at den alltid oppstår. (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984).

Skjema 2: Et skjema som kartlegger unngåelsesatferd ved angstfobiske symptomer. Phobic Avoidance Rating Scale (PARS), 1989. Dette skjema er også oversatt på Modum Bad av professorene Asle Hoffart, Egil W. Martinsen og Svein Friis. Dette er et fobiscoringsskjema som kartlegger grad av unngåelsestendenser. Graden av unngåelse kartlegges med fire ulike graderinger fra 0-4, med tallet 0 hvor det ikke er noe unngåelse og tallet 4 hvor situasjonen unngås regelmessig. Score summen kan her si noe om hvilke type angstproblemer pasienten har, - separasjonsangst, sosial fobi eller enkel fobi (Hoffart, Friis, & Martinsen, 1989)

Angstscoreskjema: Det lokale distriktpsikiatriske senteret ønsket å utarbeide et nytt scoringsskjema, med vekt på at det skulle være brukervennlig og oversiktlig, hvor all registrering ble gjort på en side. De valgte ut ni av nitten beskrivende tanker som de mente var mest relevante ut i fra erfaring med aktuell pasientgruppe. På det andre skjema ble det utelatt fire beskrivende situasjoner med samme begrunnelse. To situasjoner ble slått sammen på grunn av situasjonens likhetstrekk. Det ble også lagt til tre nye situasjoner som de anså som relevante i forhold til fungering i hverdagen. Graderingene på svarene ble endret på begge skjemaene, og gjort om til en skala fra 0-10, med tallet 0 som er aldri, og tallet 10 som er

alltid. Dette ble også gjort av hensyn til brukervennlighet, samtidig som de mente at det ga en viktig indikasjon på hvilke og hvor store angstproblemer pasienten hadde. I skjemaet fra DPS er det i tillegg stilt tre uavhengige spørsmål som skal besvares med ja eller nei. Dette er spørsmål som de ofte opplevde at mange av deres pasienter hadde bekymringer for, og som sier noe om parallelle stressorer i forhold til kursdeltakelse. Disse spørsmålene handlet om bekymringer rundt økonomi, avtaler og ansvar/oppgaver.

Dette skjemaet ble benyttet i forsamtalet av angstmestringskurset i Østlandskommunen og det sier noe om graden og type angstplager kursdeltakeren hadde før kursoppstart (vedlegg 4).

4.6 Databehandling og analyse

Data ble punchet inn og analysert i statistikkprogrammet Mystat, versjon 12. Alle innkomne skjema ble aidentifisert og kodet av prosjektkoordinator. Det ble innhentet data fra til sammen sju forskjellige kurs, som gikk fra år 2008 til 2012. Det ble arrangert to kurs i 2008 og 2009, ellers er det arrangert ett kurs hvert år. På grunn av lite datamateriell, er kursene fra 2008 og 2009 slått sammen til en gruppe. I analysedelen opereres det følgelig med fem kurs fordelt på fem år.

Spørreskjema: Bakgrunnsinformasjon fra spørreskjemaet blir første presentert med en deskriptiv statistikk, og med en p-verdi for å sjekke om det er signifikante forskjeller. Ut i fra svaralternativene om temainnhold, gruppeprosess og måloppnåelse, ble det regnet ut en gjennomsnittsverdi og et konfidensintervall. Konfidensintervallet er et spredningsmål, og beskriver et intervall hvor den sanne verdien for populasjonen med stor sannsynlighet vil ligge (Olsson & Sørensen, 2003). Videre ble det gjort en Pearson kji - kvadrat test for å sammenlikne svarene fra informantene. En kji - kvadrat test viser i dette tilfellet om funnene er et resultat av en tilfeldighet. En p-verdi uttrykkes som et mål for det, og viser om verdien er statistisk signifikant, som betyr at resultatet med stor sannsynlighet kan generaliseres til populasjonen (Ringdal, 2007). I tilfeller hvor det er et lite utvalg, vil kun store forskjeller gi signifikante utslag (Olsson & Sørensen, 2003). I denne studien ble det også gjort ikke parametriske tester av typen "kruskal-wallis", fordi variablene er på ordinalt nivå og for å avdekke eventuell statistisk signifikans mellom de ulike variablene i spørreskjema. Signifikantnivået ble satt til $< 0,05$, og alle signifikante forskjeller under dette nivået ble sjekket nærmere med en toveis krysstabell. Relevant krysstabell i forhold til forskningsspørsmål er presentert i oppgaven (tabell 7).

Angstscoreskjema: Data fra pre- og post- skjema ble testet mot hverandre, med en gjennomsnitts paired t-test. Ut i fra denne testen, var det mulig å finne gjennomsnittsverdier og differansen mellom pre - post skjemaet som informantene fylte ut. En p-verdi ble utregnet for å finne mulige signifikante utslag. Informantene ble deretter undersøkt gruppevis, for å vurdere eventuelle forskjeller mellom gruppene. Gruppene ble videre testet opp i mot frafallsgruppens prescore-skjema. Dette for å finne ut om frafallsgruppen skilte seg ut fra utvalget.

4.7 Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonen er et internasjonalt styrende dokument innen medisinsk og helsefaglig forskning. Deklarasjonen trekker frem fire grunnleggende etiske prinsipper; Autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om ikke å skade, og rettferdighetsprinsippet (Olsson & Sørensen, 2003). I denne studien hadde alle som ble forespurt deltakelse samtykkekompetanse, og alle som ønsket å delta ga skriftlig samtykke (vedlegg 2). Videre fikk de skriftlig informasjon om selve studien og hensikten med den, og at all deltakelse var frivillig. I all forskning stilles det krav til hvordan personvernet blir ivaretatt. Dette innebærer hvordan materialet blir ivaretatt med hensyn til anonymisering, oppbevaring og destruering. Dette ble det gitt informasjon om i samme brev. Helsinki-erklæringen vektlegger i særlig grad forskerens ansvar ovenfor utsatte og sårbare gruppe (World medical association, 2008). Mennesker med angstproblemer, som deltar på angstmestringskurs i kommunehelsetjenesten, må anses å være en sårbar gruppe. Evaluator må være seg dette bevisst under hele forskningsprosessen, og ikke minst ved rekrutteringen av informanter. Det kan fort bli en interessekonflikt, hvor evaluator på den ene siden ønsker flest mulig informanter for å få frembringe mest mulig valide og generaliserbare resultater, og på den andre siden informantene som ikke skal utsettes for unødige smerte eller skade. Slik sett er utfylling av et spørreskjema kanskje den mest effektive og skånsomme måten å innhente viktige opplysninger på, men man kan samtidig stille spørsmål om hvor etisk det er å purre opp uteblitt respons når undersøkelsen i utgangspunktet skal være frivillig (Hummelvoll, Dæhli, & Penillas, 1990). I denne studien hadde prosjektkoordinator denne rollen og var seg bevisst denne etiske problemstillingen, ved ikke å legge press på deltakerne.

Evaluator har i denne studien vært involvert i intervensjonen som evalueres, og med det reises et annen etisk dilemma. Alle kursdeltakerne kjente de som sto bak studien, og dette kan påvirke noen av svarene de ga. Det ble derfor lagt vekt på at evaluator ikke var involvert i kontakten med informantene, datainnsamlingen og behandlingen av disse, før de ble aidentifisert. Det er allikevel viktig å ha en bevissthet rundt resultatene som fremkommer ved å være upartisk, redelig og åpen for egen feilbarlighet i diskusjonen av disse (NESH, 2006).

Konsesjon og meldeplikt: Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble kontaktet med protokoll. I tilbakemelding fra REK kommer det frem at prosjektet fremstår som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, og at det av den grunn faller utenfor komiteens mandat, jfr. helseforskningslovens § 2. Prosjektet er heller ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. helseforskningslovens § 4 annet ledd. I samme tilbakemelding skriver REK at de antar at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet (vedlegg 5).

5. Presentasjon av resultater

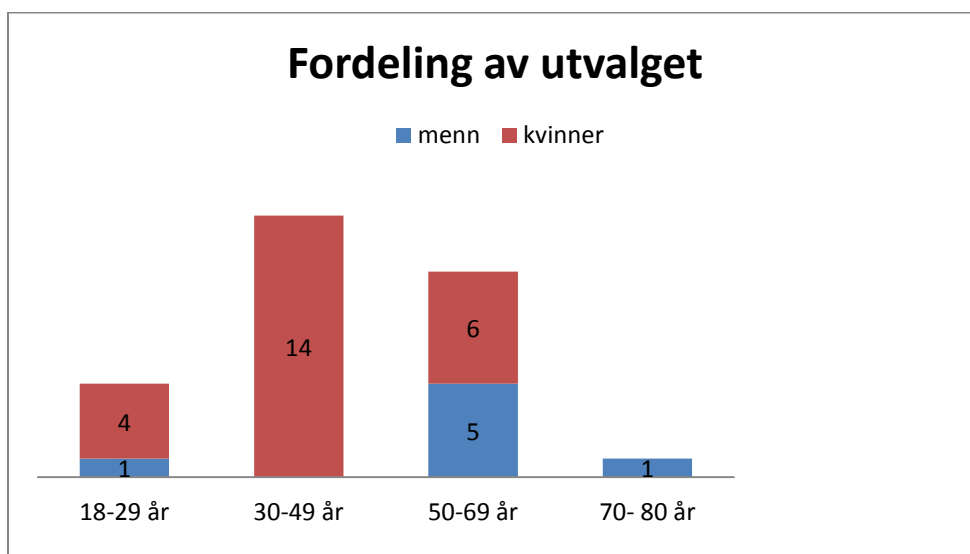
I dette kapittelet presenteres data basert på empiriske funn i forhold til forskningsspørsmålene. Først presenteres fakta om bakgrunnsopplysninger fra spørreundersøkelsen. Det blir gjort for å få en oversikt om det er noen skjevheter i utvalget som kan påvirke resultatet. Videre presenteres funn ut i fra informantenes svar fra spørreskjema. Her presenteres også en tabell som viser en sammenheng mellom ulike variabler på spørreskjemaet. Til slutt presenteres funn ut fra pre – post angstscoreskjemaet. En frafallsanalyse presenteres der hvor opplysninger fra frafallsgruppen er tilgjengelig. Dette sammenliknes med svar fra utvalget. Det interne frafallet blir også undersøkt for å sjekke ut om det er noen skjevheter i forhold til de ulike gruppene, og de ulike spørsmålene.

Resultatene vil bli presentert i tekstform, gjennom tabeller, stolpe og kakediagrammer.

5.1 Bakgrunnsdata

Av en populasjon på 46 deltakere, består utvalget av totalt 31 deltakere som har gjennomført angstmestringskurs i østlandskommunen. Av disse er det 24 kvinner og 7 menn. Det er 77 % av utvalget som er kvinner ($P = 0,004$). Alderen er målt på det tidspunkt informanten startet på kurset, og 81 % av utvalget er mellom 30 – 69 år ($P=0,004$). Figuren under viser fordelingen i forhold til aldersgrupper og kjønn.

Figur 1: Oversikt over kjønn - og aldersfordeling.



Tabell 2 viser en oversikt over alderen på utvalget sammenliknet med frafallsgruppen. Den viser ingen stor forskjell på gruppene. Omtrent 71 % av frafallsgruppen, og omtrent 81 % fra utvalgsgruppen har en alder mellom 30-69 år.

Tabell 2: Aldersspredning i utvalg og frafallsgruppen

	18-29	30-49	50-69	70-80
Utvalg	16,12 %	45,15 %	35,48 %	3,23 %
Frafall	28,57 %	14,29 %	57,14 %	0 %

Tabell 3 viser en oversikt over fordelingen av kjønn på utvalget og frafallsgruppen. Denne viser også at frafallsgruppen ikke skiller seg ut fra utvalget i vesentlig grad.

Tabell 3: Kjønnfordeling i utvalg og frafallsgruppen i prosent

	Mann i %	Kvinne i %
Utvalg	22,58	77,42
Frafall	14,29	85,71

En nærmere analyse av frafallsgruppen, viser i tabell 4 at de ikke skiller seg betydelig fra utvalget i forhold til oppstartsdato på kurset. Både utvalget og frafallet er fordelt utover alle gruppene.

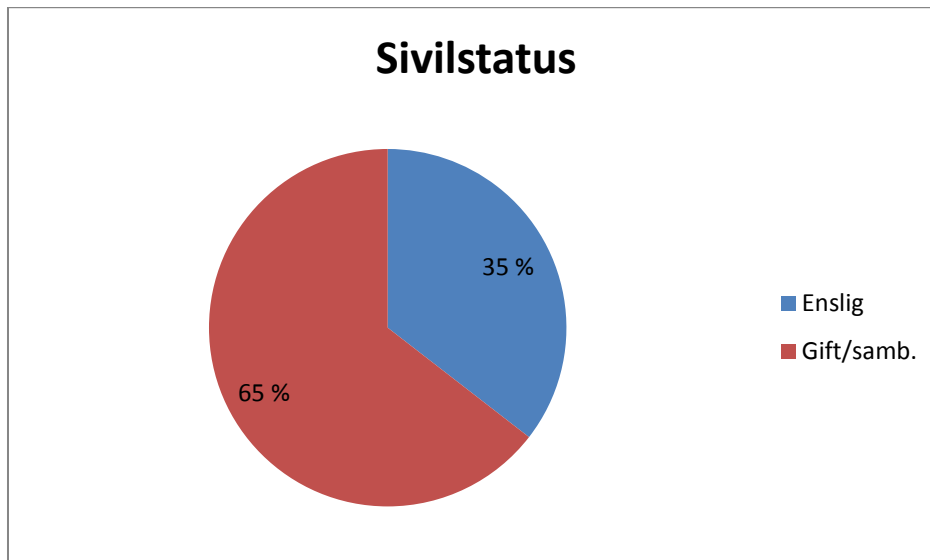
Tabell 4: Gruppevis fordeling av kursdeltakere (% i parentes) i utvalg og frafall for tidsperioden 2008 – 2012

	2008	2009	2010	2011	2012	N
Utvalg	6 (19,4)	8 (25,8)	6 (19,4)	4 (12,9)	7 (22,6)	31 (100)
Frafall	2 (28,6)	3 (35,7)	1 (7,1)	2 (14,3)	2 (14,3)	14 (100)

Det ble også stilt spørsmål om sivilstatus. Figur 2 viser en forholdsvis stor overvekt av gruppen gift/samboer sammenliknet med enslige ($P = 0,020$). Det foreligger ingen sikker

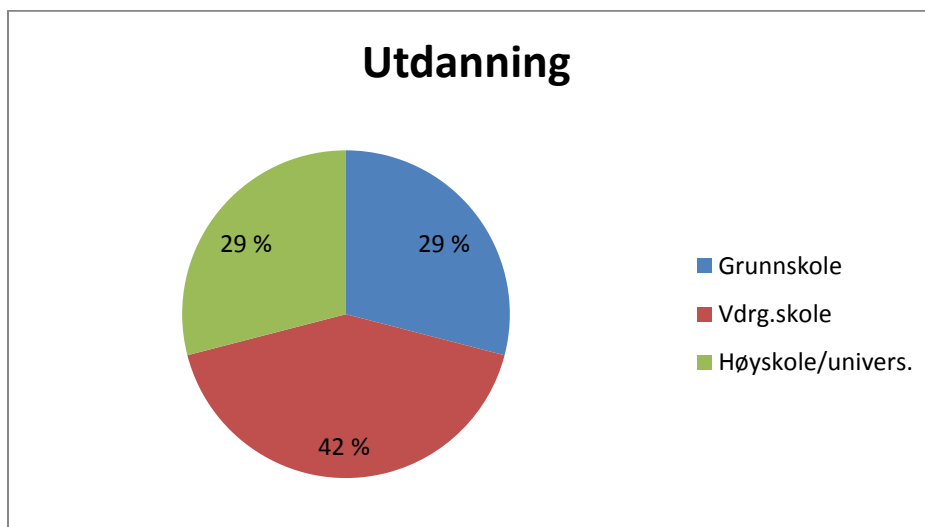
informasjon om dette fra frafallsgruppen, og en sammenlikning av dette tallmateriellet blir av den grunn utelatt.

Figur 2: Oversikt over sivilstatus i utvalget



Demografiske data skal beskrive informantene på en objektiv måte, og har blant annet som mål å plassere de i en sosial struktur (Ilstad, 1989). I undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om utdanning. Gruppen høyskole og høyskole/universitet er slått sammen i en gruppe på grunn av lite tallmaterieell i siste gruppe. Det foreligger da ingen signifikante forskjeller mellom utdanningsnivåene ($P = 0,597$). Figur 3 viser en prosentuell fordeling i forhold til utdanning.

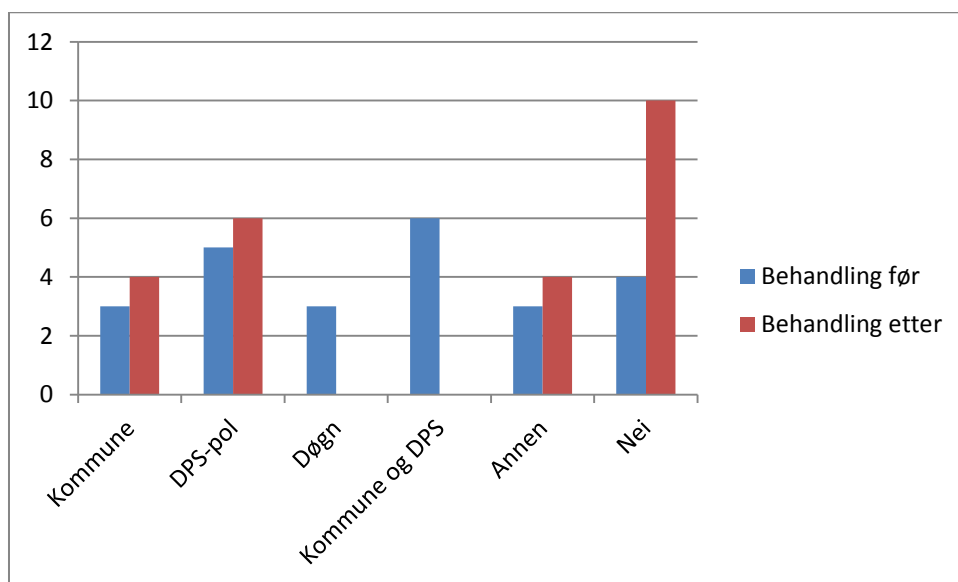
Figur 3: Oversikt over utdanningsnivå



5.1.1 Tilknyttet behandlingssted før - etter

En beskrivelse av gruppedeltakernes behandlingsforløp før de startet opp på kurset, vil kunne si noe om hvor omfattende deres psykiske helseproblemer har vært, ut i fra hva slags behandling de har mottatt tidligere. Mange av kursdeltakerne hadde også kontakt med behandlingsapparatet etter at de avsluttet på kurset. Under vises en oversikt over hvordan situasjonen var før og etter for utvalget. Det var omtrent 83 % av deltakerne som var i en eller annen form for behandling før kursoppstart, og omtrent 58 % av deltakerne var i en eller annen form for behandling på undersøkelsestidspunktet.

Figur 4: Behandlingssted før kursstart og etter avsluttet kurs



2

I denne studien er bakgrunnsinformasjonene testet mot andre variabler fra spørreskjema uten at det påvises statistiske signifikante forskjeller. Det betyr at bakgrunnsinformasjonen ikke påvirker andre variabler i undersøkelsen.

² 7 informanter fra siste kurs er utelatt i denne oversikten. Denne gruppen avsluttet kurset en måned før spørreundersøkelsen ble sendt ut, og det er av den grunn uforholdmessig kort tid for å fastslå behov for oppfølging etter avsluttet kurs.

5.2 Spørreskjema

Ut i fra forskningsspørsmålene presenteres her funn fra deltakernes egne vurderinger av utbytte av de ulike temaer som ble gjennomgått på kurset, hvilke utbytte de hadde av gruppeprosessen, og funn i forhold til måloppnåelse. Det er gjort en grunnleggende statistisk analyse over gjennomsnitt og konfidensintervall. Videre er det gjort en enveis frekvens analyse med Pearson kji-kvadrat test, for å finne ut om det er signifikante forskjeller mellom svarene fra informantene. En toveis krysstabell ble brukt til å se nærmere på noen av variablene som ga signifikante utslag. En ikke parametriske test, av typen ”kruskal wallis”, ble brukt for å sjekke ut om variabler korrelerer med hverandre. Spørsmål i undersøkelsen som ikke ble besvart av alle i utvalget er ikke markert i tabellene, men kommentert avslutningsvis i kapitlene.

5.2.1 Temainnhold

I denne delen av kapitlet presenteres resultater i forhold til forskningsspørsmålet som omhandler kursdeltakernes vurdering av de ulike temaer som ble presentert på kurset, som vist i tabell 5. Resultatet viser at tema kognitiv terapi, situasjon/hendelse – tanker – tolkning – konsekvens/reaksjon (ABC modell), og tema kunnskap om angst, symptomer og ulike angstlidelser ga høyest gjennomsnittscore på resp. 3,61 og 3,55. Tema om kroppslige reaksjoner – med fysioterapeut, tema om angststigen og eksponering og tema om betydning av sosialt nettverk scorer også høyt med resp. 3,39, 3,37 og 3,32. Det som vurderes lavest, men likevel over middels grad av utbytter tema kartlegging av stress og aktuelle belastninger (ressurssekken) med gjennomsnittscore på 3,24. Denne verdien viste ingen statistisk signifikans, slik de andre gjennomsnittsverdiene gjorde.

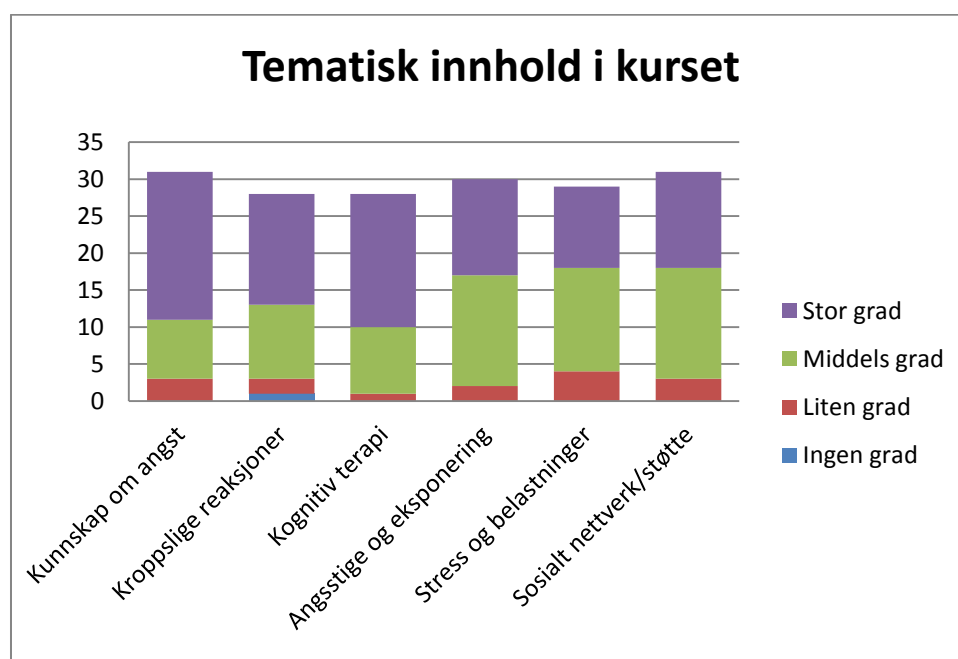
Tabell 5: Kursdeltakernes vurdering av temainnhold

Gjennomsnitt(Gj.sn.), konfidensintervall (95 % CI), p – verdi. (N=31)

På kurset gikk vi gjennom mange forskjellige temaer. I hvilken grad hadde deltakerne utbytte av de ulike temaer?	Gjennomsnitt 1 = i ingen grad 2 = i stor grad	95 % CI	p- verdi
Kunnskap om angst. Symptomer og ulike angstlidelser.	3.55	3.30 til 3.80	0,001
Kroppslige reaksjoner - med fysioterapeut.	3.39	3.09 til 3.70	0,000
Kognitiv terapi. Situasjon/hendelse - tanker/tolkning – konsekvens/reaksjon. (ABC modell).	3.61	3.39 til 3.83	0,000
Angststigen og eksponeringstrening.	3.37	3.14 til 3.60	0,007
Kartlegging av stress og aktuelle belastninger (ressurssekken).	3.24	2.98 til 3.50	0,066
Betydningen av sosialt nettverk/sosial støtte.	3.32	3.08 til 3.56	0,018

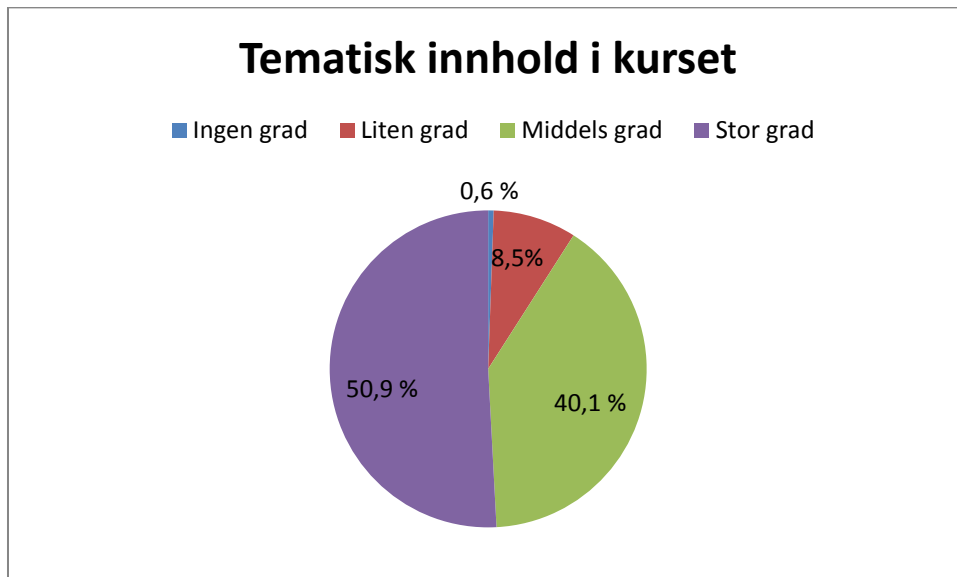
Figur 5 viser fordelingen ut i fra de ulike graderingene av opplevd nytteverdi av de ulike temaene som ble presentert på kurset. Svarene har i hovedsak fordelt seg mellom alternativene middels til stor grad nytteverdi, og det er få informanter som har hatt lite eller ingen grad utbytte av temaene.

Figur 5: Vurdering av nytteverdien på enkelttemaer



Figur 6 viser hvordan deltakerne vurderer den samlede opplevde nytteverdien av alle de temaene kurset omhandlet. Her er de ulike temaene prosentuert ut i fra opplevd nytteverdi, Figuren viser at 91 % av informantene mener at kursets innhold har en nytteverdi fra middels til stor grad.

Figur 6: Samlet vurdering av temainnhold



Frafall: Utvalget svarte på til sammen seks spørsmål rundt nytteverdien av de ulike temaer som kurset omhandlet. Det var 7 % internt frafall ved at spørsmål ikke ble besvart eller at informanten svarte ”vet ikke”. Fraffallet på disse spørsmålene kom i fra de tre første gruppene med overvekt på første gruppe, som avsluttet kurset i 2008.

5.2.2 Gruppeprosessen

I denne delen av kapittelet presenteres resultater i forhold til forskningsspørsmålet som omhandler kursdeltakernes vurdering av dialogen og samværet med andre mennesker med angstplager, som vist i tabell 6. Resultatet her viser, at spørsmålene rundt opplevd inspirasjon/motivasjon fra kurslederne, og nytten av å være sammen med andre mennesker med angstplager, scorer høyest med en gjennomsnittscore på resp. 3,77 og 3,66. Ikke langt etter vurderer informantene god nytte av støtte fra andre gruppedeltakere med en gjennomsnittscore på 3,55. Ønske om å delta i selvhjelpsgruppe etter kurslutt var noe mindre, men fortsatt en middels høy gjennomsnittscore på 3,03. Alle svarene indikerte en statistisk signifikans.

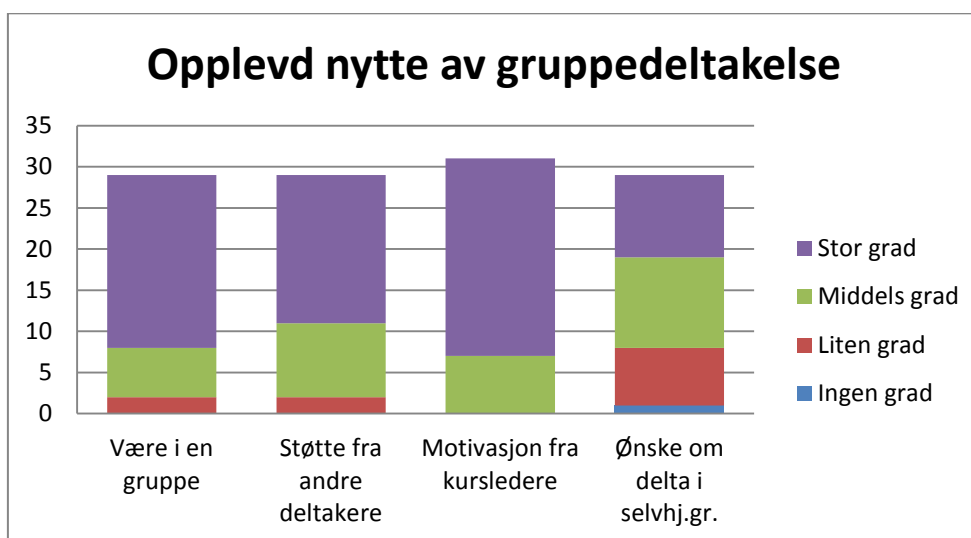
Tabell 6: Kursdeltakernes vurdering av gruppeprosessen

Gjennomsnitt(Gj.sn), konfidensintervall (95 % CI), p- verdi, (N=31)

Hvordan opplevde du nytten av å være i en gruppe?	Gjennomsnitt 1 = i ingen grad 4 = i stor grad	95% CI	p- verdi
I hvilken grad opplevde du nytten av å være sammen med andre mennesker med angstplager?	3.66	3.42 til 3.89	0.000
I hvilken grad opplevde du støtte fra andre gruppedeltakere?	3.55	3.31 til 3.80	0.001
I hvilken grad motiverte/inspirerte kurslederne deg til å jobbe videre med angstplagene dine?	3.77	3.62 til 3.93	0.002
I hvilken grad hadde du ønske om å delta på selvhjelpsgruppe etter endt kursdeltakelse? ²	3.03	2.71 til 3.36	0.039

Figur 7 viser fordelingen ut i fra de ulike graderingene av opplevd nytteverdi av å delta i en angstmestringsgruppe. Svarene på de tre første spørsmålene, som omhandler dette tema, har i hovedsak fordelt seg mellom alternativene middels til stor grad nytteverdi. Det siste spørsmålet er tatt med for å kunne si noe om interessen for å fortsette gruppesamarbeidet i en selvhjelpsgruppe. På dette spørsmålet var alle svaralternativene benyttet, men hovedtyngden av svarene var mellom ingen, liten og stor grad. Alle verdiene indikerte en statistisk signifikans.

Figur 7: Besvarelse av enkeltspørsmål rundt gruppeprosessen



Under bakgrunnsopplysninger i spørreskjemaet, svarte informantene på om de gikk i selvhjelpsgruppe. Under vises en toveis krysstabell mellom ønske om å delta i selvhjelpsgruppe, og de som faktisk gjør det. Tabellen viser at det var 93,5 % som besvarte begge spørsmålene og tabellen viser at 72,41 % av disse er fra middels til stor grad interessert i å delta på selvhjelpsgruppe, mens bare 20,7 % av deltakerne er med i selvhjelpsgruppe.

Tabell 7: Krysstabell mellom ønske om og faktisk deltakelse i selvhjelpsgruppe

Går i selvhjelpsgruppe	Ønske om å gå i selvhjelpsgruppe			
	Ingen grad	/liten grad	Middels/stor grad	Total
Ja	0 (0,0 %)	6 (20,7 %)	6 (20,7 %)	6 (20,7 %)
Nei	8 (27,6 %)	15 (51,7 %)	23 (79,3 %)	23 (79,3 %)
Total	8 (27,6 %)	21 (72,4 %)	29 (100 %)	29 (100 %)

Frafall: Utvalget svarte på til sammen tre spørsmål rundt nytteverdien av å være i en angstmestringsgruppe, og ett spørsmål som omhandlet ønske om deltakelse i selvhjelpsgruppe. Det var 5 % internt frafall, ved at spørsmål ikke ble besvart eller at informanten svarte ”vet ikke”. Frafallet på disse spørsmålene fordelte seg på gruppe en, tre og fem, med overvekt på gruppe tre som avsluttet kurset i 2010.

5.2.3 Måloppnåelse

Det siste forskningsspørsmålet handler om hvordan kursdeltakerne mestrer sine angstplager i dag. Fornøydheten med kurset i sin helhet er meget stor, med en gjennomsnittscore på 3,71. Informantene har stor tro på at egen mestring av angst i dag har sammenheng med det de lærte på kurset, med en gjennomsnittscore på 3,50. Informantene nådde målene de satte seg før kursstart fra middels til stor grad, med en gjennomsnittscore på 3,21. Informantene mente at de mestret sin angst noe bedre den første måneden etter at de avsluttet kurset enn de gjør i dag, med en gjennomsnittscore på resp. 3,18, og 3,03. Alle svarene indikerte en statistisk signifikans.

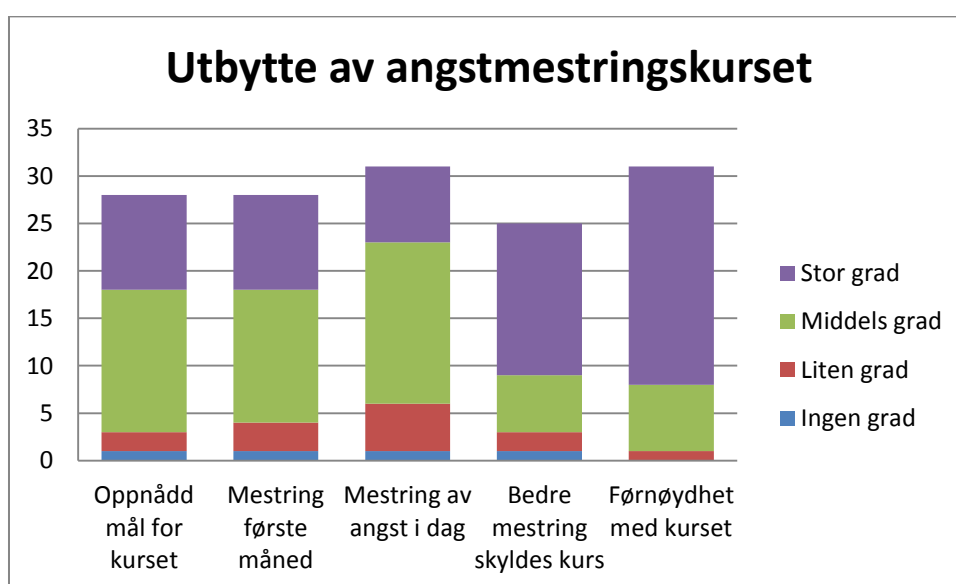
Tabell 8: Kursdeltakernes vurdering av utbytte av kurset

Gjennomsnitt(Gj.sn), konfidensintervall (95 % CI), p- verdi, (N=31)

Hvilke utbytte hadde du av angstmestringskurset?	Gjennomsnitt. 1 = i ingen grad 4 = i stor grad	95% CI	P -verdi
I hvilken grad nådde du de målene du satte deg før kursoppstart?	3,21	2,93 til 3,50	0.000
I hvilken grad mestret du din angst bedre <u>den første måneden</u> etter kurset?	3,18	2,88 til 3,49	0.001
I hvilken grad mestrer du dine angstplager i dag?	3,03	2,76 til 3,31	0.000
I tilfelle du mestrer din angst bedre i dag, i hvor stor grad tror du dette skyldes det du lærte på kurset?	3,50	3,14 til 3,82	0.000
I hvilken grad er du fornøyd med kurset i sin helhet?	3,71	3,52 til 3,90	0.000

Figur 8 viser en fordeling ut i fra de ulike svarene rundt utbytte og måloppnåelse av kurset. Omregnet i prosent ut i fra antall besvarte spørsmål, viser det seg at 89 % oppnådde sin målsetting for kurset fra middels til stor grad. 86 % mener at de fra middels til stor grad mestret sin angst bedre den første måned etter kurset. 81 % av informantene mener at de mestrer sin angstplager fra middels til stor grad i dag. 88 % svarte at de fra middels til stor grad tror bedringen har sammenheng med kurset. Alle informantene besvarte det siste spørsmålet, og 97 % er fra middels til stor grad fornøyd med kurset.

Figur 8: Besvarelse av enkeltspørsmål rundt måloppnåelse



For å finne ut om det var svar fra informantene rundt måloppnåelse som kan ha en sammenheng eller påvirkes av svarene rundt tematisk innhold og gruppeprosessen, ble det foretatt en ikke parametriske test av typen "kruskal-wallis". Denne viser statistisk signifikante verdier mellom måloppnåelse og tematisk innhold, som tabell 10 viser. Det er særlig kognitiv terapi, angststigen og eksponeringstrening som ser ut til å ha en sammenheng med mestring av angst i dag. Fornøydheden med kurset viser å ha en sammenheng med kunnskapsformidling rundt angst, kroppslige reaksjoner med fysioterapeut og angststigen med eksponering. Det var ingen statistiske signifikante verdier mellom måloppnåelse og gruppeprosessen.

Tabell 9: Krysstabell over kursets eventuelle virkning på angstmestring i dag

Variabel 1. Måloppnåelse	Variabel 2. Innhold i kurset	P - verdi
I hvilken grad mestret du dine angstplager i dag? (Gj.sn. 3,3)	Kognitiv terapi. Situasjon/hendelse - tanker/tolkning – konsekvens/reaksjon. (ABC modell). (Gj.sn. 3,61)	0,008
I tilfelle du mestrer din angst bedre i dag, i hvor stor grad tror du dette skyldes det du lærte på kurset? (Gj.sn. 3,5)	Kognitiv terapi. Situasjon/hendelse - tanker/tolkning – konsekvens/reaksjon. (ABC modell). (Gj.sn. 3,61)	0,006
	Angststigen og eksponeringstrening. (Gj.sn. 3,37)	0,034
I hvilken grad er du fornøyd med kurset i sin helhet? (Gj.s. 3,71)	Kunnskap om angst. Symptomer og ulike angstlidelser. (Gj.sn. 3,55)	0,023
	Kroppslige reaksjoner - med fysioterapeut. (Gj.sn. 3,39)	0,027
	Angststigen og eksponeringstrening. (Gj.sn 3,37)	0,040

Frafall: Utvalget svarte på til sammen fem spørsmål rundt nytteverdien av selve angstmestringskurset. Det var 8 % internt frafall ved at spørsmål ikke ble besvart eller at informanten svarte "vet ikke". Frafallet på disse spørsmålene fordelte seg på gruppe en, to, tre og fem, med overvekt på gruppe to som avsluttet kurset i 2009.

5.3 Angstscoreskjema

Alle kursdeltakerne fylte ut et angstscoreskjema før de ble tildelt plass på angstmestringskurset. Det samme skjema ble igjen sendt ut til de deltakerne som takket ja til å delta i undersøkelsen. Det ble da mulig å sammenlikne pre - scoreskjema opp i mot post-score skjema, som ble fylt ut på undersøkelsestidspunktet.

5.3.1 Endring av unngåelsesatferd

Tabell 11 viser at det er en forskjell på gjennomsnittet mellom pre og post test når det gjelder unngåelse som en følge av angstplagene. Ved en sammenlikning av gjennomsnittsverdien viste en statistisk testing, med Pearsons kji-kvadrat, signifikante verdier på åtte av i alt sytten beskrivelser av unngåelsesatferd. Det vil si at gjennomsnittsverdien har gått så mye ned at det ga signifikante forskjeller. Sju av beskrivelsene, som viser signifikante verdier, er forenelig med sosial angst.

Tabell 10: Resultater fra pre og post angstscoreskjema – unngåelse

Jeg unngår:	Gj.snitt. Pretest	Gj.snitt Posttest	Gj.snitt diff.	p-verdi
Å gå ut alene, bort hjemmefra	4,53	2,97	-1,57	0,023
Å gå på gata alene	3,67	2,63	-1,03	0,126
Å gå over åpne plasser alene	3,67	2,93	-0,73	0,214
Å kjøre buss eller tog alene	5,27	3,40	-1,87	0,006
Å gå på kino eller møter alene	6,70	3,97	-2,73	0,001
Å gå på butikk	4,10	2,20	-1,90	0,004
Å stå i kø	4,73	2,73	-2,00	0,002
Å gå i selskap	5,97	3,97	-2,00	0,004
Å ta i mot gjester selv	4,40	3,20	-1,20	0,120
Å snakke med autoritetspersoner eller ukjente	5,37	4,27	-1,10	0,092
Å skrive så andre ser det	3,87	2,93	-0,93	0,124
Å ta heis	4,20	2,87	-1,33	0,039
Å være i lukkede rom	4,47	3,43	-1,03	0,098
Å være alene hjemme	2,33	1,90	-0,43	0,500
Å si noe i en gruppe	6,83	5,03	-1,80	0,007
Å ta telefonen / ringe ut	4,50	3,40	-1,10	0,079
Å hente posten / gå til postkassen	3,23	2,30	-0,93	0,212

Frafall: Det var internt frafall ved utfylling av angstscorekjema. For å få fulle datasett er disse verdiene erstattet med en gjennomsnittsscore av de verdiene de andre oppga på samme spørsmål. Det var ikke mer enn maksimalt ett internt frafall på hver av de utfylte angstscore skjemaene fra informantene.

Tabell 12 viser gjennomsnittsdifferansen mellom pre og post test, når det gjelder unngåelse som en følge av angstplagene, inndelt gruppevis ut i fra starttidspunkt. Gjennomsnittsdifferansen går opp for den første gruppen. For de neste gruppene med et senere kursstarttidspunkt, synker gjennomsnittsdifferansen gradvis. En Pearson kji- kvadrat test viser signifikante forskjeller ved sammenlikning av gjennomsnittsresultatet for de tre siste gruppene.

Tabell 11: Resultater fra pre og post angstscorekjema – inndelt gruppevis

Grupper:	Gj.snitt Pretest	Gj.snitt Posttest	Gj.snitt diff.	P-verdi	N
Gruppe 1 (2008)	5,10	5,28	0,18	0,619	6
Gruppe 2 (2009)	3,85	3,62	- 0,23	0,253	8
Gruppe 3 (2010)	4,60	2,39	- 2,21	0,000	6
Gruppe 4 (2011)	4,37	1,88	-2,49	0,000	4
Gruppe 5 (2012)	5,02	2,28	- 2,74	0,000	7
Frafallsgruppe ³	4,15		-0,43	0,077	14

Frafall: Frafallsgruppen skiller seg lite ut fra utvalget, ved at gjennomsnittscoren på angst prescore - skjemaet er 0,43 lavere enn hos utvalget. Det vil si at unngåelsesatferden hos frafallsgruppen er noe lavere i forhold til utvalget.

5.3.2 Endring av angsttanker

Angstscorekjemaet inneholder også en kartlegging av tanker som kan komme i forbindelse med angstfølelsen. Tabell 13 beskriver endring av gjennomsnittsscoren på pre – post testen. En statistisk testing med Pearsons kji-kvadrat test, ga statistisk signifikante utslag på sju av totalt ni beskrivelser av tanker i forbindelse med angst. Det vil si at gjennomsnittsverdien har gått så mye ned at det ga signifikante utslag.

³ Det er ikke gjort noen posttest av frafallsgruppen. Gjennomsnittsdifferansen er differansen mellom alle gruppene samlet og frafallsgruppen fra pretesten. kji-kvadrat testen er gjort mellom disse to variablene.

Tabell 12 Resultater fra pre og post angstscorekjema - tanker

Jeg tenker:	Gj.snitt Pretest	Gj.snitt Posttest	Gj.snitt diff.	P-verdi
At jeg kommer til å kaste opp	2,81	1,77	-1,03	0,151
At jeg kommer til å besvime.	4,94	3,03	-1,90	0,014
At jeg får hjerteinfarkt.	3,58	2,07	-1,52	0,017
At jeg kveles (til døde).	3,68	2,03	-1,66	0,012
At jeg kommer til å oppføre meg dumt.	5,90	3,94	-1,97	0,002
At jeg kommer til å skrike eller snakke rart	3,94	3,23	-0,71	0,370
At jeg kommer til å bli lammet av angst.	5,23	3,07	-2,16	0,001
At andre ser at jeg har angst.	6,10	4,23	-1,87	0,005
At jeg klarer meg ikke alene.	4,48	2,48	-2,00	0,011

Tabell 14 viser gjennomsnittsdifferansen mellom pre og post test, når det gjelder tanker som kan komme i forbindelse med angstfølelsen, inndelt gruppevis ut i fra starttidspunkt. Gjennomsnittsdifferansen går opp for den første gruppen. For de neste gruppene med et senere kursstarttidspunkt synker gjennomsnittsdifferansen. En Pearson kji- kvadrat test viser signifikante forskjeller på resultatet for de fire siste gruppene.

Tabell 13 Resultater fra pre og post angstscorekjema – inndelt gruppevis

Grupper:	Gj.snitt Pretest	Gj.snitt Posttest	Gj.snitt diff.	P-verdi	N
Gruppe 1 (2008)	4,37	4,70	0,33	0,420	6
Gruppe 2 (2009)	4,17	2,54	-1,63	0,002	8
Gruppe 3 (2010)	4,89	2,19	-2,70	0,001	6
Gruppe 4 (2011)	3,14	2,00	-1,14	0,011	4
Gruppe 5 (2012)	5,51	2,76	-2,75	0,000	7
Frafallsgruppe ⁴	4,87		0,36	0,223	14

Frafall: Frafallsgruppen skiller seg lite ut fra utvalget ved at gjennomsnittscoren på angst prescore - skjemaet er bare 0,36 høyere enn hos utvalget. Det vil si at tanker som oppstår i forbindelse med angst er noe mer i forhold til utvalget.

⁴ Det er ikke gjort noen posttest i frafallsgruppen. Gjennomsnittsdifferansen er differansen mellom alle gruppene samlet og frafallsgruppen fra pretesten. Kji-kvadrat testen er gjort mellom disse to variablene.

6. Diskusjon

Diskusjonskapittelet tar utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene sett i lys av programteorien, som videre diskuteres opp i mot relevant teori og anvendt forskning. Først i kapittelet, gjennomgås metodiske refleksjoner knyttet opp i mot studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Til slutt samles studiens resultater i en konklusjon med anbefaling til praksis og videre forskning. Studiens begrensning blir også vurdert.

6.1 Metodiske refleksjoner

Validitet og reliabilitet er viktige faktorer for å vurdere kvaliteten på en studie. Målet med en studie av denne typen, er å frembringe valide resultater som er generaliserbare.

Reliabilitet: Reliabilitet er et uttrykk for hvor presist resultatet som kommer frem er. Eventuelle feil og avvik må elimineres slik at man kommer frem til samme resultat hver gang en måler, noe som da beviser at reliabiliteten for studien er høy. Det er vanlig å skille mellom systematiske og tilfeldige målefeil (Laake, et al., 2007). Ringdal (2007) mener at tilfeldige målefeil alltid vil være tilstede, og kan påvirke studiens reliabilitet, mens systematiske målefeil vil gå ut over målingens validitet. Tilfeldige målefeil kan lettere fanges opp ved hjelp av statistiske metoder. Systematiske målefeil er vanskeligere å oppdage statistisk, og eventuelle feilkilder må da identifiseres og elimineres.

Det er flere faktorer som kan påvirke reliabiliteten i en studie. Friis og Vaglun (1999) nevner fire forhold. Måleinstrumentene, evaluatørene, dataanalysen og variasjonsbredden i materialet. I tillegg kan forhold hos individet som skal måles virke inn (Ilstad, 1989).

Måleinstrumentet: I studien er det benyttet et egenkonstruert spørreskjema/evalueringskjema. Foruten dette er det benyttet et angstscoreskjema. Dette er ikke et standardisert måleskjema, med scoretall som kan sammenliknes med andre studier, og kan av den grunn ses på som en svakhet ved studien. Som tidligere beskrevet er skjemaet satt sammen av to standardiserte skjemaer. Spørsmålene i skjemaene er av den grunn testet ut tidligere og brukt i andre undersøkelser. Det ble også vektlagt at skjemaene var identisk like på begge utfyllingstidspunktene.

Evaluator: Det er første gang evaluator utfører denne type studie, og er i så måte nybegynner. En utfordring har vært å formulere spørsmål som oppfattes likt, og som er klare og tydelige. Det har for noen av informantene gått lang tid siden de gikk på kurset, og det har derfor vært viktig å spørre om sentrale temaer det er mulig å memorisere.

Dataanalysen: Prosjektkoordinator og evaluator laget hver sin kodebok uavhengig og blindet for hverandre. Til slutt ble tallmaterialet sammenliknet for å identifisere eventuelle feil, en såkalt kodereliasibilitet. Alle ulogiske tallkombinasjoner ble gransket i forhold til eventuelle punchefeil, kodefeil eller feil på selve svars skjema (Ilstad, 1989). Dataanalysen ble også gjort av prosjektkoordinator og evaluator og deretter sammenliknet.

Variasjonsbredden: - I denne studien handler dette om at antall informanter er mange nok, slik at resultatene kan generaliseres til populasjonen. I undersøkelsen representerer informantene 69 % av populasjonen, noe som må sies å være akseptabelt (Friis & Vaglum, 1999).

Individet som måles: Det er lang tid mellom utfylling av pre – post angstscore skjema, og dette kan styrke reliabiliteten da informanten ikke husker hva han/hun svarte første gang. Det har for noen grupper gått lang tid fra intervensjon til måling. Dette kan svekke reliabiliteten, ved at informantene ikke husker alt fra intervensjonen. Informantene hadde god tid til utfylling, og evaluator var ikke involvert i kontakten med informantene. Alle fikk tilbud om hjelp til utfylling av prosjektkoordinator.

Validitet: Studiens validitet sier noe om studien har fått målt det som er ment og måles.

Face validity: Det egenkonstruerte spørreskjemaet er testet av et ekspertpanel, bestående av fem medarbeidere som alle er involvert i arbeidet rundt mestringsgrupper i avdelingen. I tillegg er det fremlagt for diskusjon og innspill på mastersamlinger, ved Høyskolen i Hedmark. Til sammen styrker dette validiteten.

Laake et.al (2007) deler begrepet validitet opp i intern og ekstern validitet.

Intern validitet: I denne studien handler det om resultatene som kommer frem er en konsekvens av intervensjonen. Som omtalt under de ulike evalueringsmodellene, kan en aldri være sikker på at det er en kausal sammenheng. Det er viktig å sjekke ut og påvise mulige faktorer som kan påvirke måleresultatet. Resultatene viser en nedgang i behandlingskontakter før og etter intervensjon, men fortsatt hadde noen av informantene en eller annen behandlingskontakt etter intervensjon som kan ha virket inn. Det kan også være andre forhold

i livssituasjonen evaluator ikke har oversikt over. For å kvalitetssikre dataene som er fremkommet i studien, er de testet statistisk med et signifikansnivå som sier noe om at resultatene ikke er tilfeldig (Ringdal, 2007). Resultatene fra angstscoreskjema bekrefter funn fra spørreskjema som igjen styrker studiens validitet.

Ekstern validitet: Ved å vurdere ekstern validitet vil man kunne si noe om resultatene fra studien lar seg generalisere til populasjonen, men også til andre mennesker med lettere til moderate angstplager. Frafallet i studien vil da være en påvirkende faktor. I denne studien er eksterne og interne frafallet nøye beskrevet i resultat kapittelet. Frafallet viser seg å skille seg lite ut fra utvalget.

Formålet med denne studien har vært å vurdere om intervensjonen har virket ut i fra målsettingen om at deltakerne skal mestre sin angst bedre. En skal være forsiktig med å konkludere med at alle mennesker med lettere til moderate angstplager ville hatt utbytte av tilsvarende kurs. Det er allikevel mye som tyder på at virkningen har vært god ut i fra resultater som har fremkommet i denne studien.

6.2 Kursets tematiske innhold

I dette kapittelet vil følgende forskningsspørsmål bli drøftet:

Hvordan vurderer kursdeltakerne de ulike temaer som ble presentert på kurset?

Denne studien er en evaluering av et angstmestringskurs. Sverdrup (2002) mener at det i et evalueringsarbeid vil være viktig med en systematisk sammenlikning av hvilke endringer en forventer at et program vil føre til, og hvilke endringer som faktisk skjer. I kursets programteori er det tidligere presentert en kjede av virkemidler som forventes å ha en effekt i forhold til kursets målsetting. Et av disse virkemidlene er den psykoedukative tilnærmingen hvor pedagogiske prinsipper blir benyttet i gruppeundervisningen, kombinert med erfaringsutveksling knyttet til ulike temaer. Undervisningstemaene er valgt ut i fra mestringsbok ved angstlidelser, supplert med annen aktuell litteratur.

Resultatene har kommet frem ut i fra informantenes tilbakemelding om intervensjonen, en såkalt summativ evaluering. Denne evalueringsformen skal gi svar på hvilke nytte intervensjonen har hatt, og hvilke endringer den har medført (Eriksson & Karlsson, 2008). Det kan være vanskelig å påvise endringer uten at det er gjort noen forundersøkelse. I

diskusjonskapittelet vil opplysningene som fremkommer i spørreskjemaet bli sammenliknet med resultater fra pre - post undersøkelsen.

Resultater fra studien viser, jfr. figur 6, at 51 % av informantene vurderte å ha stor grad av nytte av de ulike temaer som ble presentert på kurset. Samme figur viser at 40 % av informantene vurderte nytteverdien til å være av middels grad. Det betyr at 91 % av informantene vurderte å ha fra middels til stor grad utbytte av temaene som kurset omhandlet. Temaene om kognitiv terapi og kunnskapsformidling rundt angst er de to temaene som skiller seg ut i forhold til positiv nytteverdi, jfr. figur 5. Resultatet er i tråd med kursets programteori, men den høye prosentandelen må allikevel betraktes som noe overraskende.

Er tema tilpasset de ulike deltakerne?

Avdeling psykiske helse får mange henvisningene fra ulike instanser, også fra brukeren selv. I følge tidligere nevnte samhandlingsreform, skal kommunen jobbe forebyggende og intervensjonen skal iverksettes på et tidlig stadium for å forhindre videre sykdomsutvikling. Dette innebærer at kommunens helsetjenester bør være lett tilgjengelig, noe som igjen medfører at de som blir henvist eller henvender seg selv til avdelingen, kan bestå av en bred og sammensatt gruppe med ulike behov. Deltakerne fra de første angstmestringskursene var stort sett brukere som allerede hadde et individuelt tilbud i avdelingen, og flere av dem hadde sammensatte problemer av ulik karakter hvor angst var et av hovedsymptomene. Figur 4 viser at det var omtrent 83 % av informantene som hadde hatt en eller annen behandlingsform for sin psykiske helse før kurstart⁵. Etter hvert som kurstilbudet ble kjent, kom det flere henvisninger og henvendelser direkte rettet mot ønske om kursdeltakelse. Henvisningsgrunnlaget har imidlertid aldri vært så stort at det har vært mulig å sette sammen grupper ut i fra ulike angstdiagnoser. Dette medfører at temaer som blir presentert på kurset ikke er like relevant for alle deltakerne. Resultater fra denne studien viser at informantene allikevel har opplevd god nytte av de ulike temaene som ble presentert. Dette kan ha sammenheng med at de ulike angstlidelsene, og behandlingen av disse, har noen fellestrekk. Repål (2010) mener at blandede grupper kan ha sin fordel ved at deltakerne får erfare hvor forskjellig angstens uttrykk kan være. Erfaring fra kursene viser at mennesker med ulike angstproblemer kan være til hjelp og støtte for hverandre, blant annet i eksponeringstreningen. Deltakere med ulik type angst vil da kunne hjelpe hverandre gjennom treningsprogrammet,

⁵ Siste kurs er utelatt fra tallmaterialet som beskrevet i resultatkapittelet.

ved at den ene fungerer som en trygghetsperson som gradvis trekker seg tilbake etter hvert som eksponeringstreningen skrider frem. På den andre siden vil et kurstilbud til brukere med samme type lidelse gi mer tid og fokus på kunnskapsformidling rundt den aktuelle lidelsen.

Psykoedukasjon

De gruppebaserte forskningsresultater som er trukket frem i studien retter seg stort sett i mot utvalgte angstlidelser og kognitiv terapi i spesialisthelsetjenesten, hvor gruppeterapeutiske prosesser vil være et av virkemidlene. I denne studien skjer intervensjonen med en sammensatt gruppe i kommunehelsetjenesten, i form av et kurs. Tidligere nevnte metaanalyse studie fra Donker et al. (2009), viser at også passive psykoedukative tilnærminger med kognitiv undervisning har positiv effekt på mennesker med psykiske helseplager, som angst og depresjon. Med passiv psykoedukasjon menes eksempelvis opplysningsarbeid som foredrag, hvor den som mottar informasjonen forholder seg passiv. Sammenlikninger kan trekkes til angstmestringskurset hvor det er opp til deltakeren hvor mye man vil involvere seg. Det kan tyde på at psykoedukasjon kan være virkningsfullt selv om man ikke klarer å nyttiggjøre seg av andre virkemidler et kurs kan gi. Virkningen av psykoedukasjon kan, i følge tidligere presentert teori, være økt mestringskompetanse på bakgrunn av økt kunnskap. I tråd med samhandlingsreformen vil det igjen kunne stimulere den enkelte til økt selvstendighet og ansvar for egen helse.

Berge og Repål (2008) viser til forskning som bekrefter at undervisning om psykiske lidelser ikke nødvendigvis blir oppfattet av alle. Mennesker med moderate angstplager vil ha innsnevret persepsjonsfelt og nedsatt konsentrasjon allerede ved moderate angstplager. Dette er viktig kunnskap en må ta hensyn til i undervisningsopplegget. Studien fra Donker et al. (2009) viser til at kvaliteten på undervisningen er viktig. Her er forsamlingen til kurset et viktig møte hvor deltakeren kan si noe om behovet, slik at undervisningen blir tilpasset gruppen. Dette gir kursdeltakeren mulighet til å påvirke innholdet av kursdagene. Kreativitet, variasjon og gjentakelser har vært viktige pedagogiske virkemidler i undervisningen.

Kunnskap om angst

I svarene fra informantene om temainnhold skiller undervisning om angst og kognitiv terapi seg noe ut med en gjennomsnittsscore på henholdsvis 3,66 og 3,77 (1 = ingen grad, og 4 = stor grad). Ikke langt etter kommer tema rundt kroppslige reaksjoner og eksponeringstrening, med gjennomsnittsscore på henholdsvis 3,39 og 3,37. Berge og Repål (2010) mener at informasjon og kunnskap demper angst. For mange av de som har angstproblemer, vil de fysiologiske reaksjonene som skjer i kroppen være det som er vanskeligst å takle med hele angsten. Mange utvikler av den grunn angst for angsten (Repål, et al., 2004). Kunnskapsformidling rundt angst og kroppslige reaksjoner med erfaringsutvekslinger, kan bidra til å ufarliggjøre angsten og gjøre den håndterbar. På angstmestringskurset er dette tema lagt inn allerede andre kursdag for at deltakerne skal nyttiggjøre seg av denne kunnskapen videre i kurset. Tidligere nevnte forskningsstudie fra Møller og Hegna (2001) viser at en bevisstgjøring rundt kroppslige reaksjoner kan påvirke uhensiktsmessig pustemønster og muskelspenninger, noe som igjen bedrer mestring av angsten. I et salutogenetisk perspektiv kan dette mulig forklares med en opplevelse av at situasjonen man har kommet i er påvirkelig, logisk og forutsigbar (Tveit & Malterud, 2004). Økt kunnskap kan bidra til å styrke deltakernes motstandsressurser (GMR), som igjen vil forsterke opplevelsen av sammenheng (SOC) (Langeland, 2009).

Den kognitive modellen

Den kognitive modellen er en rød tråd gjennom hele kurset, og deltakerne stifter bekjentskap med modellen allerede på første kursdag. Den kognitive modellen kan sees på som et verktøy i møte med angsten, og mange studier viser at det er en effektiv behandlingsform i forhold til mange ulike angstdiagnoser, og da ofte i kombinasjon med eksponeringstrening (Statens helsetilsyn, 1999; Sunhedsstyrelsen, 2007). Modellen har som mål å identifisere tankemønstre og holdninger som kan skape angst, for deretter å modifisere disse slik at følelsen endrer seg. For å få trening på dette oppfordres pasienten til å eksponere seg for situasjoner som skaper angstfølelsen, for så å gjenkjenne uhensiktsmessige tanker og holdninger. (Thingnæs, et al., 2008). I en terapisisituasjon vil terapeut og pasient gå inn i en et reflekterende samarbeid hvor målsettingen er at pasienten skal komme frem til veiledet selvinnsikt (Wilhelmsen, 2004). På angstmestringskurset vil dette samarbeidet ikke finne sted på samme måte. Kursdeltakeren lærer teorien og teknikkene, for så å bruke tilegnet kunnskap fra kursdagen og øve seg opp gjennom hjemmeoppgaver. Eventuelle problemer i forhold til hjemmeoppgavene tas opp neste kursdag. Et av målene med kursopplegget er at kursdeltakeren selv skal bli mer

selvgående med bruk av den kognitive modell. Erfaring fra kursene og resultater fra denne studien viser at denne modellen er forståelig og håndgripelig. Flere vil, etter hvert som modellen blir mer integrert, fungere som sin egen kognitive terapeut. En annen fordel med et kurskonsept kan være at man kommer bort fra den tradisjonelle pasient/terapeut rollen, noe som igjen kan bidra til økt ansvarliggjøring for egen helse.

Kunnskap og empowerment

Et kurstilbud kan muligens oppleves mindre forpliktende enn en terapigruppe. Tidligere presentert teori om angst viser at mennesker med angst ofte utvikler et unngåelsesmønster, og det kan fort bli slik at unngåelsesmønsteret blir vondt å bryte med mindre forpliktende intervensjoner. Wilhelmsen (2004) sier at det er få mennesker som liker å endre seg før de må. Det er vanskelig å bryte ut av noe som oppleves trygt, selv om det ikke har bidratt til fremgang. På en annen side er ikke alle kursdeltakere klare til å sette i gang et endringsarbeid. Erfaring fra kursene viser at mange har mer enn nok med å klare å møte opp til kursdagene, og kanskje er nettopp oppmøtet det første skrittet mot en endringsprosess. Teorien må modnes og benyttes når kursdeltakerens forutsetninger til å ta i bruk de helsefremmende ressursene er tilstede (Tveiten, 2012). Utviklingen og fremgangen starter for noen etter kursets slutt.

Det tematiske innholdet på kurset har blitt noe justert undervegs, og da på bakgrunn av tilbakemeldinger fra kursdeltakerne. Selv om den kognitive modellen har vært hovedfokus, har det vært viktig å presentere andre tilnæringsmetoder. Deltakerne har fått presentert en ”verktøykasse”, hvor valg av verktøy i mestring av angsten har vært individuelt. Økt kunnskap vil kunne påvirke deltakernes syn på seg selv og påvirke både selvfølelse og selvtilliten. I tråd med empowermentstanken, vil det igjen gi styrket egenkraft ved økt kompetanse, styrke og innsikt. Dette vil igjen kunne bidra til økt tro og vilje til å mestre eget liv (Askheim, 2012).

6.3 Dialogen og samværet med andre mennesker med angstplager

I dette kapittelet vil følgende forskningsspørsmål bli drøftet:

Hvordan vurderer kursdeltakerne dialogen og samværet med andre mennesker med angstplager?

Et annet forventet virkemiddel i programteorien er selve gruppeprosessen som forventes å ha en positiv effekt i forhold til bedringsprosessen til kursdeltakerne. Svarene fra informantene, som omhandlet dette virkemiddelet, var også overraskende positive, som tabell 6 viser. De to første spørsmålene omhandlet opplevd nytte og støtte ved å være sammen med andre mennesker med angstplager. Gjennomsnittsscore på de to spørsmålene var på 3,6 (1= ingen grad, og 4 = stor grad). På spørsmål om kursledere var en motivasjonsfaktor og en inspirator til å jobbe videre med problemene, var gjennomsnittsscoren på svarene 3,77. Dette var også et overraskende funn, og kan si noe om kursleders betydning i endringsarbeidet. Ønske om å fortsette gruppesamarbeidet i form av en selvhjelpsgruppe var noe overraskende lav, sett i forhold til vurdering av nytteverdien ved å delta i en gruppe. Gjennomsnittsscoren på svarene var her på 3.03.

Ut av isolasjonen

Tidligere omtalte programteori inneholder mange momenter som samsvarer med resultatene om gruppeprosessen. Informantene opplever støtte og god nytte ved å være sammen med andre mennesker med angst, men det er usikkert hva som oppleves som betydningsfullt ved gruppeprosessen for den enkelte. Faglitteraturen viser at psykiske helseplager kan virke inn på selvbilde og evnen til å ta initiativ. Tilbaketrekking, passivitet og en manglende tro på at situasjonen kan påvirkes kan bli en negativ konsekvens for mange. Dette vil igjen forsterke følelsen av mindreverdighet og avmakt (Løken, 2006). Isolasjonstendenser vil igjen påvirke vår omgang med andre mennesker, og mange utvikler av den grunn sosial angst. Sosial angst er den lidelsen som er vanligst i befolkningen etter depresjon og rusmiddelbruk. Konsekvensene kan være mange og er omtalt tidligere. Det er de færreste som oppsøker hjelp for sine problemer på bakgrunn av frykten for å bli negativt vurdert av andre, eller at de takler hverdagen ved hjelp av omfattende bruk av unngåelsesstrategier (Gråwe, et al., 2008). Å tilby angstmestringskurs kan være et tiltak for å bryte isolasjonen. Dette er i tråd med tidligere nevnte forskningsresultater fra Møller og Hegna (2001). Henvisningene til

angstmestringskurset viser at mange av deltakerne har symptomer på sosial angst. Dette bekreftes i tabell 11, hvor den høyeste gjennomsnittsscoren viser unngåelsesatferd som er forenelig med sosial angst hos informantene. At de allikevel søker hjelp for sine angstproblemer kan ha en sammenheng med at det ikke er uvanlig å ha flere angstlidelser på samme tid. Erfaringene fra forsamtalene med kursdeltakerne, viste at de fleste gruet seg til kursdagene på grunn av angst for å være i fokus og si noe høyt i en forsamling. Berge og Repål (2010) bekrefter dette fra liknende kurs, hvor mange er tilbakeholdne med å melde seg på i frykt for å bli negativt vurdert av andre. Gruppen er i så måte en fin arena for å gjøre nye erfaringer ved å eksponere seg for det man frykter, under forutsetning at den oppleves trygg. Trygghet og et aksepterende miljø er en viktig forutsetning for læring og utvikling. Grupperegler blir utarbeidet i fellesskap første kursdag for å bidra til dette. Moralsk taushetsplikt er en av gruppereglene som blir vektlagt på hvert kurs, noe som kan bidra til åpenhet og trygghet. Mange kursdeltakere har uttrykt en stor lettelse ved å ha klart å møte frem til første kursdag. En beslutning er tatt og første skritt i en endringsprosess er gjort for mange.

Sosial kapital

Sosial kapital er et begrep som blir mye brukt innen folkehelsearbeid. Begrepet handler om sosial integrering, samhold, støtte og nettverk. Rønning og Starrin (2009) viser til flere studier om betydningen av sosial kapital i forhold til den psykiske helsen. Angstlidelser er som nevnt en av de vanligste psykiske lidelsene, og utgjør dermed en stor andel personer som ikke deltar i arbeidslivet, med de konsekvenser det kan medføre (Major, 2011). Dette kan igjen påvirke personens syn på seg selv negativt, og følelsen av å stå utenfor fellesskapet kan forsterkes. For noen vil det også gi økonomiske konsekvenser, som igjen fratrukker de muligheten til å delta aktivt i det sosiale liv (Granerud, 2004). En følelse av avmakt kan bre seg for den som er psykisk syk. Ved deltakelse på et angstmestringskurs vil denne avmaktsfølelsen kunne endres seg, ved at personer i samme situasjon jobber sammen om et felles hovedmål, nemlig bedre mestring av angstproblemer. Dette kan være inspirerende og motiverende. Løken (2008) viser i sin studie til at mennesker som jobber om et felles prosjekt kan få en opplevelse av kollektiv empowerment. Ved å møte andre mennesker som du kan dele erfaringer med, og oppleve støtte i fra, vil en oppleve ikke å være alene om problemene. På angstmestringskurset utviste deltakerne stort engasjement i hverandres situasjon, og ga hverandre konstruktive tilbakemeldinger. Å ha angst er forbundet med mye skam, noe som fører til at mange anstrenger seg for å holde symptomene skjult for andre. I gruppen kan de være seg selv, få

anerkjennelse og støtte fra andre deltakere. Betydningen av sosial støtte, og det å kunne gi omsorg, samt oppleve sosial integrasjon, er viktige helsefremmende aspekter viser en studie om salutogenese (Langeland, 2009). Erfaring fra kurset er at tilbakemeldingen kursdeltakerne gir seg i mellom, virker å være mer ”gyldige” for kursdeltakerne enn den kurslederne gir. Dette kan ha sammenheng med opplevelsen av å bli møtt av en person som har opplevd det samme, en slags likemannseffekt. Denne effekten er også godt dokumentert i flere studier (Berge & Repål, 2010).

Kursleders rolle

Kursledernes rolle er forsøkt belyst gjennom et spørsmål om dette til informantene. Det handler om rollen som inspirator og motivator. Hvilke rolle skal en kursleder egentlig ha, og hvilke metoder skal benyttes for å fremme empowerment hos deltakerne? I dette kursopplegget har kurslederne hatt et bevisst forhold til dette. Det er to kursledere som har en likestilt rolle, og som bytter på å fremstille det tematiske innholdet. Når den ene har ordet, kan den andre observere nonverbale signaler i gruppen. Dette gir også variasjon i undervisningen. Kurslederne er av forskjellig kjønn, og det er mulig at også det kan ha en positiv virkning på gruppedynamikken. Gråwe (2008) mener det er viktig at kurslederne har god kunnskap om det som skal formidles. Det er allikevel viktig at kursleder ikke fremstår som en ekspert som sitter med alle svarene. Deltakerne er eksperter på sin lidelse, og gruppelederne skal stimulere til deltakelse i gruppen. Det er viktig at kursleder er seg bevisst at man i kraft av sin rolle er i en maktposisjon. Et samarbeid basert på likeverd, samarbeid og gjensidig respekt kan bidra til en empowermentprosess hos deltakerne. Dette er i tråd med studie hvor salutogene terapiprinsipper ble brukt i samtalegrupper. Betydningen av ledere som var oppmuntrende, og viste respekt, var trukket frem som nyttige faktorer i bedringsprosessen (Langeland, 2006). Antonsovski betraktet helsebegrepet som et kontinuum. Ved at kurslederne gir noe av seg selv og bruker noe egenerfaring kan styrke denne teorien og alminneliggjøre symptomene. Her må det være en bevisst balansegang slik at ikke kurslederen til stadighet blir i sentrum for oppmerksomheten i gruppen.

Selvhjelpsgrupper

Krysstabell 7 viser forholdet mellom ønske om deltakelse i selvhjelpsgruppe og faktisk deltakelse i selvhjelpsgruppe. Her er det et misforhold ved at 72,41 % av informantene var middels til stor grad interessert i å delta på selvhjelpsgruppe, mens bare 20,7 % av

informantene er med i selvhjelpsgruppe. Verdien av å delta i en selvhjelpsgruppe er dokumentert i flere studier, som belyst i teoridelen. Rapport fra kunnskapssenteret viser imidlertid at det er behov for mer forskning på området for å se på effekten, mekanismen og prosessene ved selvhjelpsgrupper (Loland, 2006). Folkehelseinstituttets rapport ”bedre føre var..” anbefaler igangsetting av selvhjelpsgrupper, og viser til forskning som har sammenliknet selvhjelpsgruppe med kognitiv terapi grupper, hvor det er funnet ut at effekten på depresjon nærmest er den samme (Major, 2011). Som resultatet fra krysstabellen 7 viser, har det vært vanskelig å få selvhjelpsgrupper til å fungere i etterkant av kursene med bare medlemmer fra samme gruppe. Er det slik at fellesskapet de har opparbeidet seg gjennom et angstmestringskurs ikke er nok drivkraft for å starte opp en selvhjelpsgruppe? Funnene rundt kursleders rolle viser at den er betydningsfull, og kan mangel på en kvalifisert leder i gruppen være årsak til manglende motivasjon? Det er her behov for videre forskning for å finne mulige forklaringer på dette.

6.4 Mestring av angstplager etter gjennomført kurs

I dette kapittelet vil følgende forskningsspørsmål bli drøftet:

Hvordan mestrer kursdeltakerne sine angstplager i dag?

På bakgrunn av de omtalte virkemidlene i programteorien skal angstmestringskurset medvirke til at deltakerne mestrer sin angst bedre enn de gjorde før kurstart. Det er mye som taler for at resultater fra denne studien samsvarer med kursets programteori, som tabell 8 viser. Studien viser med tydelighet at fornøydhetsgraden med kurset er meget stor. Hele 97 % var fra middels til stor grad fornøyd med kurset med en gjennomsnittscore på 3,71 (1= ingen grad, og 4 = stor grad). Det var 86 % som mente at de mestret sin angst fra middels til stor grad den første måneden etter kursslutt, med en gjennomsnittsscore på 3,18. På studietidspunktet svarte 81 % av informantene at de mestret sin angst fra middels til stor grad med en gjennomsnittsscore på 3,03. På spørsmål om bedre mestring av angst kunne ha sammenheng med det de lærte på kurset, svarte informantene at de fra middels til stor grad mente det var en sammenheng, med en gjennomsnittsscore på 3,5.

Informantenes tilbakemelding om angstmestringskurset

Fornøydheten med kursopplegget var meget stor. Det er overraskende at en så stor andel av informantene opplevde at kurset var bra. De som opplever fremgang, og mener at kurset har hjulpet i forhold til egen mestring av angst, vil sannsynligvis være mer fornøyd med kurset enn de som ikke opplever bedring. Resultatet i denne studien kan tyde på at også de som ikke opplevde stor bedring i mestring av sine angstplager allikevel var fornøyd med kurset. Det kan være flere årsaker til det, men det er nærliggende å tenke at det gjennom et kurs formidles håp og tro om at det er mulig å gjøre noe med situasjonen. Dette er i tråd med teori fra Wilhelmsen (2011), som mener at de som har vist fremgang i en gruppe kan bli en inspirasjonskilde for de andre, og gi håp. Mange vil også bli klar over at de har generelle motstandsressurser tilgjengelig, gjennom det de erfarer på kurset i form av undervisning, erfaringsutveksling, alminneliggjøring og opplevelsen av å være en del av et sosialt fellesskap. Som nevnt tidligere er ikke alle klare for å gå inn i en endringsprosess. Utgangspunktet for deltakerne er ulikt. Forsamtalene viste at mange hadde parallelle stressorer i hverdagen, noe som kan virke inn på utbytte av kurset. Kanskje noen av kursdeltakerne med fordel kunne startet på et senere tidspunkt når antall eller styrken av parallelle stressorer hadde avtatt?

Forhold ved intervensjonen som kan ha sammenheng med mestring av angst

Det kan være mange ulike faktorer som kan virke inn på deltakernes mestring av angst. Kurset kan gi et utgangspunkt for flere ulike virksomme prosesser, og erfaring fra kursene viser at det er ulikt hva deltakerne tar med seg videre. Berge og Repål (2010) viser til at bruk av gruppe kan gi et koldtbord av virkemidler.

I denne studien ble det gjort ikke parametriske analyser, for å finne en mulig korrelasjon mellom spørsmålene rundt måloppnåelse og de ulike spørsmålene i fra tematisk innhold og gruppeprosessen, som vist i tabell 10. Analysene viser signifikante utslag og en korrelasjon mellom spørsmålene rundt mestring av angst i dag og kunnskapsformidling om den kognitive modellen. Det kan bety at kunnskap om den kognitive modellen har vært et viktig bidrag i forhold til hvordan informantene mestrer sin angst i dag.

Fornøydheten med kurset er som tidligere nevnt meget stor, og i analysen finner man signifikante utslag og en korrelasjon mellom fornøydheten med kurset og kunnskapsformidling om angst, kroppslige reaksjoner med fysioterapeut og angststigen med

eksponeringstrening. Dette viser at det er andre temaer som har spilt en viktig rolle i forhold til fornøydhetsnivået med kurset, og kan tyde på at det varierte tematiske innholdet i kurset har nådd ut til informantene.

Ringdal (2007) mener at det ikke går an å påstå kausalitet mellom variabler selv om det er påvist en korrelasjon. Det kan være andre variabler som virker inn på resultatet. Svar fra informantene rundt gruppeprosessen gir overraskende nok ingen signifikante utslag i forhold til svar rundt måloppnåelse. Denne studien viser at forhold rundt gruppeprosessen har vært betydningsfulle for informantene, og kan være med på å påvirke resultater fra spørsmål om måloppnåelse.

Mestring av angst etter kursslutt og ved studietidspunktet

Resultatene ovenfor viser at informantene opplevde å mestre sin angst litt bedre den første måneden etter kursslutt, enn de gjorde på undersøkelsestidspunktet. Som tidligere beskrevet, varierer tiden fra kursslutt til undersøkelsestidspunkt for de ulike gruppene med opp til fire år. Hensikten med kurset er at deltakerne skal jobbe videre med det de har lært på kurset, og prøve ut den nye kunnskapen i situasjoner som gir angst. Betydningen av videre trening er dokumentert i flere studier (Berge & Repål, 2010). De står nå alene, og det er lett å falle tilbake til gamle mønstre. Den trygge gruppen er oppløst, og det kan for mange være vanskelig å fortsette jobben alene. Det er her behovet for selvhjelpsgruppe kommer inn, i tråd med tidligere omtalte anbefalinger fra folkehelseinstituttet (Major, 2011). Siste kursdag inneholder blant annet dette som tema, og hvordan deltakerne kan jobbe videre med arbeidet de har satt i gang. Berge og Repål (2010) mener det er viktig å skille mellom tilbakefall og tilbakeskritt. Et tilbakefall vil bety at de er tilbake der de startet, mens et tilbakeskritt betyr at de er i en periode med midlertidig økte symptomer. Det er helt vanlig i en endringsprosess, noe som Winther (2010) beskriver godt i sin selvbiografi ”fri for angsten”. Som tidligere dokumentert, viser forskning på området at langtidseffekten ved kognitiv terapi er god. Mange av disse studiene er av kognitive terapigrupper, og er av den grunn ikke direkte sammenliknbare.

6.4.1 Redusert grad av angstsymptomer - unngåelse

Alle deltakerne fylte ut et angstscoreskjema før kursoppstart, og det samme skjema ble fylt ut på studietidspunktet av kursdeltakerne som ønsket å være med i studien. Det er foretatt en sammenlikning av gjennomsnittsscoren for kursdeltakerne, før og etter. Resultatene vil komplimentere og bekrefte funn fra spørreskjema.

I angstscoreskjemaet som informantene fylte ut, er det beskrevet sytten situasjoner som mennesker med angst kan ha en tendens til å unngå. Ved en sammenlikning av score før kursstart og ved undersøkelsestidspunktet, viste resultatet at unngåelsesatferden hadde gått ned i forhold til samtlige sytten beskrevne unngåelsessituasjoner. Åtte av dem viste også signifikante endringer. Av disse er det sju unngåelsessituasjoner som er forenelig med sosial angst, som tabell 11 viser. Det handler om å gå ut alene, kjøre buss eller tog alene, gå på kino eller møter alene, gå i butikk alene, stå i kø alene, gå i selskap og det å si noe i en gruppe. Det kan tyde på at selve gruppen har vært et utgangspunkt for angsttrening, hvor en har fått avkrefte antagelser, korrigert erfaringer i forhold til sosial samvær. Dette er en virkning man ikke oppnår i individuelle samtaler på samme måte. De andre beskrevne unngåelses situasjoner i angstscoreskjemaet er forenelig med andre typer angstlidelse. Som tidligere nevnt, er det ikke uvanlig med flere angstlidelser på samme tid. Kurset kan også ha bidratt til å øke bevisstheten rundt at unngåelsesatferd opprettholder angst. Resultatet tyder på at arbeidet med eksponeringstrening, ut i fra en personlig angststige, har fortsatt etter kursets slutt. Resultatene samsvarer med annen forskning, som tidligere presentert. Martinsen med medarbeidere har benyttet deler av samme scoreskjema og sammenliknet med individuell behandling, og kommet frem til at deltakerne i gruppebehandlingen hadde nedgang i unngåelsesatferd (Martinsen, et al., 1998). Repål (2004) mener at det ikke er noe motsetningsforhold mellom gruppe og individuelle tilbud. Erfaring fra kursvirksomheten viser at noen har behov for individuelle samtaler før de er klare for å delta på et kurs. Noen har også behov for samtaler i etterkant, for å klare å nyttiggjøre seg av det de lærte og erfarte på kursdagene.

Utfyllingen av angstscoreskjemaet på undersøkelsestidspunktet, innebar at utfylling skjedde fire år etter at første gruppe avsluttet, og omtrent to måneder etter at siste gruppe var avsluttet. Resultater fra de ulike gruppene ble sammenliknet, for å kunne vurdere om tidsaspektet for avsluttet kurs kunne ha en innvirkning på unngåelsesatferden på undersøkelsestidspunktet. Resultatene i tabell 12 viser her noen interessante funn. Gruppene som avsluttet kurset i 2008

hadde en liten økning i unngåelsesatferd, mens de andre gruppene hadde en nedgang i unngåelsesatferd som ble gradvis større jo nærmere undersøkelsestidspunktet de avsluttet kurset. Det er verdt å merke seg at endringen ga signifikante utslag for de tre siste gruppene. Dette kan bety at virkningen av intervensjonen avtar etter hvert som tiden går. Dette samsvarer i tilfelle ikke med tidligere presentert forskning som bekrefter at langtidseffekten med kognitiv gruppebehandling er god. På en annen side er dette et kurskonsept og ikke terapigruppe som annen forskning viser til, og intervensjonen kan være mindre dyptgripende i det enkelte menneskets liv enn en terapigruppe. En annen mulig årsak kan være at henvisningsgrunnlaget har endret seg, som tidligere beskrevet. Deltakergruppen i kurset har endret seg på bakgrunn av at henvisningene er mer målrettet etter hvert som angstmestringskurset har blitt kjent i befolkningen, og hos henvisende instanser. Det har derfor vært mulig å gjøre en selektiv utvelgelse av de deltakere som anses å ha best utbytte av kursene, ut i fra motivasjon og den enkeltes målsetting for deltakelse. En studie fra Linnerud og Karlsson (2004) viser at de som var mest motivert for deltakelse i kognitiv gruppeterapi opplevde best fremgang. Langeland (2006) mener også at motivasjon er viktig for at brukeren skal gå inn i en ny rolle, med økt ansvar for egen helse. Berge og Repål (2010) vektlegger betydningen av trening for å forhindre tilbakefall. Dette henger igjen sammen med motivasjon. Tidligere nevnte forskning rundt selvhjelpsgrupper kan tyde på at selvhjelpsgrupper kunne være en viktig arena for å fortsette endringsprosessen som startet opp på angstmestringskurset.

Et annet forhold som kan påvirke de ovennevnte resultatene er at kursene har blitt bedre etter hvert som evalueringen fra deltakerne har kommet inn, samt at kurslederne har fått mer erfaring og bedre kompetanse på kursvirksomhet.

6.4.2 Redusert grad av angstsymptomer – tanker

I samme angstscoreskjema, ble det fylt ut et en registrering av tanker som kan oppstå i forbindelse med angstfølelsen. Tabell 13 viser samme tendens som med unngåelsesatferd. Samlet for alle gruppene gikk gjennomsnittet ned på alle beskrevne tanker. Sju av ni beskrevne tanker viste også signifikante endringer. De beskrevne tankene kan komme i alle mulige situasjoner som gir angst, men to av dem er mest relatert til sosial angst.

En gruppevis oppdeling ble også gjort her. Tabell 14 viser samme tendens som ved unngåelsesatferd. Gruppene som avsluttet i 2008 har en liten økning i tanker som oppstår i

forbindelse med angst, mens de andre gruppene har alle en nedgang som viser signifikante endringer. Dette er interessant og de samme spørsmål og betraktninger som ble gjort i kapittelet ovenfor er også aktuelt å gjøre her. Resultatene samsvarer med tilbakemeldingene fra informantene som bekrefter at de har hatt god nytte av den kognitive modellen, som har til hensikt å identifisere angstskapende tanker og modifisere disse. Kunnskap om angst og kroppens reaksjoner vil også være viktig for å få avkreftet en del av tankene som kommer med angstfølelsen. Dette samsvarer med andre studier som viser effekten av kognitiv terapi, men som tidligere nevnt er disse studiene fra spesialisthelsetjenesten. Funnene samsvarer også med en sammenliknbar studie, gjort av Dalgard (2004), i forhold til mennesker med depresjonsplager. Den studien viser at deltakerne hadde en nedgang i depresjonssymptomer etter kurslutt. Kurset er bygd på den psykoedukative metode med den kognitive modellen i bunn, og foretatt i primærhelsetjenesten

Berge og Repål (2010) mener at kognitiv terapi ikke vil hjelpe alle, og at det ikke betyr at det er pasienten som har feilet. Andre tiltak og hjelpetilbud må i tilfelle vurderes sammen med den som søker hjelp. Det vil derfor være viktig å gjøre en grundig forsamtale før kursstart for å gjøre en vurdering om kurs med den kognitive modellen er rett tilbud.

7. Konklusjon og anbefalinger videre

Denne studiens hensikt har vært å evaluere, kvalitetssikre og videreutvikle et angstmestringskurs i forhold til mennesker med lettere til moderate angstplager, i en Østlandskommune. Ut i fra en programteori som beskriver forventede virkninger av intervensjonen, evalueres disse opp i mot tilbakemeldinger informantene har gitt ut i fra et spørreskjema og et pre – post angstscoreskjema. Tilbakemeldingen forventes å gi svar på følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Har angstmestringskurs hatt betydning for deltakernes mestring av egen angst?

Hvordan vurderer kursdeltakerne de ulike temaer som ble presentert på kurset?

Resultatet viser at omtrent 91 % av informantene mener at kursets innhold har hatt en nytteverdi fra middels til stor grad. Gjennom psykoedukative tilnærminger fikk deltakerne en innføring i den kognitive modellen. Den har vært en rød tråd og et hovedtema gjennom hele kurset, og viser seg å være det tema som scorer høyest, tett fulgt av kunnskapsformidling om angst. Komplimenterende opplysninger fra angstscoreskjema bekrefter nytteverdien av økt kunnskap, ved at unngåelsesatferd og tanker som oppstår ved angst er signifikant redusert for fire av fem grupper.

Hvordan vurderer kursdeltakerne dialogen og samværet med andre mennesker med angstplager?

Resultatene viser at informantene opplevde opp i mot stor nyttegrad av å være sammen med andre mennesker med angstplager med den støtten de ga til hverandre. Gruppen som en treningsarena ser ut til å ha betydning for de med sosial angst. Angstsymptomer som er forenelig med sosial angst gikk signifikant ned for den samlede gruppen. Informantene bekrefter betydningen av å ha gruppeledere som inspirerer og motiverer i endringsprosessen.

Hvordan mester kursdeltakerne sine angstplager i dag?

Resultatene viser at informantene samlet sett mestrer sin angst i middels grad på undersøkelsestidspunktet, og at de fra middels til stor grad mener bedre mestring av angst har sammenheng med det de lærte på kurset. Selv om ikke alle har opplevd like stor fremgang, er

informantene i stor grad fornøyd med kurset som helhet. Angstscoreskjema bekrefter funn fra spørreskjema, da informantene fra de fire siste gruppene har hatt en signifikant reduksjon av angstsymptomer. Den første gruppen som avsluttet for fire år siden har hatt en økning av symptomer. Det er usikkert hva som er årsaken til dette. Man skal ellers være forsiktig med å hevde kausalsamband mellom intervensjon og ovennevnte resultatet, da det kan være mange utenforliggende ukontrollerbare faktorer som kan virke inn.

7.1 Styrke og svakheter ved studien

Studiens styrke er at undersøkelsen gjennomføres i kommunehelsetjenesten hvor det ikke tidligere er gjort mange tilsvarende studier, og hvor behovet for evidensbasert kunnskap i forhold til denne brukergruppen er stor. Ved bruk av kvantitativ metode, har det vært mulig å frembringe objektive data fra et utsendt spørreskjema, og fra et pre – post angstscoreskjema. Selve utvalget og datagrunnlaget i studien er for lite til at funnene kan generaliseres. Studien viser at det er mulig å implementere virksomme og tidlige tiltak med forholdsvis små ressurser.

En annen styrke ved studien er at den har et longitudinelt perspektiv. Tidsintervallet mellom intervensjon og måling varierer for gruppene, fra to måneder til fire år. Det er da mulig å gjøre noen vurderinger rundt langtidseffekten av intervensjonen.

En mulig svakhet med studien er at det ikke er noen kontrollgruppe å sammenlikne med. Henvisningsgrunnlaget til og kapasiteten i Avdeling psykisk helse er ikke så stor at det er mulig å opprette en kontrollgruppe som mottar annen type tilnærming, som til eksempel samtaler.

En annen svakhet er at studien ikke sier noe om de som ikke klarte å gjennomføre intervensjonen, eller om de som ikke fikk tilbud om å gå på kurs.

7.2 Anbefalinger for utdanning, praksis og videre forskning

Studien viser at angstmestringskurs kan være betydningsfullt og virksomt for mange mennesker som blir henvist til kommunehelsetjenesten med angstproblemer. Det betyr ikke at dette kurskonseptet passer for alle som blir henvist med mild til moderat angst. Individuelle vurderinger må gjøres hele tiden. Noen vil kanskje også ha behov for individuelle samtaler før

de er klare for kurstart, eller i etterkant av kurset. Det anbefales ellers at det utarbeides klarere inklusjonskriterier.

Resultatene viser at antallet som ønsker å gå i selvhjelpsgruppe er høyt i forhold til antallet som deltar. Det vil være hensiktsmessig å undersøke nærmere hva eventuelle årsaker til dette kan være, og sette inn tiltak.

Første gruppe som deltok på kurs hadde ingen nedgang i angstscore. Det vil være viktig å finne mulige årsaker til dette. Kanskje er det behov for tiltak i form av flere oppfølgingsmøter, eventuelt etablering av møtearenaer hvor tidlige deltakere og kursledere kan samles for en oppfriskning eller erfaringsutveksling?

Gruppene som er undersøkt i denne studien er sammensatt, og de har ulike former for angstproblemer. Hvis henvisningsgrunnlaget blir stort nok, vil det være hensiktsmessig å sette sammen mennesker med de samme lidelsene. Dette kan gi en mer målrettet undervisning og erfaringsutveksling som er mer gjenkjennbar for gruppen som helhet.

Angstscore skjema som er brukt i studien er et ikke standardisert skjema som bør erstattes med standardiserte. Dette kan bidra til at resultatene blir lettere å generalisere.

Virkingen av angstmestringskurset er nå belyst med en kvantitativ og en kvalitativ studie. Det vil nå være viktig å se disse to studiene under ett for å finne sammenfallende og eventuelt motstridende funn, og dermed få et mer nyansert bilde. Dette kan bidra til å avdekke områder hvor det er behov for å finne mer ut av.

Et av hovedområdene for kommunene er, i følge samhandlingsreformen, å hindre sykdomsutvikling med økt fokus på forebygging og helsefremmende arbeid. Denne type klinisk intervensjon er da svært relevant for psykisk helsearbeidere, og det vil derfor være behov for utdanning og skolering av fagutdannet personell innenfor dette feltet.

Litteraturliste

- Almvik, A., Borge, L., & Berntsen, R. A. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Almås, R. (1990). *Evaluering på norsk: Ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Angstringen Norge. (2010). *Retningslinjer for angstringer*. Lokalisert på http://www.angstringen.no/~angstxnb/sites/default/files/angstringens_filer/PDFbrosjyler/Retningslinjerforweben.PDF
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. [Stockholm]: Natur och Kultur.
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Austvoll-Dahlgren, A., Nøstberg, A. M. b. H., Insbekk, A., & Vist, G. E. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring: En oppsummering av systematiske oversikter*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9-2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser: Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* (3. Utg.). Oslo: Aschehoug.
- Berge, T., & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berntsen, H. (2003). Bedrer psykoedukativt familiebehandling forløpet ved schizofreni? *Tidsskrift for Norsk lægeforening*, 123 (18), 2571-2574.
- Brofoss, K. E., Larsen, F., & Friis, S. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Forskningsrådet, Divisjon for vitenskap.

- Brustad, S., & Hansen, B. H. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgs departementet.
- Børve, T. A., Nævra, A og Dalgard O.S. (2009). *Å mestre depresjon*. Kurshefte (2.utgave). Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of Fear of Fear in Agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 52, No. 6, , 1090-1097.
- Dahler-Larsen, P., & Krogstrup, H. K. (2001). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon: En randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124(23), 3043-3046.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 2009, 7:79. Lokaisert på <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/79>
- Dynes, R., & Johansen, T. (2009). *Angstmestring*. Vegårshei: Fredvik forlag.
- Eriksson, B. G., & Karlsson, P.-Å. (2008). *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Vol. 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge* (Vol. 2010:2). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykiske plager og lidelser - faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:42699::1:6043:21:::0:0
- Folkehelseloven. (2011). *Folkehelseloven med departementets merknader, Helse- og omsorgstjenesteloven med departementets merknader. Fakta om samhandlingsreformen (2011)*. Oslo: MEDLEX Norsk helseinformasjon.
- Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: En innføring i klinisk forskning*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing* 16, 354-361.
- Granerud, A. (2004). *Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer: Erfaringer, utfordringer og ønsket støtte* (Rapport nr. 19-2004). Elverum: Høgskolen.

- Gråwe, R. W., Cabrera, M. L. L., & Eriksen, L. A. (2008). *Mestring av sosial angst*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Gråwe, R. W., & Nordahl, H. (2000). Behandling og forståelse av sosial fobi hos voksne. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 214-224.
- Hammarberg, S. a. W. (2005). KBT-behandling i grupp vid vårdcentral. *AllmänMedicin*, nr.3, 2005.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Press.
- Helsedirektoratet. (2011a). *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2011*. (Rundskriv IS-1/2011). Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet.(2011b). *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud: Drøftings- og prosessnotat*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling for lokalt folkehelsearbeid.
- Hoffart, A., Friis, S., & Martinsen, E. W. (1989). The Phobic Avoidance Rating Scale: a psychometric evaluation of an interview-based scale. *Psychiatric development*, 1989 Spring;7(1):71-81.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta - analysis of randomized placebo- controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4): 621-632.
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K., Dæhli, T., & Penillas, J. L. M. (1990). *Dagavdelingen: et variert og moderne psykiatrisk behandlingstilbud*. Oslo: Gyldendal.
- Iltad, S. (1989). *Survey-metoden: en veiledning i utvalgsundersøkelser*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Kennerley, H. (2009). *Å bekjempe angst*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krogstrup, H. K. (2006). *Evalueringsmodeller*. Århus: Academica.
- Langeland, E. (2006). Mestring av psykiske helseproblemer - salutogenese i teori og praksis. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 87-103). Bergen: Fagbokforlaget.
- Langeland, E. (2009). Betydning av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning nr. 4*, 288 -296.

- Larsen, T., & Gammersvik, Å. (2012). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Linnerud, T. S., & Karlsson, B. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser: Pasienters opplevde utbytte. *Tidsskriftet for psykisk helsearbeid*, 6(3), 204-222.
- Loland, N. W. (Red.). (2006). *Effekt av selvhjelpsgrupper*.(Rapport nr. 21-2006). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Løken, K. (2008). *Fellesskap, styrke og stolthet: Om empowerment i praksis* (Upublisert masteroppgave). Master studium i velferdspolitik. Lillehammer: Høyskolen
- Løken, K.H. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. I A. Almvik & L. Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187-200). Bergen: Fagbokforlaget.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D., & Veierød, M. B. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Major, E. F. (Red.).(2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Martinsen, E. W., Olsen, T., Tønset, E., Nyland, K. E., & Aare, T. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: A naturalistic study with 1-year follow up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 437 - 442.
- Moxnes, P. (2009). *Hva er angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mykletun, A., & Knudsen, A.K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (Rapport 4, 2009). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/47c13ed7e1.pdf>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Møller, T., & Hegna, E. A. (2001). Behandling i angstgruppe - nytte og utbytte. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121:2370-2.
- Mørch, M. M., & Rosenberg, N. K. (2005). *Kognitiv terapi : modeller og metoder*. København: Hans Reitzels forlag.
- Mörtberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., & Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Journal of anxiety disorders*, 20(5), 646-660.
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge : Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.(Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [Oslo]: Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, Zoom Grafiske AS.

- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Repål, A., Talseth, S., & Godager, E. V. (2004). *Angst*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R., & Starrin, B. (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schmidbauer, W. (2006). *Boken om angst*. Oslo: Andresen & Butenschøn.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2003). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006: Status 2003 : Sosial og helsedirektoratets vurdering*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp (Rapport 10/2004)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: (Veileder IS-1332)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stang, I. (2006). *Makt og bemyndigelse : om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens helsetilsyn. (1999). *Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. (4 - 99). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sunhedsstyrelsen. (2007). *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. Lokalisert på http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf
- Sverdrup, S. (2002). *Evalueringsfaser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Talseth, S., & Godager, E. V. (Producer). (1996). *Rapport fra en undersøkelse gjennomført blant medlemmene: En diskusjon av begrepene angst og selvhjelp*. Lokalisert på http://www.selvhjelp.no/filestore/Angstringen_deltakerundersøkelse.pdf
- Thingnæs, G., Haslerud, J., & Thorsen, G.-R. B. (2008). *Mestringsbok ved angstlidelser* (4.utg.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tveit, W. L., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenntilleggsmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1(124).

- Tveiten, S. (2012). Empowement og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I T. Larsen, Å. Gammersvik (Red), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (Kap.9) . Bergen: Fagbokforlaget.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilhelmsen, I. (2004). *Sjef i eget liv: En bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Wilhelmsen, I. (2006). *Kongen anbefaler: holdninger for folket*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Wilhelmsen, I. (2011). *Det er ikke mer synd på deg enn andre: En bok om ansvar og frigjøring*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Winther, B. (2010). *Fri fra angsten!* Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- World medical association. (2008). *WORLD MEDICAL ASSOCIATION, Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert, på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjonsbrev

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlegg 4: Angstscoreskjema

Vedlegg 5: E – post fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk,
Sør – Øst C, REK.

Vedlegg 1

Til deg som har deltatt på angstmestringskurs

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse av angstmestringskurset

Psykisk helsearbeidere Marianne Furuli og Reidar Thorsrud er nå studenter ved Høgskolen i Hedmark, hvor de tar mastergrad i psykisk helsearbeid. I den forbindelse skal de gjøre en undersøkelse hvor angstmestringskurset er tema.

Hensikten med deres studie er å undersøke om angstmestringskurset har bidratt til bedre mestring av angst i hverdagen. Som tidligere deltaker på angstmestringskurs sitter du inne med viktige erfaringer og kunnskap om kurset. Vi er avhengige av din tilbakemelding. Opplysningene som kommer frem i deres undersøkelse vil bli brukt til å videreutvikle og kvalitetssikre kurskonseptet.

Hva innebærer undersøkelsen:

Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen betyr det at du blir bedt om å fylle ut et spørreskjema om angstmestringskurset og angstscoreskjema – det samme som du har besvart tidligere. Det er også ønskelig å komme i kontakt med kursdeltakere som kunne tenke seg å stille opp til et individuelt intervju der du vil bli stilt noen spørsmål om dine erfaringer med angstmestringskurset. Samtalen vil bli foretatt av erfaringskonsulent og/..... fra FoU enheten ved.....Den vil vare i ca. 1 time og finne sted påHelsesenter eller et sted du velger. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Det som kommer frem blir skrevet ned etterpå. Lyddopptaket vil bli slettet etter at intervjuene er nedtegnet i skriftlig form.

Slik ivaretas ditt personvern

All informasjon som kommer inn vil bli behandlet konfidensielt og vil kun bli brukt i studiets hensikt. Det vil ikke bli referert navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektkoordinator som har tilgang til denne navnelisten. Alle data som kommer inn vil bli lagret på et sikkert datasystem og vil bli slettet når studiet er ferdig, senest desember 2013. Ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i de endelige rapportene eller artiklene.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i denne studien er frivillig. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å være med i studien uten å oppgi noen grunn til dette. Dette får ingen konsekvenser for nåværende eller eventuelle framtidig behandling tjenester fra avdeling psykisk helse.

Informasjon

Prosjektkoordinatorvil ta telefonisk kontakt med alle tidligere deltakere på angstmestringskurs i uke 13 og 14. Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen vil du få tilsendt samtykkeerklæringsskjema og spørreskjema i posten. Hvis du ønsker å delta på intervju vil det bli avtalt tid og sted for dette. Det vil bli dekket reiseutgifter for de som kommer til intervju. Det er ønskelig at så mange som mulig svarer på spørsmålene og stiller til intervju. Ønsker du ytterligere informasjon om undersøkelsen kan du kontaktepå telefon/ sms: eller e-post:@..... [kommune.no](mailto:.....@.....)

.....12.02.2012

Vennlig hilsen

.....
Prosjektkoordinator

.....
Leder av avdeling psykisk helse

Vedlegg 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg, _____ er villig til å delta i studien «Evaluering av angstmestringskurs» i regi avd. psykisk helse – kommune.

Jeg gir herved samtykke til at tidligere informasjon vedrørende angstscore og skriftlige evalueringer fra tidligere angstmestringskurs kan benyttes i denne studien.

Signatur: _____ Dato: _____
(sign. prosjektdeltaker) (datert av prosjektdeltaker)

Vedlegg 3

-----BRUKERUNDERSØKELSE-----

Avdeling psykisk helse, kommune.

Angstmestringskurs

kode: _____

SPØRSMÅL TIL TIDLIGERE DELTAKERE PÅ ANGSTMESTRINGSKURS.

Nedenfor har vi satt opp en del spørsmål om hva du synes om angstmestringskurset som du har deltatt på. Du skal foreta en rangering fra 1 (Ingen grad) til 4 (Stor grad). Sett kryss i den ruta du mener stemmer best med din oppfatning.

På ark 3 ønsker vi at du fyller ut et angstscoreskjema som ble fylt ut før oppstart på kurset.

BAKGRUNNSSPØRSMÅL

Først ønsker vi at du svarer på noen bakgrunnsspørsmål:

1. Sivilstatus	
<input type="checkbox"/>	Gift/samboer
<input type="checkbox"/>	Enslig
3. Hadde du gått i behandling for dine psykiske helseplager før du startet på angstmestringskurs?	
<input type="checkbox"/>	Ja, i kommunen
<input type="checkbox"/>	Ja, ved DPS/poliklinikk
<input type="checkbox"/>	Ja, innlagt på psykiatrisk sykehus
<input type="checkbox"/>	Annen behandling
<input type="checkbox"/>	Nei
4. Har du gått i behandling for dine psykiske helseplager etter at du sluttet på angstmestringskurs?	
<input type="checkbox"/>	Ja, kommunen
<input type="checkbox"/>	Ja, ved DPS/poliklinikk
<input type="checkbox"/>	Ja, innlagt på psykiatrisk sykehus
<input type="checkbox"/>	Annen behandling
<input type="checkbox"/>	Nei

5. Deltar du i selvhjelpsgruppe i dag?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nei

INNHold I KURSET

6. På kurset gikk vi gjennom mange forskjellige temaer. I hvilken grad hadde du nytte av de ulike temaer?	Ingen grad	Liten grad	Middels grad	Stor grad	Vet ikke
a) Kunnskap om angst. Symptomer og ulike angstlidelser.					
b) Kroppslige reaksjoner - med fysioterapeut.					
c) Kognitiv terapi. Situasjon/hendelse - tanker/tolkning – konsekvens/reaksjon. (ABC modell)					
d) Angststigen og eksponeringstrening					
e) Kartlegging av stress og aktuelle belastninger (ressurssekken)					
f) Betydningen av sosialt nettverk/sosial støtte					

GRUPPEDELTAELSE

7. Hvordan opplevde du nytten av å være i en gruppe?	Ingen grad	Liten grad	Middels grad	Stor grad	Vet ikke
a) I hvilken grad opplevde du nytten av å være sammen med andre mennesker med angstplager?					
b) I hvilken grad opplevde du støtte fra andre gruppedeltakere?					
c) I hvilken grad motiverte/inspirerte kurslederne deg til å jobbe videre med angstplagene dine?					
d) I hvilken grad hadde du ønske om å delta på selvhjelpsgruppe etter endt kursdeltakelse?					

MÅLOPPNÅELSE

8. Utbytte av angstmestringskurset.	Ingen grad	Liten grad	Middels grad	Stor grad	Vet ikke
a) I hvilken grad nådde du de målene du satte deg før kursoppstart?					
b) I hvilken grad mestret du din angst bedre <u>den første måneden</u> etter kurset?					
c) I hvilken grad mestrer du dine angstplager i dag?					
d) I tilfelle du mestrer din angst bedre i dag, i hvor stor grad tror du dette skyldes det du lærte på kurset?					
e) I hvilken grad er du fornøyd med kurset i sin helhet?					

Vedlegg 5

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [post@helseforskning.etikkom.no]

Sendt: 13. mars 2012 14:42

To: Kari Kvaal

Emne: Sv: REK sør-øst 2012/481 Brukerundersøkelse av kurs i angstmestring

Hei.

Vi viser til fremleggelsesvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 09.032012.

Fremleggelsesvurderingen er nå vurdert av komitéleder i REK Sør-Øst C.

Etter henvendelse, med protokoll, fremstår prosjektet som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. helseforskningslovens § 4 annet ledd.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet.

Mvh

--

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C

Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21

Besøksadresse: Gullhaug torg 4a, Nydalen, 0484 Oslo.

<http://helseforskning.etikkom.no><<http://helseforskning.etikkom.no/>>

