



Psykologtidsskriftet

ORIGINALARTIKKEL

Drop-in Livsmestring: en kvalitativ studie av brukeres og ansattes erfaringer

Kjersti Karoline Danielsen ¹, Kenneth Haugjord , Kristin

Flottorp Beckmann, Vilde Haugland & Silje Halvorsen Sveaas 

¹Institutt for ernæring og folkehelse, Universitetet i Agder

kjersti.k.danielsen@uia.no

Publisert: 24.10.2025

Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

KONTAKT: kjersti.k.danielsen@uia.no

Abstract



Life Management Drop-in service: A qualitative study of employees' and users' experiences

Aim: To explore the experiences of employees and users of the municipal low-threshold Life Management Drop-in service. The service consists of single-session meetings focused on providing comprehensive support.

Method: Individual semi-structured interviews were conducted with 10 employees and 10 users. The data material was analysed using systematic text condensation. **Findings:** The analysis resulted in seven themes describing employees' and users' experiences of the Drop-in service. Six themes were shared by both groups: 1) easily accessible, but with a high threshold; 2) the average person with the full spectrum; 3) here and now; 4) someone who sees, supports and embraces; 5) comprehensive help; and 6) preventive service. An additional theme, 7) increased self-confidence, was also identified among users. The findings were summarised in an overarching theme: *a psychological safe haven when you need it*. **Implications:** The findings indicate that the low-threshold Drop-in service may play an important role for individuals and in mental health work. Further research should explore how the mental threshold for seeking such services can be lowered, and how the service can reach more marginalised and vulnerable groups in society.

Keywords: mental health work, qualitative method, non-referral

Sammendrag

Formål: Å undersøke erfaringer til ansatte og brukere med det kommunale lavterskeltilbudet Drop-in Livsmestring. Tilbudet består av enkeltmøter der det fokuseres på å gi sammensatt hjelp. **Metode:** Individuelle semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med ti ansatte og ti brukere. Datamaterialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. **Funn:** Analysen resulterte i syv temaer som beskriver erfaringene til de ansatte og brukere med Drop-in. Seks temaer var felles for ansatte og brukere: 1) Lett tilgjengelig, men høy terskel, 2) Mannen i gata med hele spekteret, 3) Her og nå, 4) Noen som ser, støtter og rommer, 5) Sammensatt hjelp og 6) Forebyggende tilbud. I tillegg ble temaet 7) Økt selvtillit identifisert blant brukerne. Funnene ble oppsummert i et overordnet tema: *En psykologisk nødhavn når man trenger det*. **Implikasjoner:** Funnene indikerer at lavterskeltilbudet Drop-in kan ha en viktig funksjon for enkeltindivider og innen psykisk helsearbeid. Videre forskning bør undersøke hvordan den mentale terskelen for å oppsøke slike tilbud kan senkes, samt hvordan tilbudet også kan nå ut til mer marginaliserte og sårbare grupper i samfunnet.

Nøkkelord: psykisk helsearbeid, kvalitativ metode, uten henvisning

De fleste mennesker erfarer utfordringer med å mestre livet, livskriser og psykiske helseutfordringer (Tesli et al., 2023). Slike utfordringer gjenspeiles i tanker, følelser, atferd og sosialt samspill (Karlsson & Borg, 2017; World Health Organization, 2022). Psykiske helseutfordringer kan også føre til nedsatt funksjonsevne og livskvalitet og til frafall fra studier og arbeidsliv (Karlsson & Borg, 2017; Martinsen, 2018; Topor, 2011), og det er en viktig årsak til sykdomsbyrden i samfunnet (Tesli et al., 2023).



Det er lange ventelister for psykisk helsehjelp, og mange får avslag (Tesli et al., 2023). I tillegg oppsøker ikke alle med psykiske helseutfordringer hjelp, for eksempel på grunn av manglende kunnskap om tjenester, stigma eller andre barrierer (Tesli et al., 2023; Torvik et al., 2018). I henhold til Folkehelsemeldingen fra 2023 skal kommunene gi dem som trenger det, et godt psykisk helsetilbud i nærmiljøet (Meld. St. 15 (2022-2023)). I tråd med dette understrekes det i den nye opptrappingsplanen for psykisk helse at innbyggere i alle kommuner skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud (Meld. St. 23 (2022-2023)). Videre påpekes det i en vurdering av tjenestene til mennesker med lettere psykiske helseplager at lavterskeltilbud bør inkludere hjelp til å ordne konkrete personlige eller sosiale problemer, samt samtale med noen som ser og forstår (Ose et al., 2018).

Drop-in Livsmestring (heretter kalt Drop-in) er et kommunalt lavterskeltilbud som tilbyr samtaler, veiledning og praktisk hjelp til personer som har utfordringer med å mestre hverdagen. Til forskjell fra en del andre tilbud innen psykisk helsehjelp er Drop-in en tjeneste der man kan komme uten henvisning og uten å ha avtalt time på forhånd. Drop-in er inspirert av Single-Session Therapy (SST), som består av kun én samtale der man fokuserer på brukerens aktuelle utfordringer (Ewen, 2018; Lutz, 2021). SST er et rammeverk fremfor en terapeutisk tilnærming som er implementert i flere land og brukes av terapeuter med ulik bakgrunn. Studier har vist at kun *ett* møte i form av SST kan være tilstrekkelig for at brukeren opplever bedring og håndterer situasjonen sin bedre (Andersen, 2021; Ewen, 2018; Hesla, 2022; Hymmen, 2013; Talmon, 1990).

Det finnes også andre lavterskeltilbud i Norge, som Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). Det er et tilbud basert på kognitiv terapi for voksne med angst og depresjon (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2025). Evalueringer av RPH-tilbudet har vist reduksjon i symptomer på angst og depresjon hos deltakerne etter endt behandling (Smith et al., 2016), som vedvarer i tolv måneder (Knapstad et al., 2020). Det er også rapportert om korte ventetider ved RPH og tilfredshet med tilbudet grunnet lav terskel og alminneliggjøring av psykiske plager (Smith et al., 2016). Men

til forskjell fra RPH tilbyr Drop-in sammensatt hjelp: altså fokus på å gi hjelp med både psykiske og praktiske problemer. Drop-in er etablert i flere kommuner, og det finnes også liknende tilbud, som Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt (Try et al., 2008). Slike tilbud er det derimot forsket lite på, spesielt i norsk sammenheng. Hensikten med vår studie var derfor å undersøke de ansattes og brukernes erfaringer med Drop-in i en større kommune.



Metode

Studiedesign

Studien er utforskende og kvalitativ. Den undersøker konkrete og detaljerte beskrivelser av erfaringer fra ansatte og brukere (Giorgi, 2009). Det empiriske datamaterialet ble samlet inn gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer.

Forskningskontekst

Forskningsarenaen er et kommunalt Drop-in lavterskeltilbud i en større norsk kommune. Målgruppen for tilbudet er mennesker over 25 år som har utfordringer med å mestre hverdagen. Tilbudet er gratis, uten venteliste, og det trengs ingen henvisning. Brukeren ringer eller møter opp i åpningstiden til individuelle Drop-in-timer, som består av en samtale på 45 minutter med to veiledere. Det tilbys sammensatt hjelp, og det er mulig å benytte seg av Drop-in-timer flere ganger.

Utvalg og rekruttering

Samtlige ansatte ved lavterskeltilbudet ble spurt om de ville delta. To menn og åtte kvinner (mellom 34 og 60 år) takket ja til å delta, mens én hadde ikke anledning. Alle hadde lang erfaring innen psykisk helsearbeid og helse- eller sosialfaglig utdanning. Flere hadde videreutdanning innen psykisk helse, rus, rådgivning og helsepolitikk.

Inklusjonskriteriene for brukerne var at de var ≥ 25 år, hadde benyttet seg av Drop-in-tilbudet minst én gang og snakket norsk. Ansatte hjalp til med å rekruttere et strategisk utvalg som inkluderte begge kjønn, hadde spredning i alder og utfordringer, og som ble vurdert til å kunne håndtere intervjusituasjonen. Det endelige utvalget av brukere bestod av syv kvinner og tre menn (27–73 år). Det var variasjon i sivilstatus, arbeidssituasjon, sosialt nettverk, erfaringer med andre psykiske helsetjenester og type utfordringer de stod overfor, som psykiske plager, ensomhet, samlivsproblemer,

dødsfall i nær familie og andre livskriser. Flere hadde benyttet seg av tilbudet ved mer enn en anledning.



Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i lokalene til Drop-in høsten 2022. Vi utarbeidet to intervjuguider (tabell 1), som vi pilottestet i forkant. De inkluderte åpne spørsmål formulert for å sette i gang samtalen og oppmuntre ansatte og brukere til å snakke fritt om erfaringer med tilbudet. VH intervjuet ansatte, og KFB intervjuet brukerne. Verken VH eller KFB var kjent for de ansatte eller brukerne. Intervjuene varte i 20 til 90 minutter, ble tatt opp med diktafon og transkribert (208 sider).

Tabell 1

Intervjuguide

Ansatte	Brukere
Vil du fortelle om hverdagen din her på Drop-in Livsmestring?	Hva er din erfaring med lavtersktilbudet Drop-in Livsmestring?
Hva tenker du skiller dette tilbudet fra andre tilbud innen psykisk helsearbeid?	Kan du fortelle om hvordan gjennomføringen av samtalen var?
Hva kjennetegner brukerne deres?	Hva har vært nyttig for deg med dette tilbudet?
Hva opplever du er årsaken til at de oppsøker dere?	
Hva opplever du helst at brukerne trenger i en samtaletime?	
Hva erfarer du er det viktigste dere kan bidra med for brukeren?	
Hvordan opplever du at du «når» brukeren?	

Analyse

For å analysere datamaterialet brukte vi prinsippene for systematisk tekstkondensering (STK) som beskrevet av Malterud (2012, 2017). STK er en beskrivende tilnærming, og målet var å presentere erfaringene til ansatte og brukere slik de uttrykker det selv, fremfor å utforske en mulig underliggende betydning av det som ble sagt (Malterud, 2012). Dette er i tråd med den deskriptive fenomenologiske metoden beskrevet av Giorgi (2009), hvor forskere i analyseprosessen ikke skal tolke utover det som kommer frem i empirien. Videre bør en unngå tolkninger basert på eventuelle 'ikke-gitte faktorer', som antakelser, hypoteser eller teorier. Hensikten var å benytte språket til de ansatte og brukerne innenfor konteksten de befant seg i og å reprodusere detaljene i levde situasjoner i funnene fremfor å bruke teoretiske termer og uttrykk (Giorgi, 2009).

Intervjuene med ansatte og brukere ble innledningsvis analysert separat og senere sammenslått. Vi anvendte den trinnvise prosessen beskrevet av Malterud (2012, 2017), men det

analytiske arbeidet var en pågående dynamisk prosess (appendiks viser utdrag av analysen). Analysen bestod av følgende trinn:



- 1 Helhetsinntrykk: KKD, SHS, KFB og VH leste transkriptene for å få et overordnet inntrykk, og foreløpige temaer ble diskutert.
- 2 Meningsbærende enheter: Med foreløpige temaer som utgangspunkt ble transkriptene lest og gjennomgått systematisk for å identifisere meningsbærende enheter som ble dekontekstualisert og kodet tematisk. Dette var en dynamisk prosess hvor kodingen fortsatte til det var enighet i gruppen om hovedtemaer.
- 3 Kondensering: Et kondensat som sammenfattet innholdet for alle meningsbærende enheter, ble utviklet for hver kodegruppe.
- 4 Sammenfatning: Kondensatene ble skrevet om til analytisk tekst, som dannet grunnlaget for beskrivelser og funn. Sitater ble brukt for å illustrere temaene.

Forforståelse og refleksivitet

Malterud (2002; 2017) vektlegger betydningen av forforståelse og refleksivitet rundt hvordan forskerne påvirker hele forskningsprosessen. Motivasjonen for studien oppstod etter at en student på bachelor i folkehelsearbeid, med KKD og SHS som kontaktpersoner, hadde praksis ved Drop-in-tilbudet, som vi da ble nysgjerrige på. Studien ble gjennomført av to førsteamanuenser (KKD og SHS) og to masterstudenter i folkehelsevitenskap (KFB og VH). Ingen i forskerteamet hadde tidligere erfaring med eller kunnskap om lavterskeltilbudet, men KKD hadde kunnskap om lavterskeltilbud med fysisk aktivitet. Vår distanse til tilbudet kan ha skapt en mer avslappet atmosfære, der ansatte og brukere kunne uttrykke seg fritt og åpent. På en annen side kan det ha begrenset muligheten vår til å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Det kan også ha bidratt til at vi under analyseprosessen var lite styrt av egen forforståelse, og dermed gitt plass til funn som har utfordret eksisterende kunnskap. Eksempelvis utfordrer funnet om at det for noen var høy terskel for å oppsøke tilbudet, i hvilken grad Drop-in faktisk er så lavterskel som det er ment å være. Likevel anerkjenner vi at andre forskere med annen bakgrunn trolig ville ha fremskaffet andre funn og tolkninger. For å skape et bredere analytisk rom ble analysene gjennomført i et samarbeid mellom alle forfatterne. I tillegg, for å utvide perspektivet og tolkningen, ble en psykologspesialist med kunnskap om og erfaring med lavterskeltilbud (KH) koblet inn da det forelå et førsteutkast av funnene.

Forskningsetikk



Studien ble godkjent av SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, ref.nr.: 769804) og etisk komite ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskaps ved Universitetet i Agder (FEK). Formålet med studien var å undersøke ansatte og brukeres erfaringer med bruk av Drop-in-tilbudet. Av den grunn forventet vi ikke at prosjektet skulle frembringe ny kunnskap om helse og sykdom, og vurderte ikke studien som søknadspliktig til regional etisk komite (REK). Innsending til REK ble ikke etterspurt av SIKT eller FEK. Vi analyserte aidentifiserte data og slettet lydopptakene umiddelbart etter transkribering. Deltakelse i studien var frivillig og basert på skriftlig informert samtykke.

Resultater

Funnene ble oppsummert i ett overordnet tema: «En psykologisk nødhavn når man trenger det» og utgjorde til sammen syv temaer. Seks temaer var felles for ansatte og brukere: *Lett tilgjengelig, men høy terskel, Mannen i gata med hele spekteret, Her og nå, Noen som ser, støtter og rommer, Sammensatt hjelp og Forebyggende tilbud*. I tillegg ble temaet *Økt selvtillit* identifisert blant brukerne. I figur 1 er temaene organisert i tre faser: (1) Veien inn, (2) Selve møtet og (3) Veien videre. I teksten presenteres funnene tematisk.

Figur 1*Hovedfunn*

Merknad. Viser overordnet tema og hovedtemaer som beskriver erfaringene til ansatte og brukere med lavterskeltilbudet Drop-in Livsmestring. Temaene er delt inn i tre faser, og strekene illustrerer om temaet er erfaringer fra de ansatte eller brukere.

Lett tilgjengelig, men høy terskel

Både brukere og ansatte erfarte tilbudet som lett tilgjengelig ved at brukere kunne komme ved behov og uten henvisning. Brukerne verdsatte muligheten til å snakke med noen når de trengte det, uten venteliste. Ved andre tilbud hadde de opplevd å få en fastsatt time langt frem i tid, men som en bruker sa: «Jeg forstår jo at de har en timebok, men sorgen har ingen timebok, den slutter ikke klokken fire og venter til dagen etterpå.» I tillegg snakket begge gruppene om fordelen med at tilbudet var gratis. Det gjorde det tilgjengelig for alle. En bruker sa: «Tilbudet treffer hvem som helst. Man kan være kong Salomo eller Jørgen hattemaker.»

Likevel erfarte både brukere og ansatte at det kunne være høy terskel for å oppsøke tilbudet. De ansatte var usikre på hvorfor. De tenkte muligens det skyldtes at flere hadde fått avslag andre steder eller beskjed om at utfordringene ikke var ille nok, eller at det var et stort steg å oppsøke hjelp. For flere brukere var den største terskelen det å skulle sitte og vente eller be om hjelp. En sa han hadde følt seg som en taper og slet med å akseptere at han trengte hjelp. Han hadde sittet lenge i parkeringskjelleren før han oppsøkte tilbudet første gangen. Han beskrev følgende:



Det føltes litt som å hoppe fra tjuemeteren og ut i iskaldt vann. Man må bare ta steget. Og med en gang jeg hadde spurt om noen kunne snakke med meg, gikk det fra tjue- til tometeren, og vannet ble varmt.

Mannen i gata med hele spekteret

Begge informantgruppene erfarte Drop-in som et sted for alle typer livskriser. En bruker sa: «De skriver det rett ut på nettsiden: Ingen krise er for liten, og ingen er for stor.» Flere brukere hadde opplevd store livskriser, og noen hadde psykiske helseutfordringer. Andre trengte hjelp til å sortere tanker og følelser, eller stod i en konflikt på jobb eller hjemme. En ansatt sa: «Vi toucher innom det meste.»

De ansatte erfarte å møte mennesker fra det de kalte «alle samfunnslag». Flere uttrykte at de var overrasket over hvor mange av brukerne som hadde trygg inntekt, bolig, godt nettverk og stabil familiesituasjon. En ansatt sa: «Jeg pleier å si at jeg selv kunne vært bruker av Drop-in. For det er mannen i gata, eller de vi ikke hadde trodd.» Noen nevnte at de ble bevisst på hvor mange skjebner og heftige livssituasjoner brukerne hadde. Videre sa flere at det kunne være utfordrende å ikke vite noe på forhånd om hvem som kommer. Brukerne på sin side fortalte om ensomhet, vonde dager, tøffe tanker og desperasjon som grunner til at de oppsøkte tilbudet.

Her og nå

Begge gruppene sa at det var fokus på situasjonen her og nå. Det viktigste for de ansatte var å gå i retningen som brukerne ønsket, og gi hjelp uten å spørre for mye om brukernes historie. En sa: «Vi jobber ikke særlig tilbake i tid, men vi gjør det hvis brukeren har behov for det.» Flere brukere uttrykte at dette var til stor hjelp. Som en sa: «Når jeg kommer her, i forhold til andre steder, så har jeg sluppet å måtte forklare så mye om forhistorien. Det har vært: Hva er problemet her og nå, hva trenger du hjelp til?»

Noen som ser, støtter og rommer

Begge gruppene snakket om viktigheten av noen som ser, støtter og rommer. For de ansatte var det viktig å være støttespillere og prøve å skape trygghet og tillit for at brukerne skulle være mottakelige for hjelp og ikke føle på skam. Som en ansatt uttrykte det:



Det å romme folk, si at det ikke er rart at du er sliten, det er ikke noe galt med deg for at du har det sånn som du har det. Det er helt normalt. Du trenger ikke å skamme deg ekstra over det, det er tungt nok sånn som du har det.

Brukerne på sin side erfarte tilbudet som et trygt sted hvor de ble møtt av noen som så og anerkjente dem, som ikke dømte eller kritiserte. De understreket hvor viktig det var å ha noen å snakke og reflektere sammen med, medmennesker som brydde seg. Spesielt var det viktig for dem som følte seg ensomme og ikke hadde noen å snakke om vanskeligheter med. Det å snakke med noen utenfor nære relasjoner var også viktig. Mange fortalte at det ikke er alt man ønsker å bry de nærmeste med. Flere fremhevet at de ansatte på Drop-in tålte ærligheten deres. De kunne fortelle om tanker de ikke kunne si til hvem som helst, som tanker om ikke å ville leve lenger. Som en bruker beskrev: «Det blir på en måte en nødhavn hvor du kan legge til kai, og så får du noen du kan snakke med mens sjøen går hvit på utsiden.»

Flere ansatte mente at en fordel med tilbudet var at det var en arena for å snakke med noen utenfra som ikke hadde så mye følelser involvert. De understreket at tilbudet ikke var en *quick fix*, men at de var følgesvenner gjennom det brukerne stod i, en hjelpende hånd eller noen å sparre med. Flere ansatte sa at det viktigste er at brukerne får fortelle tankene sine høyt, tenke høyt sammen, heve blikket og se situasjonen utenfra. Som en sa: «Om du har det vondt og vanskelig, så blir du veldig oppi situasjonen. Du får ikke noe overblikk, det er vi gode til.»

Sammensatt hjelp

De ansatte opplevde at brukerne ofte trengte sammensatt hjelp. Noen trengte praktisk bistand, eksempelvis hjelp til å forstå et skriv fra NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen), mens andre trengte råd og verktøy for å håndtere utfordringene sine. En ansatt sa: «Her pushes de til å være selvstendige. Vi prøver å gi dem verktøy og tenke høyt om hva som kan gjøres for at ting skal gå bedre.»

Brukerne fortalte også at de fikk ulike typer verktøy og hjelp. Alt fra tilrettelegging, bevisstgjøring, råd, tips om grupper, kurs og nettsider, samt verktøy til å håndtere vanskelige situasjoner eller å mestre hverdagen. Noen fortalte at de fikk tips om å bruke maks en halvtime på negative tanker i løpet av en dag, å tilrettelegge for egentid og å gjøre en god ting for seg selv hver dag. Andre fikk tips om selvhjelpslitteratur og videoer, og å høre lydbok når de gikk tur. En bruker

uttrykte følgende: «Ja, jeg har rett og slett fått litt verktøy til hvordan håndtere situasjoner som er veldig vanskelige for meg. Sånn at jeg kan takle bare det å være.» En annen sa: «Jeg er ikke et tilfelle som blir god igjen på et blunk, men denne plassen hjelper meg til å takle hverdagen bedre.» Brukerne erfarte også at de fikk tilgjengeliggjort ressursene sine. Mange av rådene kjente de til fra før, men det hjalp å høre dem bli sagt på en annen måte. Andre fikk hjelp til å sortere tankene for å finne ut av hva de skulle løse først, eller til å forstå hvordan hjernen fungerer i krise. Som en sa: «Jeg er ikke ferdig, jeg må gjøre en jobb, men det er veldig greit å ha verktøy. Du er ganske hjelpeløs uten.»



De ansatte erfarte at mange brukere hadde fått hjelpen de trengte, og motivasjon til å jobbe videre selv. Andre hadde benyttet seg av tilbudet som en mellomstasjon for å koble inn andre instanser. De ansatte erfarte at mange brukere ikke kjente til hvilke tilbud som allerede fantes. En ansatt forklarte det slik:

Det er ikke så rosenrødt at det alltid er en oppadgående kurve. Noen ganger så er vi første dør inn til et større system. Fordi det er så mye lidelse eller for mye utfordringer at det kanskje er bedre de havner i en annen mer passende tjeneste.

De ansatte hadde gode kontakter innen de frivillige og offentlige systemene. Flere brukere snakket om at de tidligere hadde følt at de falt mellom to stoler, hvor de ikke kvalifiserte til tilbud fra helsevesenet. Andre var så nedfor at de ikke klarte å ta kontakt med tjenestene selv. Drop-in kunne også være et tilbud i påvente av andre tjenester, men som en ansatt sa: «Selv om vi anbefaler et annet tilbud til dem, så betyr det ikke at de ikke er velkomne tilbake til oss.»

Økt selvtillit

For de fleste brukerne betydde ikke samtalen på Drop-in at utfordringene deres ble løst, men de erfarte at det gav dem økt selvtillit og en følelse av å være lettere, sterkere, tryggere og mer normale. En brukte følgende metaforer: «Jeg følte meg tre meter høy når jeg gikk ut av døren» og «En følelse av å legge fra seg en sekk med mange kilo». Enkelte fortalte at de hadde innsett at de faktisk takler ting og er gode nok. For flere var det styrkende at det fantes mennesker som hadde troen på at det er lys i enden av tunnelen. En sa: «Jeg føler jeg kan klare alt når jeg kommer ut herfra. Jeg føler det er noen mennesker som faktisk syns jeg er flink, bra nok og noen som blir imponert over meg.»

Forebyggende tilbud



Overordnet erfarte de ansatte tilbudet som gunstig både for samfunnet og den enkelte. De hadde tanker om at Drop-in kan hindre sykemeldinger og avlaste andre helsetjenester ved å bidra til at folk ikke får det verre. Brukerne snakket også om forebygging og tidlig innsats. Som en sa: «Jeg kunne ønske at dette tilbudet fantes for 30 år siden. Da hadde jeg kanskje ikke sittet som uføretrygdet i dag, kanskje jeg hadde sittet her som en sterkere person.»

Flere ansatte fortalte om brukere hvor de vurderte at det var behov for å koble inn instanser knyttet til økt selvmordsfare. De fikk også sterke tilbakemeldinger fra brukerne, som «du har redda livet mitt». En ansatt sa:

Jeg føler jo at det man er med på, det er jo bitte små ting vi gjør, men at det blir så betydningsfullt. Fra å tenke at nå er det ikke så mye å leve for lenger og jeg har egentlig bare lyst til å dø, så tenker man etter hvert at det går an å leve allikevel.

En bruker trakk frem at menn som ikke oppsøker hjelp for psykiske helseutfordringer, burde få vite om tilbudet. Han mente menn i alle aldre kunne hatt bruk for veiledningen og støtten, og sa: «De har nok holdt meg unna statistikken.» Alle brukerne ønsket at tilbudet skulle videreføres. En sa: «Jeg tror de redder liv, uten at det nødvendigvis vises i noen statistikk.»

Diskusjon

Hovedfunnene i vår studie var at både ansatte og brukere erfarer Drop-in-tilbudet som en slags psykologisk nødhavn. Samtidig var det slik at terskelen for å oppsøke hjelpen kunne være høy. Ansatte og brukere opplevde at den typiske brukeren var «mannen i gata med hele spekteret». De erfarte videre et her og nå-fokus under selve møtet, at hjelpen bestod i å være eller å møte noen som ser, støtter og rommer, og det var et tilbud med sammensatt hjelp. Brukerne erfarte at hjelpen de fikk, gav dem økt selvtillit, og både ansatte og brukere trodde at tilbudet hadde vært forebyggende.

Lett tilgjengelig, men høy terskel

I samsvar med intensjonen om lavterskeltilbud for psykisk helse (Meld. St. 23 (2022-2023)) og i likhet med RPH (Smith et al., 2016) erfarte brukere og ansatte at Drop-in-tilbudet var lett tilgjengelig

og gav tilgang på rask hjelp. Brukerne opplevde å få time på dagen når de trengte det. Ifølge Opptrappingsplanen for psykisk helse skal lett tilgjengelighet også bidra til lav terskel for å søke hjelp (Meld. St. 23 (2022-2023)). I de politiske føringene vektlegges faktorer som tilgjengelighet og ingen henvisning eller venteliste (Meld. St. 23 (2022-2023); Ose et al., 2018). Imidlertid viste våre funn at selv om det var et lavterskeltilbud, var det for noen en høy terskel for å oppsøke det. Brukernes erfaringer utfordrer dermed antakelsen om at fordi tilbudet er lett tilgjengelig, er det også lav terskel for å søke hjelp.



Mannen i gata med hele spekteret

Psykiske helseutfordringer og livskriser kan ramme alle. Samtidig er mennesker med lavere sosioøkonomisk status mer utsatt og har mindre tilgang på psykologtjenester og liknende tilbud (Ose et al., 2018; Thorsell Næs, 2019). Regjeringen har som mål å jevne ut sosiale ulikheter i helse (Meld. St. 15 (2022-2023)). Tilbud som Drop-in kan trolig være et positivt bidrag for utjevning av sosiale helseforskjeller ved at det er gratis og tilgjengelig for alle. Samtidig indikerer funnet om at det er «mannen i gata» som oppsøker Drop-in, at tilbudet ikke fanger opp de mest sårbare og marginaliserte gruppene, noe som ville vært mer hensiktsmessig for utjevning av sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2023). Mennesker som oppsøker lavterskeltilbud, er trolig også mer motiverte og har bedre forutsetninger for å løse problemene på egen hånd (Ose et al., 2018). Drop-in-tilbudet bør derfor videreutvikles slik at det er mer i tråd med prinsippet for proporsjonal universalisme, altså at tiltaket utformes for å være tilgjengelige for alle, men hvor innsatsen og ressursene er større for de som har størst behov eller risiko (Helsedirektoratet, 2023). Dette kunne gjøres ved å drive oppsøkende virksomhet for å få sårbare og marginaliserte grupper til å benytte seg av Drop-in, samt inkludere disse gruppene i videreutviklingen av tilbudet.

Her og nå

Funnene i vår studie avspeiler at Drop-in-tilbudet har fokus på situasjonen her og nå, og at de ansatte går i den retningen brukerne ønsker. Dette samsvarer med SST (*Single Session Therapy*) (Lutz, 2021). Her møter brukeren til en samtaletime ut fra sin aktuelle livssituasjon, der målet er at løsninger på det brukeren står i, skal bli tydeligere (Hesla, 2022). Brukerne i vår studie erfarte også at det var til stor hjelp å ikke måtte fortelle hele sykehistorien sin. Det bidrar sannsynligvis til at normale utfordringer

og reaksjoner på livets utfordringer ikke sykeliggjøres (Høstmælingen, 2017; Roksund, 2017). Trolig er her og nå-fokuset viktig for at brukerne skal håndtere situasjonen de står i (Ewen, 2018).



Noen som ser, støtter og rommer

I likhet med tidligere forskning understreker funnene i vår studie betydningen av en tillitsfull relasjon mellom ansatte og brukere (Smith et al., 2016; Sommer et al., 2013). For mange av brukerne var det viktig å ha noen andre enn sine nærmeste å snakke med. Flere beskrev at det å bli sett, støttet og rommet var det viktigste. Også Sommer et al. (2013) fant at hverdagssamtalen og samarbeidsrelasjonen er de viktigste verktøyene for fagpersoner som gir oppsøkende tjenester til voksne med psykiske lidelser. Videre fant en kvalitativ studie med helsepersonell i kommunehelsetjenesten (Holm et al., 2018) at det å være brukerens følgesvenn og medvandrer er av stor betydning i psykisk helsearbeid. Videre underbygger våre funn verdien av korte støttesamtaler og at relasjonen til profesjonelle ikke trenger å være langvarig for å være betydningsfull, i tråd med hva forskning på SST antyder (Andersen, 2021; Ewen, 2018; Hesla, 2022; Hymmen, 2013).

Brukerne i vår studie som fortalte om ensomhet og fravær av en fortrolig partner eller venn, erfarte at tilbudet gav dem en samtalepartner. Sosial støtte er en viktig faktor knyttet til mestringsressurser (Espnes & Smedslund, 2009), og ensomhet er en sårbarhetsfaktor for psykiske helseutfordringer (Hummelvoll, 2012). Brukerne beskrev at de fikk god hjelp av enkeltmøtet selv om de ikke mottok terapi i tradisjonell forstand. Badkan (2024) påpeker i en kronikk at Norge har mye å lære av de kollektivistiske samfunnene der familie og venner er mer aktivt involvert i hverandres liv og utfordringer. I et individrettet samfunn med et økende antall aleneboende (Tømmerås, 2021) tyder våre funn på at det er behov for lavterskeltilbud som Drop-in, hvor det er mulig å oppsøke hjelp hos et medmenneske.

Sammensatt hjelp

Brukerne i vår studie hadde ulike utfordringer, og de fikk sammensatt hjelp i form av samtale, praktisk bistand, råd, verktøy og oversikt over andre tilbud og tjenester. I mange tilfeller skyldes psykiske helseutfordringer personlige og sosiale problemer, og det er anbefalt at lavterskeltilbud også bør tilby hjelp med å løse de konkrete problemene (Meld. St. 23 (2022-2023); Ose et al., 2018). Evaluering av SST viser at brukerne erfarer bedret evne til å håndtere problemene de står i, gjennom sammensatt

hjelp og kunnskap om andre støtteressurser (Ewen, 2018). Samlet understreker dette viktigheten av at Drop-in tilbyr sammensatt hjelp.



Økt selvtillit

Et sentralt funn i vår studie var at selv om problemene til brukerne ikke ble løst, opplevde de at Drop-in gav dem økt selvtillit og flere verktøy. Livsmestring er å «kunne forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv» (Kunnskapsdepartementet, 2017). Det at brukerne opplevde å få økt selvtillit, kan ses som et uttrykk for at hjelpen bidrar til økt mestringstro, altså tro på at de kan mestre egen situasjon (Bandura, 1977). Verbal oppmuntring er en viktig kilde til økt mestringstro (Bandura, 1977), og de ansattes fokus på å se og støtte den enkelte kan derfor ha bidratt positivt. Videre kan en positiv erfaring med å håndtere en utfordring øke brukernes tro på at de kan mestre liknende utfordringer i fremtiden (Bandura, 1977). Det er også et interessant funn at brukerne formidlet at de gikk ut fra samtalene på Drop-in med økt selvtillit, uten at de ansatte nevnte at de fokuserte på dette.

Forebyggende tilbud

Våre funn viser at ansatte og brukere erfarte at tilbudet var forebyggende. Økt mestringstro og tilgang på mestringsstrategier er viktig for å forebygge senere vansker (Tew, 2013). Livskriser og utfordringer vil komme igjen og igjen, og forhåpentligvis vil brukerne kunne ta frem igjen råd og verktøy fra Drop-in-timen dersom de opplever nye utfordringer. Videre fungerte Drop-in-tilbudet som en døråpner for andre tilbud ved at de ansatte guidet brukerne til frivillige organisasjoner, kurstilbud eller selvhjelpsgrupper. Økt kunnskap om støttetjenester er også noe brukere av SST har rapportert (Ewen, 2018).

Hjelp i form av verktøy til å ordne konkrete problemer eller henvisning videre til andre tilbud vil trolig kunne forebygge psykiske helseutfordringer (Ose et al., 2018). Lett tilgjengelige tilbud som tilbyr sammensatt hjelp for mennesker i ulike livssituasjoner kan forhindre at utfordringene utvikler seg til store belastninger (Helsedirektoratet, 2015; Lauveng, 2020; Ose et al., 2018). De kan også ha stor betydning for enkeltmenneskers livskvalitet og mestringsevne, samt bidra til å redusere ventelistene i spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 23 (2022-2023)). Dette understreker viktigheten av at lavterskeltilbud tilbys mennesker med ulike livsmestringsutfordringer og ikke kun de som allerede har utviklet psykiske helseutfordringer (Meld. St. 23 (2022-2023); Ose et al., 2018).

Metodiske betraktninger



Hovedstyrken med studien er at både ansatte og brukere ved Drop-in ble inkludert, noe som gir en rikere beskrivelse av hvordan tilbudet erfares. Ettersom de ansatte rekrutterte brukere til studien, kan det tenkes at brukere som hadde positive erfaringer, ble foretrukket. Av etiske hensyn ønsket vi at de ansatte skulle gjøre en vurdering av hvem som kunne håndtere en intervjusituasjon.

Flertallet av brukerne hadde oppsøkt tilbudet mer enn en gang, noe som kan begrense overførbarheten til brukere som kun oppsøker tilbudet én gang. Funn fra en kvalitativ studie med 20 informanter kan heller ikke generaliseres. Det er likevel mulig at funnene kan ha en viss overførbarhet til liknende lavterskeltilbud.

For å sikre at funnene er en gjengivelse av intervjuene og en transparent prosess, ble analysen gjennomført i samarbeid mellom KKD, SHS, KFB og VH, som ikke hadde erfaring med Drop-in fra før. En styrke er at KH hadde kunnskap om og erfaring med å jobbe som psykolog i et lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid. Det tilførte nye perspektiver inn i tolkningen av resultatene. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av STK, som er en pragmatisk og systematisk analysemetode (Malterud, 2012). Innenfor kvalitativ forskning er det imidlertid en spenning mellom strenghet og kreativitet (Pratt et al., 2022; Whittemore et al., 2001). Den deskriptive analysemetoden vi har benyttet, begrenser kreative tolkninger, og den systematiske måten vi gjennomførte analysen på, kan ha begrenset nye retninger i analysen (Malterud, 2012, 2017).

Videre forskning

Videre forskning bør kartlegge hva som kjennetegner personer som oppsøker lavterskeltilbud, og om marginaliserte og sårbare grupper i samfunnet oppsøker tilbudene i mindre grad. Den bør også følge opp hva som kan ha bidratt til økt selvtillit, og om faktorer for å styrke mestringstro kan brukes mer målrettet i tilbudet. Fremtidige studier bør dessuten undersøke erfaringene fra brukere som kun oppsøker Drop-in én gang, samt se på nytteverdien av kun én konsultasjon.

Implikasjoner

Vår studie gir innsikt i betydningen av lavterskeltilbud som tilbyr sammensatt hjelp for personer som har utfordringer med å mestre livet. Vi fant at menneskemøtene ved Drop-in hadde stor betydning for de enkelte, og funnene støtter vektleggingen på å videreutvikle slike tilbud (Meld. St. 23 (2022-2023); Ose et al., 2018). Lavterskeltilbud som Drop-in kan øke tilgjengeligheten til psykiske

helsetjenester, og bidra til at flere får hjelp tidlig ved at «hvis alle får en time, får alle som trenger det, flere timer» (Ewen, 2018; Hesla, 2022). Samtidig fant vi at terskelen for å oppsøke lavterskeltilbud for psykisk helse kunne være høy. Dette understreker dermed behovet for å gjøre den mentale terskelen lavere og støtter viktigheten av å minske stigmatiseringen for å motta psykisk helsehjelp (Ose et al., 2018). Myndighetene (Meld. St. 15 (2022-2023); Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og Psykologforeningen (Norsk psykologforening, 2016; Thorsell Næs, 2019) har lenge vært opptatt av å skape likeverdige tjenester. Videre fant vi at Drop-in-tilbudet brukes av mennesker med et stort spenn av problemer og sosioøkonomisk status. Det inkluderte mennesker i mer stabile livssituasjoner når det gjelder for eksempel familiesituasjon og jobb. Funnet indikerer at det muligens bør gjøres tiltak som sikrer at tilbudet i enda større grad når de mest sårbare og marginaliserte gruppene i samfunnet.



Konklusjon

I vår studie opplevde deltakerne at lavterskeltilbudet Drop-in som tilbyr sammensatt hjelp, hadde en viktig funksjon for enkeltindividene og innen psykisk helsearbeid. Erfaringene fra både de ansatte og brukerne tilsa at tilbudet er lett tilgjengelig og er en arena hvor enkeltmennesker blir sett, rommet og støttet. Tiltaket ble erfart som et forebyggende tiltak innen psykisk helse-tilbud, og brukerne opplevde at de fikk økt selvtillit. Samtidig indikerer funnene det at terskelen for å oppsøke tilbudet kunne være høy.

Appendiks: Utdrag fra analysen med utvalgte meningsbærende enheter

Referanser

- Andersen, S. R. (2021). Når en samtale er alt vi har. I L. Lorås & J. C. V. Christiansen (Red.), *Samtaler i relasjonelt arbeid* (s. 231–246). Fagbokforlaget.
- Badkan, R. (2024). Svaret er ikke alltid psykisk helsehjelp. I kriser må me våge å ha dei vanskelege samtalene med kvarandre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(6), 414–415. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as05ae-Svaret-er-ikkje-alltid-psykisk-helsehjelp>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. A. (2009). *Helsepsykologi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Ewen, V., Mushquash, A. R., Mushquash, C. J., Bailey, S. K., Haggarty, J. H. & Stones, M. J. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health*, 16 (5), 573–589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>
- Giorgi, A. (2009). *Descriptive Phenomenological Method in Psychology. A Modified Husserlian Approach*. Duquesne University Press.
- Helsedirektoratet. (2015). *Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2023). *Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014--sammendrag>
- Hesla, B. S. (2022). SSFT: En nykomponert og brukervennlig en-times terapimodell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 158-163. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2022/11/ssft-en-nykomponert-og-brukervennlig-en-times-terapimodell>
- Holm, C. C., Steindal, S. A., Foss, B. & Dihle, A. (2018). En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 1626. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-03>
- Hummelvoll, K. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Hymmen, P., Stalker, C. A. & Cait, C.-H. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health*, 22(1), 60–71. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670880>
- Høstmælingen, A. (2017). Et forsvar for sykeliggjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6), 570–571. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as06ae-Et-forsvar-for-sykeliggjoring>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Saether, S. M. M., Aaro, L. E. & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological



Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105. <https://doi.org/10.1159/000504453>



Kunnskapsdepartementet. (2017). *Overordnet del – verdier og prinsipper for grunnopplæringen.*

Fastsatt som forskrift ved kongelig resolusjon. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020.

Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?lang=nob>

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid - det landskapet vi er mennesker i.*

Universitetsforlaget.

Lutz, A. B. (2021). *Single Session Solution-Focused Therapy: Harnessing the Moment in Crisis*

Mental Health. Institute for Solution-Focused Therapy. <https://solutionfocused.net/single-session-therapy-solution-focused-brief-therapy/>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25).

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.).

Universitetsforlaget.

Martinsen, E. W. (2018). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. Klungland Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1. utg., s. 245-268). Cappelen Damm Akademisk.

Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.* Helse- og omsorgsdepartementet. (Meld. St. 15 (2022-2023)). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033).* Helse- og omsorgsdepartementet. (Meld. St. 23 (2022 – 2023)). Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2025, 30. juni). *Rask psykisk helsehjelp.*

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>

- Norsk psykologforening. (2016). *Norsk psykologforenings prinsippprogram*. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/organisasjonen/vedtekter-og-retningslinjer/prinsippprogram>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L. & Børve, S. S. (2018). *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer*. SINTEF Teknologi og samfunn. <https://www.sintef.no/prosjekter/2017/tjenester-til-mennesker-med-lettere-psykiske-helseproblemer/>
- Pratt, M. G., Sonenshein, S. & Feldman, M. S. (2022). Moving Beyond Templates: A Bricolage Approach to Conducting Trustworthy Qualitative Research. *Organizational Research Methods*, 25(2), 211-238. <https://doi.org/10.1177/1094428120927466>
- Roksund, G. (2017). En psykiatrisk hengemyr? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 87_90. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-10>
- Smith, O. R. F., Alves, D. E. & Knapstad, M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M. & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper – fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 36-45. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-01-05>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf>
- Talmon, M. (1990). *Single-Session Therapy: Maximising the Effect of the First (and often only) Therapeutic Encounter*. Jossey-Bass.
- Tesli, M. S., Kirkøen, B., Handal, M., Torvik, F. A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2023, 17. august). Psykiske plager og lidelser hos voksne. I *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Tew, J. (2013). Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360-374. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.687713>



- Thorsell Næs, S. (2019). Psykologer skal utjevne sosiale forskjeller, ikke øke dem. Vi trenger å vite mer om følgene av et klassesdelt psykologisk lavterskeltilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2019/08/psykologer-skal-utjevne-sosiale-forskjeller-ikke-oke-dem>
- Topor, A. (2011). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenstrom, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., Aggen, S. H., Kendler, K. S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 54–64. <https://doi.org/10.1111/acps.12829>
- Try, E., Morken, T. & Hunskaar, S. (2008). Livskrisehjelpen ved en legevakt. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 128(18), 2056-2059. <https://tidsskriftet.no/2008/09/aktuelt/livskrisehjelpen-ved-en-legevakt>
- Tømmerås, A. M. (2021). *Nå bor over 1 million nordmenn alene*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger/artikler/na-bor-over-1-million-nordmenn-alene>
- Whittemore, R., Chase, S. K. & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522_537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>
- World Health Organization. (2022). *Mental disorders, Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

