

Arild Granerud

Sosial integrering for mennesker med  
psykiske problemer

- erfaringer, utfordringer og ønsket støtte

Høgskolen i Hedmark  
Rapport nr. 19 – 2004

Online-versjon

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

**Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.**

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark (<http://www.hihm.no/>).

Rapport nr. 19 - 2004

© Forfatter/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 82-7671- 438-2

ISSN: 1501-8563



# Høgskolen i Hedmark

**Tittel:** Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer – erfaringer, utfordringer og ønsket støtte.

**Forfatter:** Arild Granerud

**Nummer:** 19

**Utgivelsesår:** 2004

**Sider:** 76

**ISBN:** 82-7671-438-2

**ISSN:** 1501-8563

**Oppdragsgiver:**

**Emneord:** Psykisk helsearbeid, sosialt nettverk, lokalsamfunnet

**Sammendrag:** Sosialt nettverk og sosial støtte har stor betydning for menneskers opplevelse av et meningsfylt liv. Mennesker med psykiske problemer kan ha vanskeligheter med tilhørighet og opplevelse av sosial integrering. Hensikten med studien er å få fordypet innsikt i hvilke erfaringer som mennesker med psykiske problemer har i forhold til meningsfullt hverdagsliv, og med sosial integrasjon på hjemstedet. Multistage fokusgruppeintervju med til sammen 17 deltagere med psykiske problemer i tre ulike grupper i to kommuner deltok i studien. Analysen ble foretatt med en kvalitativ innholdsanalyse. Deltagerne søkte etter betingelser for å opprettholde kontroll og kjempet for sosial integrering i dagliglivet. I en rolle som stigmatisert opplevde de ensomhet, langsomhet, trang økonomi og skamfølelse. De ønsket arbeid eller annen dagaktivitet, og lengtet etter gjensidige og likeverdige relasjoner. Deltagerne opplevde at sosialt nettverk ble oversett av behandlere, og deltagerne ønsket hjelp til å bli mer aktive. Det bør arbeides med å gi et bredt dagaktivitetstilbud som gir mulighet til arbeid og felleskap der sosiale ferdigheter og sosialt nettverk blir styrket.





# Høgskolen i Hedmark

**Title:** Social integration for people suffering from mental health problems – experiences, challenge and support.

**Author:** Arild Granerud

**Number:** 19

**Year:** 2004

**Pages:** 76

**ISBN:** 82-7671-438-2

**ISSN:** 1501-8563

**Financed by:**

**Keywords:** Community mental health, social network, social integration.

**Summary:** Social network and social support is important for human beings experience of wellbeing. People suffering from mental health problems often have difficulties with sense of belonging and social integration in the community. The aim of the study is to explore people with mental health problems experiences of daily-life situations and their ability to social integration in the community. Three multi-stage focus groups, consisting of 17 people with mental health problems, were established. Data was analysed with a qualitative content analysis method. The results showed that the participant was searching for conditions to maintain control and was struggling to achieve social integration in their daily life. In a roll as stigmatised they experienced feelings of loneliness, slower pace, tight economy and shame. They wanted work or other day activity/occupation and sought reciprocal relationships. Community mental health must concentrate on providing a broad daytime activity/occupational choice which will in turn increase the opportunity towards seeking work and enhancing the feeling of belonging from which social skills and social network are strengthened.



# FORORD

Sosialt nettverks betydning og forståelse av sosial integrering for mennesker med psykiske problemer er noe som opptar både brukere av tjenester og medarbeidere i de ulike etater i kommunehelsetjenesten. Engasjementet fra kommunene i det foreliggende prosjektet mellom Høgskolen i Hedmark og kommunene Åmot og Hamar understreker dette. Brukere ønsker å sette søkelyset på utfordringer i dette arbeidet og medarbeidere i kommunene som arbeider med brukere og fagansatte i Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse og sosialutdanning ønsker å utvikle kunnskap innen dette emnet. Vi ønsker at alle skal få forståelse for ordtaket (lett omskrevet): ”*A friend every day keeps the doctor away.*”

Denne rapporten er en del av et doktorgradsprosjekt: ”*Mennesker med psykiske lidelser og sosial integrering – metodeutvikling innen kommunalt psykisk helsearbeid.*” Prosjektet ønsker å sette lys på sosial integrering og sosialt nettverks arbeid i kommunehelsetjenesten, for om mulig å få fram ny kunnskap om metoder inne sosialt nettverksarbeid. Utgangspunktet for ny kunnskap er brukernes egne erfaringer. Den foreliggende rapporten beskriver brukernes erfaringer, og ser disse erfaringer i lys av tidligere forskning på området. Rapporten har også et fyldig vedlegg der eksempler på sosial integrering for mennesker med psykiske problemer i Hamar blir beskrevet. Dette vedlegget er neppe komplett, men viser bredden i tilgjengelige tilbud ut fra forfatterens oversikt. Hamar brukes som eksempel pga. at bykommunen har et bredere tilbud og kan være et eksempel for begge kommunen.

Innen handlingsorientert forskningssamarbeid er, foruten den jevnlige dialogbaserte undervisning, avrapportering et viktig bidrag til å høyne kompetansen for de som deltar i prosjektet Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Denne rapporten er en del av denne avrapporteringen.

Takk til alle deltagere i fokusgruppeintervjuene som holdt ut over en lengre tid. Det var fine og lærerike samtaler vi hadde. Takk også til lokale prosjektkoordinatorer i Hamar og Åmot for praktisk tilrettelegging, og til de som deltok som observatører i fokusgruppene. Jeg vil takke for all hjelp og støtte fra kollegaer i prosjekt Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, spesielt til dosent Jan Kåre Hummelvoll, høgskolelektor/prosjektleder Jan Stensland Holte og til bruker-medvirker/medforsker Gro Beston i Mental Helse. Min veileder er til stor hjelp i hele arbeidet, takk til professor Elisabeth Severinsson, Universitetet i Stavanger/Nordiska Högskolan for Folkhälsovetenskap.

Ottestad desember 2004

Arild Granerud



# INNHold

Forord.....	7
Innhold .....	9
Innledning.....	11
Problemstillinger for denne studien er: .....	13
Kort presentasjon av rapporten.....	13
Begrepsavklaring.....	14
Om sosial integrering og arbeid med menneskers sosiale nettverk.....	15
Kort om ulike metoder som kan fremme sosial integrering .....	20
Metode.....	24
Om fokusgruppeintervju som metode .....	24
Informanter og utvalgsriterier .....	26
Deltagerne i fokusgruppeintervjuene .....	27
Om gjennomføring av fokusgruppene.....	27
Analyse.....	28
Ethiske overveielser .....	29
Resultater.....	31
Betingelser for å opprettholde balanse i dagliglivet .....	32
Stigmatiseringens virkninger.....	32
Enslighet og ensomhet .....	32
Langsomhet, skamfølelse og annerledeshet .....	34
Økonomien er trang.....	37
Å stå fram som menneske med psykiske problemer .....	37
Å være hel og likeverdig .....	38
Å få ny kunnskap og erfaring .....	39
Å ha en jobb – meningsfull aktivitet på dagtid.....	39
Gode familie- og vennerelasjoner .....	41
Et personlig initiativ .....	44
Fagpersoners rolle .....	46
Kampen mot enkeltbehandleres holdninger .....	46
Kunnskapsmangel om psykiske plager .....	47
Sosielt nettverks betydning oversees av behandlingsapparatet .....	47
Få hjelp til å komme i gang.....	48
En modell for kategoriens indre sammenheng .....	50

Diskusjon.....	53
Metodekritikk.....	53
Å være på siden av det aktive livet.....	55
Å ha betydning .....	57
Veien tilbake til delaktighet i fellesskapet.....	60
Oppsummering og anbefalinger .....	61
Litteratur.....	63
Vedlegg .....	68
Psykisk helsearbeid i Hamar: Fokus på sosial stimulering, aktivitetstilbud og arbeid.....	68
Kulturkontoret .....	68
SIRA-huset, dagsenteret .....	72
Arbeidsplasser og attføringstiltak for yrkeshemmede .....	72
Hamar ASVO a/s.....	72
Arbeid med Bistand.....	73
Kompetansebedriftene.....	74
Andre muligheter for kurs og fritidsbeskjeftigelse.....	75
Voksenopplæring.....	75
Lag og foreninger .....	75
Frivillighetssentralen .....	76
Mental Helse.....	76

# INNLEDNING

Ønsket om sosial integrasjon kan ses som det ideologiske grunnlaget bak utviklingen fra en institusjonsbasert til en desentralisert psykiatri. Størstedelen av behandlingen av mennesker med psykiske lidelser foregår nå i pasientenes nærmiljø. Tjenestene innen psykisk helsearbeid har økt kraftig i kommunal sektor de seneste år bl.a. som følge av ”Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006” (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Likevel er kapasiteten fortsatt for liten i forhold til de avdekkede behov for behandling og støtte (Hagen, 2001). Rapporter tyder på at arbeidet med sosial integrering av mennesker med psykiske lidelser ikke har ført fram som ønsket (Elstad, 1999). Det er nødvendig å vurdere metodene som brukes for å kunne gi pasienter en mer meningsfull hverdag. I følge Stortingsproposisjon nr. 63 1998 er målet å fremme adekvat uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Imidlertid er det viktig å stimulere til et mer tilfredsstillende sosialt fellesskap. Disse mål kan nåes ved å dekke grunnleggende behov som 1) å ha en tilfredsstillende bolig, 2) ha et meningsfylt aktivitetstilbud, 3) inngå i en sosial sammenheng og 4) å ha mulighet for kulturell og åndelig stimulering (Sosial- og Helsedepartement, 1998).

Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag har et forskningssamarbeid med kommunene Hamar og Åmot for å stimulere til ytterligere kompetanse hos de som arbeider med psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Prosjektet ”Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet.” startet i januar 2002.

Prosjektets tese er:

*Handlingsorientert forskningssamarbeid i kommunalt psykisk helsearbeid fremmer faglig kompetanse hos ansatte gjennom systematisk refleksjon over praksiserfaringer og medskapning av relevant lokal kunnskap. Den lokalt utviklede kunnskap kan, når den*

*er medreflektert av brukere, bidra til sentral kunnskap om psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet.*

Gjennom seks ulike delprosjekter vil man søke å utvikle teoretisk og praktisk kunnskap om psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Denne kunnskapsdannelsen har en tverrvitenskaplig tilnærming og skal involvere brukere aktivt.

Målet for prosjektet som helhet er:

- at man gjennom tverretattlig, tverrfaglig samarbeid utvikler helsefremmende strategier som skaper trivsel og tilhørighet i lokalsamfunnet.
- at mennesker i risikogrupper for utvikling av psykisk uhelse møter relevante psykososiale tilbud.
- at mennesker med psykiske lidelser opplever psykiatritjenestene som sammenhengende og med god kvalitet.
- at man gjennom praksisnær forskning utvikler kunnskap om vesentlige psykososiale problemstillinger som møter psykiske helsearbeidere i lokalsamfunnet.

Prosjektets overordnede design er aksjonsforskning, nærmere bestemt handlingsorientert forskningssamarbeid. I denne forskningsstrategien deltar både ansatte, brukere og forskere sammen for å skape kunnskap som har praksisrelevans. Alle som deltar blir både medforskere og medsubjekter (Hummelvoll, 2003). For å ha muligheten til å lykkes, bør alle deltagerne ha en felles forståelse av grunnleggende verdier som man vil at praksis skal styres av, og som man vil at forskningssamarbeidet skal bidra til å virkeliggjøre (Holte & Hummelvoll 2004).

Et av delprosjektene er det foreliggende: ”Mennesker med psykiske lidelser og sosial integrering – metodeutvikling innen kommunalt psykisk helsearbeid.” Hensikten med delprosjektet er å utvikle metoder for sosialt nettverksarbeid i kommunehelsetjenesten for å bedre mennesker med psykiske problemers sosiale integrering i nærmiljøet.

Mennesker er sosiale. Vi er avhengig av andre, og få ønsker å leve i et isolert vakuum. Vårt livsprosjekt er å skape mening i eget liv, dette skapes

i relasjon til andre mennesker. Sosialt nettverk er viktig for å bli bekreftet og å finne denne meningen. Mennesker med psykiske problemer har ofte hatt problemer med relasjoner til andre mennesker, de er mer ensomme og har ofte ikke lønnet arbeid, noe som påvirker både den sosiale situasjonen og kontaktflaten.

## **Problemstillingene for denne studien er:**

Hvordan oppleves dagliglivet for mennesker med psykiske problemer med vekt på sosial integrasjon?

Hva ønsker mennesker med psykiske problemer av hjelp og støtte for å utvikle eget sosialt nettverk?

Hvordan vurderer mennesker med psykiske problemer betydningen av det tilbudet om hjelp og oppfølging de har mottatt for å utvikle eget sosialt nettverk?

Hensikten med studien er å få fordypet innsikt i hvilke erfaringer som mennesker med psykiske problemer har i forhold til meningsfullt hverdagsliv, og med sosial integrasjon på hjemstedet.

## **Kort presentasjon av rapporten**

Rapporten starter med en kort gjennomgang av sosial integrering, sosialt nettverk og arbeid med sosialt nettverk. En presentasjon av metoden som er brukt i studien presenteres, med vekt på fokusgruppe som metode. Der blir også gruppedeltagerne presentert. Resultatene av analysen presenteres med utsagn fra gruppedeltagerne for å koble analysen tilbake til fokusgruppeintervjuene. Her presenteres også to modeller for forståelse av fokusgruppeintervjuene. Diskusjonen samler den viktigste forståelsen av rapporten med anbefalinger til videre arbeid. Som vedlegg er lagt en framstilling av sosiale stimulering, aktivitetstilbud og arbeid med sosiale nettverks metoder i Hamar kommune innen psykisk helsearbeid. Sammenstillingen er foretatt av forfatteren, og er ikke fullstendig, men det kan gi et godt bilde av den brede virksomheten. Grunnen til at det her bare er rapportert fra den ene samarbeidskommunen, er at den, grunnet

størrelsen, har et bredere tilbud, og på den måten kan eksemplifisere tilbud bredere. Det er ønskelig at det settes opp en lignende oversikt for Åmot.

## Begrepsavklaring

Prosjektet *Mennesker med psykiske lidelser og sosial integrering – metodeutvikling innen kommunalt psykisk helsearbeid* har et folkehelsevitenskaplig og sosialpsykiatrisk utgangspunkt. Dette avsnittet vil gi begrepsavklaringer og bakgrunn for prosjektet.

**Folkehelsevitenskap** studerer og analyserer i et befolkningsperspektiv, hvordan ulike faktorer påvirker vår helse, hvordan vi kan arbeide for å oppnå en bedre helse og hvordan vi kan evaluere hvor godt vi lykkes i dette arbeidet. Folkehelsearbeid er den praktiske implementering av folkehelsevitenskap. Folkehelsearbeid kan defineres som "vitenskapen og kunsten om hvordan sykdom kan forebygges, livet forlenges og helse fremmes gjennom organiserte samfunnsmessige tiltak" (Nordiska Hälsovårdshögskolan 1997).

**Sosialpsykiatri** er opptatt av kontekstuelle faktorer som påvirker menneskers psykososiale utvikling, spesielt faktorer som kan gi psykiske lidelser. Det fokuseres både på mellommenneskelige forhold og på makrososiale forhold som påvirker personlig utvikling: familier, grupper og samfunnsforhold (Fleck 1990). Sosialpsykiatrien er opptatt av behandlingsforhold både i institusjoner og i kommunehelsetjenesten, og setter kliniske aktiviteter inn i klare sosiale og samfunnsmessige rammer. Påvisning av sammenheng mellom livsvilkår og befolkningens psykiske helse, og ønske om å bedre hjelpeapparatets tilgjengelighet og funksjonalitet er sentrale temaer. Sosialpsykiatrien tydeliggjør hjelpeapparatets ansvar for innbyggernes mentale helse i et geografisk område (Sørgaard, 1993).

**Sosialt nettverk** er definert av bl.a. Finset (1986): "Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre". Termen har blitt utviklet fra en metafor til et analytisk begrep med egne karakteristika (Fyrand, 2003).

**Sosial integrasjon** kan defineres som: ”en prosess som fører til at ulike sosiale enheter (individer, grupper, kulturer, nasjoner) forenes” (Korsnes et al., 1997, s. 288). Integrering betyr å samordne til en enhet. I denne rapporten forstås sosial integrering som å være delaktig i samfunnet og nærmiljøet med bibehold av egen kultur og integritet.

## **Om sosial integrering og arbeid med menneskers sosiale nettverk**

Integrering i sosiokulturell forstand vil innebære å opprettholde ens egen kulturelle identitet samtidig som man blir en del av et større samfunn (Dalgard et al., 1995). Sosial integrasjon har konkret å gjøre med for eksempel følelsen av tilhørighet og følelsen av å kunne påvirke sine omgivelser, og graden av kontakt med andre i nærmiljøet (Hummelvoll, 2004). Mennesker med psykiske problemer har ofte fått vanskeligheter med tilhørigheten. Begrepet sosial integrering er sentralt for utviklingen av hjelpetilbud for mennesker med psykiske lidelser (Elstad, 1999).

Vårt personlige nettverk består av de personer som vi synes er viktige for oss. Sosiale nettverk kan bli delt opp i uformelle nettverk, som er våre nærmeste pårørende, og slekt og venner vi velger å omgås. Det formelle nettverket er personer som er viktige av andre grunner som arbeidskollegaer, myndighetspersoner og yrkespersoner.

Sosiale nettverk kan gi:

- Følelsesmessig støtte og anerkjennelse.
- Informasjon og hjelp til å orientere seg i omverdenen og til å mestre problemer.
- Kameratskap, felles interesser og verdisyn.
- Materiell støtte (Cullberg, 1999).

Både naboer og venner er viktige ressurser i det sosiale nettverket. De representerer noe i tillegg til familienettverket, og kan i visse situasjoner gi raskere hjelp og støtte enn slektninger. Venner og familie gir mer langvarig hjelp enn naboer, både på det praktiske og følelsesmessige plan. Naboer gir ofte en mer tidsavgrenset og kortvarig hjelp i dagliglivet som gir trygghet

og avlastning i hverdagen. Nabokontakten er sterkere på landet enn i byene (Granerud, 1999).

Undersøkelser som peker på sammenhenger mellom sosialt nettverk og helse har blitt analysert av Fyrand. Hun konkluderer med fire mulige årsaksforhold som kan forklare helsefremmende effekter ved menneskers sosiale nettverk:

1. Kontakt mellom mennesker eller sosiale nettverk oppmuntrer mennesker til å engasjere seg i forebyggende helsearbeid.
2. Kontaktene mellom mennesker fungerer som ressurser for å hankses med diverse aspekter av dagliglivet.
3. Mennesker med utpreget sosialt støttenettverk føler i større grad at de mestrer og kontrollerer sine omgivelser.
4. Sosial, kulturell og geografisk mobilitet medfører ofte at mennesker kommer inn i marginalitetsposisjoner (Fyrand, 1994 s. 121).

Dette støttes av de to hyppigste omtalte hypotesene for virksomme støtteprosesser:

- I "Direktehypotesen" er antagelsen at støtten er virksom uavhengig av om vi er utsatt for påkjenninger eller ikke. Et støttende nettverk bidrar til direkte helsegevinster gjennom at en føler seg verdsatt og respektert, og at livet oppleves stabilt og forutsigbart.
- I "Bufferhypotesen" eller den indirekte hypotese antar en at den sosiale støtte er først og fremst virksom når en utsettes for påkjenninger av en styrkegrad der ens mestringsevne blir utfordret. Her er det nettverkets dempende virkning av stressopplevelsene sentral (Dalgard et al., 1995; Sanderson, 2004).

Studier fra USA og Japan viser at sterke sosiale bånd, hvor en har mer eller mindre regelmessig kontakt med venner, naboer, barn og familie, blir assosiert med færre symptomer på depresjon blant eldre (Sugisawa et al., 2002).

Mennesker som har god sosial støtte har raskere tilfriskning etter alvorlige sykdommer enn de med et dårligere sosialt støttenettverk (Sanderson, 2004). Størrelsen på nettverket har betydning for aktivitet og bedret



funksjonsevne for mennesker med psykose. Å få et bedret sosialt nettverk vil styrke funksjonsevnen (Howard et al., 2000).

Betydningen av å ha et arbeid blir påpekt av flere, og studier viser at å sette i gang grupper som både arbeider sammen og har organisert fellesskap utover arbeidstid, virker positivt på utvikling av egenaktivitet og skaper bånd til andre mennesker (Howard et al., 2000). Sosial støtte og tiltak for å utvikle sosial aktivitet og utvidelse av nettverket, har betydning for å mestre egne psykiske plager og mulighet til arbeid (Eide & Røysamb, 2002; Evert et al., 2003). Dårlig helse og lav inntekt er en effektiv barriere for å delta i aktiviteter. Erfaringer fra flere land viser at dette fremmer sosial isolasjon og eksklusjon, samt devaluerer en som person både personlig og sosialt (Ramon, 2001).

Sosial kapital er et begrep som brukes i beskrivningen av støttende krefter som finnes i et lokalsamfunn som helhet. Det beskriver de kollektive psykologiske indikatorene i lokalsamfunnet og nabolaget. Disse støttende vennskapsbåndene er viktige helseindikatorer, og antagelsene er at økt sosial kapital i et lokalsamfunn minsker prevalensen for psykiske lidelser, det korter ”recovery”-perioder og øker tilgangen til helsetjenester for mennesker med psykiske problemer (Henderson, 2003).

Mange mennesker med psykiske lidelser møter negative reaksjoner fra andre. Det vanskeliggjør mulighetene til sosial integrering. Flere har vist at større nærhet mellom mennesker med psykiske lidelser og øvrige befolkningsgrupper, frembringer nye former for utdefinering og utestengning (Aubry & Myner, 1996; Aubry et al., 1995; Barham & Hayward, 1995; Forsberg, 1994; Granerud & Severinsson, 2003b). Uten aktiv intervensjon i form av miljøpåvirkninger og individuelle støtteordninger, risikerer mennesker med psykiske problemer som flytter i egen bolig å havne utenfor sosiale nettverk (Hardiman & Segal, 2003; Kristiansen, 1994; Palmblad, 1992). Tendenser til segregering er påvist av flere (Barham & Hayward, 1995; Granerud & Severinsson, 2003a).

WHO hadde i 2002 mental helse som spesielt satsingsområde. World Health Report ”*New Understanding New Hope*” (WHO, 2001) peker på

stigma og diskriminering av mennesker med psykiske lidelser og viser betydningen av å arbeide aktivt med sosial integrering og sosiale nettverk for å redusere problemene.

“The principle of social integration, with the aim of creating equal opportunities in society for all, is incorporated in all major instruments related to disability issues. Paragraph 9 of the Declaration on the Rights of Disabled Persons confers that the disabled persons have the right to live with their families or with foster parents and to participate in all social activities.” (*United Nations, 2003*).

Vesentlig for livskvalitet og for forebygging av tilbakefall av psykiske lidelser er et godt fungerende sosialt nettverk og opplevelse av sosial tilhørighet (Kawachi & Bekman, 2001). Mange undersøkelser viser at sosialt nettverk har stor betydning for menneskers helse. Det finnes mange ressurser i den mellommenneskelige samhandling i sosiale nettverk, både til problemløsning og forebygging av problemer som det offentlige aldri kan erstatte (Granerud & Severinsson, 2003b). Å være aktiv deltager i en sosial sammenheng, som for eksempel i en klubb eller arbeidsplass, gir en følelse av å høre til et sted, hvor gruppefelleskap, felles kultur, mulighet til å delta i nye grupper, og ikke minst oppleve felles støtte, er av stor betydning for positivt syn på fremtiden og økt ”recovery” (Bengtsson-Tops, 2001; Hardiman & Segal, 2003). Essensen i helse er livskraft og essensen i uhelse er maktesløshet. Livslysten blomstrer i fellesskap med andre mennesker, på samme måte som lidelse forsterkes gjennom stigmatisering av mennesket. Selvbildet påvirkes av personer i ens nærmiljø og av samfunnet som helhet, vi vurderer oss selv ut fra hvordan andre ser på oss (Strandmark, 2004).

Dårlig helse og utilstrekkelige inntekter er aktive barrierer som hindrer deltagelse i aktiviteter, det øker sosial isolasjon og eksklusjon, samtidig med sosial og personlig devaluering (Ramon, 2001). Mange mennesker med psykiske lidelser møter negative reaksjoner fra andre. Det vanskeliggjør mulighetene til sosial integrering. Flere har vist at større nærhet mellom mennesker med psykiske lidelser og øvrige befolkningsgrupper, frembringer nye former for segregering (Aubry &

Myner, 1996; Aubry et al., 1995; Barham & Hayward, 1995; Forsberg, 1994; Granerud & Severinsson, 2003b). Skildringene forteller om prosesser der personene blir omklassifisert som stigmatisert med de konsekvenser det innebærer i form av isolasjon, ensomhet, ikke betalt arbeid, mangel på penger og diskriminering (Thesen, 2001). Uten aktiv intervensjon i form av miljøpåvirkninger og individuelle støtteordninger, risikerer mennesker med psykiske problemer som flytter i egen bolig å havne utenfor sosiale nettverk (Hardiman & Segal, 2003; Kristiansen, 1994; Palmblad, 1992).

I en ny avhandling om ensomhet analyserer Brita Nilsson (2004) fenomenet i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Hun viser at ensomhet og savn forholder seg dialektisk til motsetningene felleskap og oppfyllelse. Fra gresk filosofi ble ensomhet beskrevet som angst og fortvilelse på grunn av separasjon, der det gode fellesskapet eksisterte i vennskapet. Heidegger beskriver ensomhetsopplevelsen som en påtrengende lidelsesfylt opplevelse som gjør at en søker seg mot fellesskapet selv om dette fellesskapet er utilfredsstillende. Informantene i Nilssons studie viste at de psykiske plagene og lidelsene har gitt opplevelse av tap, nederlag og en utestegning fra egne livssammenhenger og et vanlig liv. Det er tap av arbeidskollegaer, ofte tap av stabile kjærlighetsforhold og venner, og tap av økonomi. Altså et tap av livssammenheng som kan forstås som savn etter felleskap. Ensomhet viste seg som skam over sin annerledeshet (Nilsson, 2004). Dette er forhold som støttes av den foreliggende studie. Mennesker opplever ensomhet som skamfullt.

Å forstå oss selv gjør vi i stor grad i forhold til andre mennesker. Det er ikke bare den umiddelbare "speilingen" som påvirker oss, men noe utover dette som berører oss i vårt selvforhold, den andres situasjon påvirker vår eksistens og oppfatning av "verden". Forståelsen er preget av hvordan vi forstår den med våre følelser. Som menneske påvirkes vi av andre mennesker rundt oss og den sosiale og samfunnsmessige situasjon slik vi opplever den. Å få forståelse for egen identitet eller få bekreftet egen identitet er vesentlig for mennesker som sliter med psykiske problemer og deres tilfriskning. Å hjelpe til en slik forståelse er en viktig oppgave for behandlingsspersonell (Beston, 2003).

Både Gadamer (1997) og Ricoeur (Kemp, 1999) var opptatt av forståelsen av andre. De så dette i et hermeneutisk perspektiv med fokus på tekster, men deres forståelse og betydningen de la i forforståelse påvirker forståelsen av andre mennesker generelt etter mitt syn. Gadamer var bl.a. opptatt av kunsten og spillet i vår mellommenneskelige tilværelse. Ettersom jeg – du–forholdet er gjensidig, inngriper dette i selve forholdets virkelighet. I alle mellommenneskelige forhold er det en kamp for å få motpartens erkjennelse. Intensiteten i denne kampen varierer med den livssituasjon, den kan bli mester – svenn– forhold, der den ene har makten og står som eier av forståelsen, til et dialektisk forhold de to mennesker møtes på like vilkår med mål å forstå hverandre (Gadamer, 1997). Vi er historiske vesener og kan ikke fri oss fra våre tradisjoner og forforståelse. Vår horisont påvirker oss i møte med andre horisonter. Horisont er i denne sammenheng noe som vi ser ut fra, det perspektiv vi har. Horisonten forandres dermed ut fra perspektivet. Målet er horisontsammensmelting, da kan ny forståelse vokse fram (Eilertsen, 2000; Gadamer, 1997; Halberg, 1999).

For helsearbeidere er det også en viktig oppgave å hjelpe personer med lidelser til å fortolke sin lidelse, så en kan se meningssammenhenger og leve videre med en ny forståelse (Nordtvedt & Grimen, 2004). Uten en sensibilitet for personens opplevelser og forståelser kan vi ikke hjelpe personen med denne fortolkningen inn.

## **Kort om ulike metoder som kan fremme sosial integrering**

De ulike metodene som omtales her brukes bredt til mange ulike grupper med mennesker med spesielle behov eller handikap som trenger spesiell støtte for økt integrering eller rehabilitering. Metodene har som hensikt å gi mennesker med handikap meningsfulle aktiviteter, muligheter til å møte andre, lage miljøer der en er etterspurt og gi mot til å utvide egne grenser. I denne oversikten legges det vekt på de muligheter det gir for mennesker med psykisk problemer.

**I: Indirekte metoder** omtales oftest metoder som kartlegging av nettverket for eksempel gjennom bruk av nettverkskart, se på mulige utvidelsesmuligheter og fornyelse av gamle kontakter. (Disse metodene omtales ikke i denne rapporten.)

**II: Direkte metoder** er der hvor en går inn for å utvide personenes sosiale nettverk. Her legges det vekt på å legge til rette for møteplasser og aktiviteter sammen med andre. Å møte andre mennesker med lignende utfordringer som en selv kan gi samhold og økt mot til å komme i kontakt med andre. Kooperativvirksomhet, arbeidstrening, klubbvirksomhet, kurs og fellesaktiviteter som kultur- og fysiske aktiviteter, er typiske tiltak som er dokumentert virksomt for å bedre sosial tilknytning (Dalgard et al., 1995).

#### **Direkte metoder kan være:**

Gruppevirksomhet, som selvhjelpsgrupper eller andre mer ledede grupper for bearbeiding og samtale om felles problemområder, er også virksomt for bedret sosial støtte (Fyrand, 1994). Å delta i selvhjelpsgrupper kan stimulere til utvidelse av eget nettverk, både på størrelse, tetthet, funksjon og støtten til nettverket (Hardiman & Segal, 2003). Her er ”et selvstendig liv” kurs en sentral kurstype, hvor en over et lengre tidsrom sammen med manualer, arbeidsbøker og videoopptak demonstrer mestring av ferdigheter skritt for skritt. Temaene er blant annet mestring av egen medisinerings, mestring av symptomer, fritids- og rekreasjonsferdigheter, grunnleggende samtaleferdigheter, sosiale problemløsningsferdigheter, selvheldelsestrening, stimulering av egen økonomi, sosiale ferdigheter knyttet til vennskap og kjæresten, styre eget hjem, ernæring og matlaging, og personlig hygiene.

Nettverksmøter skal legge til rette for prosesser som leder til eierskap av egen behandling, til medansvar og tro på evne til å bruke egne og andres kompetanse både for personen med psykiske lidelser og for familien som er involvert (Andreassen, 2004). Seikkula har utviklet en metode for nettverksmøter der første møte skal være innen 24 timer etter henvendelsen, og en skal søke å få til en åpen dialog der hensikten er å

inkludere familien og det sosiale nettverket i størst mulig grad (Seikkula et al., 2001).

Å være aktiv blir av mange påpekt som essensielt for å ha det bra (Barham & Hayward, 1995; Bengtsson-Tops, 2001; Elstad, 1999; Granerud, 1999). Å ha et arbeid er av stor betydning for mange med psykiske handikap (Rebeiro, 1999). Derfor blir en daglig virksomhet vektlagt når en planlegger hjelpe- og støttetiltak for mennesker med psykiske plager.

Fontainhouse-modellen, på norsk: fontenehus, er en klubbvirksomhet som startet i USA på 50- tallet. Den har som intensjon å gi mennesker med psykiske handikap en møteplass for å være sammen med andre mennesker, hjelpe til med meningsfull aktivitet, gi mulighet til arbeidstrening og erfaring for å komme i arbeid igjen. Det finnes klubber på mange steder i verden. I Norden er det flest i Finland og Sverige. Klubbene har få ansatte, og alle medlemmer bør delta i de ulike arbeidsoppgavene som skal til for å holde huset, middagslaging, avisutgiving og andre aktiviteter i gang. De hjelper til så medlemmene kan få prøve seg i ulike jobber på det ordinære arbeidsmarkedet med såkalt overgangsarbeid. Det er ingen tidsbegrensning i medlemstiden. Klubbene holder åpent på dagtid og en del kvelder (Meeuwisse, 1997).

Kooperativvirksomhet er ofte kafé eller kantinedrift, småproduksjon av forskjellig slag eller annen servicevirksomhet. Den drives og styres av deltagerne. Deres arbeidsinnsats tilpasses individuelt, og som støtte eller igangsetter har de med en person som får sin lønn dekket av det offentlige. Målet er å ha et meningsfylt arbeid sammen med andre i samme situasjon. I en storby i Canada har et samarbeidsprosjekt med å lage middag kollektivt, vist god erfaring. Deltagerne lager middag til seg selv og andre med samme problemer. Alle deltagere har utført forskjellige jobber innen matlaging, servering og rengjøring ved middagsservering. Deltagerne har fått bedret sosial funksjon og gjort det lettere å komme i ordinær jobb (Page et al., 1999).

Arbeidstrening gis ofte i vernede bedrifter. Det er laget ulike sammenslutninger av vernede bedrifter i Norge og øvrige Norden. De

vernede bedriftene gir arbeidsplasser for mennesker med alle former for handikap. Bedriftene har ulike produksjonsmål. Noen skal ha vanlig foretningsvirksomhet, og ha ordinære økonomiske og produksjonsresultat. Andre har et mål om sysselsetting og aktivitet for mennesker med handikap, og produksjon og salg er mer underordnet. Det drives opplæring, utdanning og opptrening til ordinært arbeid eller arbeid i vernede arbeidsplasser. Dette er oftest tidsbestemt. Antall opplærings- og arbeidsplasser har økt de siste årene. Arbeidstrening kan også gis på ordinære arbeidsplasser med støtte av arbeidsformidling eller annen offentlig etat. En støtteperson er ofte sammen med den som har slik arbeidstrening i en startperiode.

# METODE

I denne studien er materialet blitt innhentet ved hjelp av fokusgrupper og de transkriberte data er analysert med kvalitativ innholdsanalyse. Innen handlingsorientert forskningssamarbeid er dette en av de mest anvendte datainnhentingemetoder, der dialogen er vesentlig for kunnskapsutvikling. Handlingsorientert forskningssamarbeid innebærer at forskeren agerer i forskningssituasjonen. Forskeren er aktiv i en prosess som forandres mens den pågår – isteden for å være en utenforstående observatør til det som skjer. Data skapes i den kliniske virkelighet. Personalet og brukere deltar aktivt i bestemmelsen av hvilke tema som skal granskes og hvilke prosjekter som skal igangsettes. På denne måten blir denne forskningen en forskning i praksis og for og med praksis. Det sentrale kjennetegn for en slik tilnærming er at forskningen skjer sammen med deltagerne – og at disse betraktes som medforskere.

## **Om fokusgruppeintervju som metode**

Fokusgruppeintervju er en form for datasamling som kan ha flere fordeler når data skal samles fra en forholdsvis homogen gruppe mennesker. Gruppeintervjuet er en arrangert samtale blant en gruppe mennesker om et emne som er valgt av forskeren. Samtalen styres av en såkalt moderator. Det er også en observatør til stede som spesielt konsentrerer seg om gruppedynamikken og bistår moderator under fokusgruppeintervjuet (Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen, 1997).

Fokusgruppeintervjuer har blitt utviklet gjennom faser. Første fase var fra 1920, da fokusgruppeintervjuer ble brukt av samfunnsforskere for ulike formål. I neste fase mellom 40-tallet og 1970-tallet, ble fokusgrupper mest ble brukt innen markedsanalyser. Fra 1980-tallet fikk metoden i sitt internasjonale gjennombrudd og tillempling. Den ble brukt av ulike forskermiljøer for forskning innen helse, sykepleie, sosiologiske og andre samfunnsrelaterte problemstillinger. På 1990-tallet ble metodens innhold og tilpasning diskutert og kritisk analysert i et vitenskaplig perspektiv.



Intervjuerens innflytelse på data var mindre og den reflekterte sosiale realiteter bedre enn flere andre metoder (Madriz, 2000; Morgan, 1997). Kitzinger har definert fokusgrupper: "Focus groups are group discussions organised to explore a specific set of issues... the group is focused in the sense that it involves some kind of collective activity" (Kitzinger, 1994).

Ideen bak metoden fokusgruppeintervju er at gruppeprosessen kan hjelpe mennesker til å få uttrykke og klargjøre deres synspunkter på en måte som hadde vært vanskeligere å få til ved et ordinært en-til-en intervju. Gruppemedlemmene blir oppmuntret til å utforske deres egne meninger og diskutere synspunkter. Spontane og følelsesladede uttalelser om temaet som blir diskutert kan ofte komme fram (Kvale, 1997). På denne måten kan fokuserte gruppeintervjuer få frem dimensjoner og forståelse som ville vært utilgjengelig med andre metoder (Kizinger, 1995). Gruppeinteraksjonen er viktig for datainnhenting, og bør tas hensyn til både under fokusgruppeintervjuet, i analysen og i rapporteringen fra intervjuene (Reed & Payton, 1997).

Fokusgrupper innebærer gruppedynamikk. Når gruppedynamikken fungerer godt kan samtalen ta nye og uventede retninger (Kizinger, 1995). En stor del av utfordringen ved et fokusgruppeintervju ligger i å skape vilkår for en gunstig gruppedynamikk. Alle må føle at de tar del i diskusjonen og at de gjensidig kan oppmuntre hverandre på kreativt vis. Fokusgruppeintervju har det fortrinn at det bryter ned asymmetrien i samtalen som kan forekomme i ordinære individuelle intervjuer (Maunsbach & Dehlholm-Lambertsen, 1997). Denne situasjonen vil være mer i samsvar med den måten meningsdanning vanligvis skjer, gjennom gjensidig påvirkning og gruppeinteraksjon (Kizinger, 1995).

Interaksjonen i gruppen reduserer imidlertid intervjuerens kontroll over intervjusituasjonen, og prisen kan være et relativt kaotisk lydopptak hvor det kan være vanskelig å foreta en systematisk analyse av alle de overlappende stemmene (Kvale, 1997). Det kan være vanskelig å få en forståelse av hvor ofte et problem forekommer, og anonymiteten for gruppedeltagerne kan være vanskeligere å bevare (Cedergren og Bylund 1995). I enkelte grupper kan en eller flere av gruppedeltagerne være så

dominerende at andre synspunkter eller gruppedeltagere ikke blir hørt (Magnusson, 2003). Det er viktig at moderator har trening i gruppeintervjuer eller gruppevirksomhet.

Ved at samme gruppe møtes flere ganger vil en få lengre prosess i gruppen. De blir bedre kjent med hverandre og blir tryggere på hverandre, og det blir lettere for respondentene å dele historier og erfaringer med hverandre. Nye synspunkter vil kunne vokse frem over tid, og gruppens indre liv blir rikere. Disse "longitunale gruppene" beskrives av Morgan (1997) som "multistage focusgroups". Her er det mulig å utforske felles forståelse av temaer og gå mer i dypet. Den reflekterer prosessen i handlingsorientert forskningssamarbeid (Hummelvoll & Severinsson, 2004). Dette er en form som man i prosjektet: Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, har god erfaring med i generering av ny kunnskap (Holte, Jan Stensland & Hummelvoll, Jan Kåre, 2004).

## **Informanter og utvalgskriterier**

I samråd med prosjektledelsen ble det valgt å initiere tre fokusgrupper: To grupper i bykommunen, en rekruttert fra Mental Helse og en fra mennesker som var registret som brukere av tjenester innen psykisk helse i kommunen. Den tredje gruppen ble dannet i landkommunen. Der ble deltagerne rekruttert både fra Mental Helse og brukere av tjenestene. Det var ønskelig med 6-8 deltagere i hver gruppe. Dette er i tråd med anbefalinger i litteraturen (Hummelvoll & Severinsson, 2004; Morgan, 1997; Tillgren & Wallin, 1999). Gruppene skulle møtes tre ganger.

Inklusjonskriterier for deltagelse i fokusgruppene var at deltagerne skulle ha eller ha hatt en psykisk lidelse, og ha erfaring fra innleggelse ved psykiatrisk sykehus. De skulle være voksne, dvs. mellom 20 og 75 år. Deltagerne skulle enten være innskrevet i kommunens psykiske helsetjeneste eller være medlem av foreningen Mental Helse i kommunen.

Introduksjonsbrev med forespørsel om deltagelse i fokusgruppe ble utformet sammen med prosjektkoordinatorene og prosjektledelsen, og ble sendt ut til aktuelle deltagere via prosjektkoordinator og psykisk

helsetjeneste i kommunene og i tillegg via foreningen Mental Helse. Svarslipp skulle sendes til prosjektkoordinatorene i kommunen. Det viste seg noe vanskelig å rekruttere det ønskede antall deltagere. I landkommunen hadde jeg et møte med to deltagere og psykiatriske sykepleiere for å stimulere til bredere deltagelse. I bykommunen ble det forsøkt stimulert via observatørene som purret på de som leverte ut brevene.

## **Deltagerne i fokusgruppeintervjuene**

I de tre gruppene til sammen var det 17 deltagere. Det var tre menn og 14 kvinner mellom 25 og 57 år med denne aldersspredningen:

20 - 29 år: 2                      40 - 49 år: 5

30 - 39 år: 5                      50 - 59 år: 5

16 bodde alene, En deltager bodde sammen med samboer og barn. En deltager var i jobb, og to var sykmeldt fra jobb i lang tid, 14 deltagere levde av uførhetstrygd eller attføringstrygd. Åtte av deltagerne hadde hatt en psykoselidelse, og ni var plaget av angst, depresjoner og personlighetsforstyrrelser. Alle hadde vært innlagt på psykiatrisk institusjon. Tre deltagere hadde ikke kontakt med psykiatrisk team eller annet psykiatrisk hjelpeapparat nå.

## **Om gjennomføring av fokusgruppene**

En semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål ble utformet, og var grunnlaget for fokusgruppeintervjuet:

- Hvilke erfaringer hadde deltagerne med å holde kontakt med familie, venner og bekjente etter at de fikk psykiske plager?
- Hadde deltagerne fått hjelp og støtte til å beholde eller utvikle venns- og kontaktnett? Hva ønsket de hjelp til for å utvikle dette?
- Hvordan ønsket de at deres liv skulle være idealt sett?

Fokusgruppeintervjuene ble foretatt på psykiatrisk dagsenter og på kulturhus. Forskeren har erfaring med gruppevirksomhet for mennesker

med psykiske problemer, med gruppevirksomhet og som moderator og observatør ved fokusgruppeintervju fra tidligere. Dette er en viktig styrke for gjennomføring av fokusgruppeintervjuene. Moderator kjente ikke informantene. Det lyktes ikke å ha samme observatør for de enkelte gruppene hver gang, så dette vekslet noe. Observatør var psykiatrisk sykepleier, kulturarbeider og en annen forsker fra hovedprosjektet. Ingen av observatørene hadde behandlingskontakt med fokusgruppedeltagerne da intervjuene ble foretatt, men de fleste deltagerne kjente observatøren. Gruppene møttes i ca 2 timer hver gang. Vi startet med å servere kaffe og gå gjennom hensikten med intervjuet, hvordan materiale skulle brukes og det ble poengtert at det var frivillig å delta og deltagerne hadde muligheten til å trekke seg. Det var som regel en liten pause midtveis i intervjuet. To av fokusgruppene møttes fire ganger grunnet at flere var forhindret en av gangene. Den siste gruppen hadde tre samlinger som planlagt. Til sammen ble 11 fokusgruppeintervjuer gjennomført vår og høst 2003.

## **Analyse**

Fokusgruppeintervjuene ble lydopptatt. Etter hvert fokusgruppeintervju ble båndet lyttet til flere ganger, lydopptaket ble transkribert av forskeren. Den transkriberte teksten ble kondensert og en foreløpig analyse foretatt, der temaer som kom opp beskrives for hvert intervju. Den foreløpige analysen og transkripsjonen ble lest gjennom og kommentert av observatørene, og medvirket til validering av resultatene. Sammendraget ble presentert for fokusgruppen ved neste samling, og samtalene fortsatte ut fra de spørsmål og temaer som hadde kommet frem i sammendraget. I den siste fokusgruppeintervju runden ble synspunktene fra gruppene samlet presentert for alle gruppene. Gruppene kommenterte de andres gruppens synspunkter og opplevelser. At gruppene kommenterte hverandres synspunkter og opplevelser øker generaliserbarheten. En kan konstatere at erfaringer og opplevelser gjaldt i alle tre gruppene styrker validiteten av funnene.

Analysen av materialet som helhet ble gjort med en metode beskrevet som kvalitativ innholdsanalyse (Denzin & Lincoln, 1998).<sup>1</sup>

Etter at alle fokusgruppeintervjuene var gjennomført og transkriberingen fullført (ca 100 sider), startet den samlede analysen etter følgende trinn inspirert av Graneheim og Lundman (2004):

1. Alle fokusgruppeintervjuer ble gjennomlest flere ganger på nytt.
2. Koder ble identifisert. Utsagn fra fokusgruppeintervjuene ble systematisert ved å samle utsagn som hørte under kodene sammen.
3. Kategorier og undrekategorier ble identifisert og gitt egne navn. Innholdet i kategoriene ble klargjort.
4. Kategoriene ble validert mot transkriberte intervju, og eksempler på utsagn var med å validere kategoriene.

Analysen fokuserte på to tolkningsnivåer, både tolkning på åpenbart innhold og på det usagte, underliggende nivå. Kategorier ble utformet og en tilstrebet at kategoriene skulle ha en intern og ekstern heterogenitet (Graneheim & Lundman, 2004).

## **Etiske overveielser**

Intervjuundersøkelsens design og etiske overveielser er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Øst (Ref. nr. 177.03025, 4.april 2003). Studien ble framlagt til diskusjon i forskningsprosjektets prosjektgruppe, der også de etiske sidene ble vurdert. Prosjektledelse og prosjekt-koordinatorer i kommunene godkjente studien. I introduksjonsbrevet til de psykiatriske teamene og foreningen Mental Helse ble hensikt, gjennomføring og etiske overveielser redegjort for.

Svarslipp for å delta i fokusgruppeintervjuet skulle sendes til prosjekt-koordinator i hver kommune. På den måten viste ikke medarbeiderne i de psykiatriske teamene hvem som hadde svart positivt på forespørselen, og et følt press til å svare positivt på forespørselen ble liten. Da forskeren fikk svarslippene fra prosjektledelsen ble hver deltager telefonisk kontaktet og

---

<sup>1</sup> Innholdsanalyse ble først brukt innen kvantitativ forskning på kommunikative prosesser: "The objective, systematic and quantitative description of the manifest content of communication" (Berelson, 1952).

tid og sted for fokusgruppeintervjuet bestemt. I starten på fokusintervjuet ble det gitt informasjon skriftlig og muntlig om hensikt, hvordan materialet vil bli brukt og retten til ikke å delta, samt retten til å avbryte intervjuet når deltagerne vil. Samtykkeerklæring ble undertegnet av deltagerne.

For mennesker med psykiske problemer kan det være en stor belastning å være med på et fokusgruppeintervju. Flere var også usikre på om de skulle delta av denne grunn. Å ha erfaring i å samtale med mennesker med psykiske problemer er vesentlig for å dempe belastningen. Det var viktig å prøve å tilstrebe en atmosfære av gjensidig respekt og forståelse under fokusgruppeintervjuene. Moderator og observatør drøftet på forhånd hvordan vi skulle kunne støtte hvis noen av informantene fikk problemer med å være tilstede i fokusgruppen eller få problemer på annet vis. Å ha med en lokal observatør som informantene kjente, dempet presset i fokusgruppeintervjuene, men det kunne også gjøre det vanskelig å komme fram med tanker da informantene kan være usikker på hvordan deres synspunkter blir oppfattet av representantene fra kommunen. Dette ble det samtalen om i innledningen til gruppene.

Full konfidensialitet for alle respondenter er en selvfølge. I presentasjon av materialet kan ingen gjenkjennes, heller ikke fra hvilken kommune den enkelte informant kommer fra. Det er ikke blitt opprettet noen form for personregister. Da fokusgruppeintervjuene var gjennomført ble de transkribert, og båndene ble slettet. Utskriftene er anonymisert. Retningslinjene i Helsinkideklarasjonen ble fulgt.

# RESULTATER

Resultatene fra analysen blir her presentert i en tabell som viser sammenhengen mellom tema, kategorier og underkategorier. Resultatene blir kommentert og eksemplifisert med utsagn fra fokusgruppedeltagerne. Utsagnene er i kursiv. I siste del av resultatpresentasjonen blir en figur som viser sammenhengen mellom kategoriene presentert.

Tabell 1: Sammenheng mellom tema, kategorier, underkategorier og koder i studie av mennesker med psykiske problemers opplevelse sosialt nettverk og dagliglivet i lokalmiljøet.

<i>Tema</i>	<i>Betingelser for å opprettholde balanse i dagliglivet</i>		
<i>Kategorier</i>	<b>Stigmatiseringens virkninger</b>	<b>Å være hel og likeverdig</b>	<i>Fagpersoners rolle</i>
<i>Underkategorier</i>	Enslighet og ensomhet Langsomhet Skamfølelse og annerledeshet Økonomien er trang	Å få ny kunnskap og erfaringer Å ha en jobb Meningsfull aktivitet på dagtid Gode familie- og venne-relasjoner Et personlig initiativ	<i>Kampen mot enkelt-behandlers holdninger</i> <i>Kunnskapsmangel om psykiske plager</i> <i>Sosialt nettverks betydning oversees av behandlingsapparatet</i> <i>Få hjelp til å komme i gang</i>
<i>Koder</i>	<i>Utenforskap</i> <i>Selvaktelsen er presset</i> <i>Ensomhet</i> <i>Å stå fram med psykiske problemer</i>	<i>Dagsenteret</i> <i>Å ha noen å stikke innom</i> <i>Vennskap og utfordringer</i> <i>Opplevelsen av interessefellesskap.</i> <i>Gjensidighet</i> <i>Møteplasser</i> <i>Aktiv dag</i>	<i>Misforstått empati</i> <i>Problemene selvforskyldt?</i> <i>Familien og venner oversees</i> <i>Må overbevise behandlere om sine plager</i>

## **Betingelser for å opprettholde balanse i dagliglivet**

Temaet som bandt kategoriene sammen avdekker en balansegang der påvirkning i form av støtte og hjelp på den ene siden, og krefter som holder en i en stigmatisert rolle på den andre siden. Deltagerne balanserte mellom en marginalisering og aktiv deltagelse i samfunnet og nærmiljøet. For deltagerne var tilfredsheten med eget liv og livskvaliteten påvirket av kontakten med andre mennesker og trivselen i nærmiljøet. Deltagerne både prøvde å forstå og motarbeide rollen som å være i grenseland, og å oppleve en selv som utenfor.

Deltagerne ønsker å prøve ut strategier og anvender strategier som har hjulpet tidligere for å komme i posisjon for et aktivt liv i samhandling med andre. En vilje til å utvikle seg gjennom å få ny kunnskap og utfordringer, er tydelig. For å få til dette må en ha stor grad av eget initiativ, et bevisst initiativ hvor ansvaret er hos en selv. Det er der en bor og virker som er arenaen for egen utvikling. I arbeidet for å holde kontroll i eget liv søker deltagerne støtte, både fra helsetjenester og fra venner og familie.

*En må ta initiativet selv, og det er verdt anstrengelsene. (Kvinne, 38 år.)*

## **Stigmatiseringens virkninger**

Kategorien var tydelig hos de fleste i fokusgruppeintervjuene. Deltagerne opplevde stigmatisering på forskjellige måter. De beskrev deres liv som ”grenseboer”, som å befinne seg i ytterkanten av samfunnet, mellom det å være forankret og ekskludert (Hummelvoll, 2004). Marginalisering har ført til deltagerne har opplevd fremmedgjøring og angst, det har blitt en mangel på tilpassing til den strømmingen samfunnet ser som mest vanlig (Dalgard et al., 1995).

## **Enslighet og ensomhet**

Med enslighet menes i denne studien at en bor alene, uten barn eller ektefelle/samboer, og heller ikke har et særboforhold.



Ensomhetsfølelse er framtrødende hos et flertall av deltagerne. Den varierte fra en altoverskyggende ensomhet til å ha kontakt med familie og venner, men allikevel ble det mange timer alene:

*Jeg hadde klart meg alene hvis jeg hadde et nettverk utenfor leiligheten. Jeg er hjemme alene, ute alene og blir flygende alene over alt. Da begynner det å bli nokså tøft etter hvert og du kjenner fryktelig på ensomheten og du kjenner deg fullstendig ensom og forlatt og isolert. Det er ganske vondt å ha det slik. Det er helt kutt både med venner og familie, jeg har ikke hatt venner siden jeg ble dårlig, nå sitter jeg uten familie og venner. (Kvinne, 38 år.)*

*Kamerater har jeg flust av, og jeg har god kontakt med familien min. Problemet er at jeg må kontakte dem. Jeg har sittet mye alene i min leilighet med katta mi. Da blir det lange dager og mye dødtid. (Mann, 38 år.)*

Uten arbeid eller andre faste gjøremål på dagtid, og uten andre i leiligheten/ huset, blir det mange timer alene i løpet av et døgn.

*En blir gående mange timer alene, selv om en kjenner mange. Alle sier de savner noen å være sammen med.” (Kvinne, 42 år.)*

Ensomheten har sammenheng med at deltagerne er enslige og at deres liv har en mangel på sammenheng og aktiviteter.

*Å gå ut på kafé alene og sitte der alene er ikke noe videre. (Kvinne, 53 år.)*

Denne ensomheten synes de fleste er tung. Den er noe de fleste informantene arbeidet med, og prøvde å både akseptere og få forandret. Noen har ikke venner, og opplever det som et stort savn.

*Jeg fjerner meg fra min egen virkelighet. (Kvinne, 36 år.)*

*Ensomheten har jeg lært meg å leve med. Det har vært mye dødtid. (Mann, 35 år.)*

*Jeg vil heller ha kreft enn å være skikkelig ensom, det har jeg vært så mye. (Kvinne, 49 år.)*

Hund eller annet husdyr er bra for å motvirke både enslighet og ensomhet. Det gir noen en plass i ens liv, det er noen som trenger en. Det gjør at en får hudkontakt med et annet liv, noe levende som gir en oppmerksomhet og nærhet. Spesielt hund gjør det også lettere å komme i kontakt med andre mennesker. De som hadde hund understreket at å gå tur med hund gav fysisk aktivitet en mening, og lettet starten på samtaler med andre en møtte.

*Hadde jeg en dårlig dag så hilste ikke jeg på, men der var hunden og jeg uenig, for den ville hilse. (Mann, 50 år.)*

En annen form for ensomhet som også ble identifisert var den eksistensielle ensomheten som hadde sitt utspring i de psykiske plagene. Dette har å gjøre med å oppleve seg alene i verden og ikke ha andre å lene seg mot. En tomhetsfølelse som gjorde samvær med andre mennesker vanskelig og gjorde at en trakk seg tilbake fra menneskelig kontakt. Dette påvirket også gjensidigheten i kontakten med andre.

## **Langsomhet, skamfølelse og annerledeshet**

Ensligheten gjør at det kommer en form for langsomhet inn i livet. For å få tiden til å gå, og for å dra ut aktiviteter og samværsmuligheter, prøver en å gjøre ting i en langsom takt og fordele gjøremål slik at en kan skrive noe inn i almanakken. Livet oppleves langsomt og til tider med lite mening.

*Du lærer på en måte å være passiv og resignert. (Kvinne, 36 år.)*

Ensomhetsfølelsen henger sammen med en følelse av utenforskap. Uten aktiv samfunnsdeltagelse, som de fleste mente besto i å ha et arbeid eller å jobbe i en organisasjon, var en utenfor det vanlige liv. Utenforskapsfølelsen hang også sammen med begrensede økonomiske ressurser.

*Det har med verdigrunnlag å gjøre, jeg føler meg noe verdt. (Kvinne, 43 år.)*

Selvaktelsen har stor betydning for valg av aktiviteter. Å våge å ta kontakt eller prøve aktiviteter som er nye, er en stor utfordring for selvaktelsen. Mange av informantene hadde ønske om å komme i gang med aktiviteter. Men for liten tiltro til å stå fram som menneske og til egne muligheter, og tiltro til at andre skal ha nytte av og lyst til å være sammen med dem, gjør at det er bedre å være i de vante omgivelsene selv om det av mange

oppleves passivt. Det oppleves for vanskelig å prøve på noe uten andre ved sin side.

Informantene er nøye med hvem de snakker med om hva, og de er våre i kontaktforhold. De gransker menneskene når de møter andre for å avklare om de blir sett på som annerledes.

*Ellers så har en kjempebehov for å forklare og unnskyldde de plagene og problemene som en har. (Kvinne, 53 år.)*

Å oppleve respekt og imøtekommenhet er vesentlig for å føle trygghet i samvær med andre kan gi grobunn for et mer aktivt liv.

*Jeg føler at jeg ikke blir møtt med respekt i familien min. Mine meninger og interesser tilskrives at jeg er syk. Jeg får ikke ha normale svingninger og følelser. (Kvinne, 32 år.)*

Å kunne bygge på ressursene gir en økt selvaktelse som fremmer selvstendighet.

*Å få tak i og utvikle de sidene hos seg som er friske og normale, og ha relasjoner til andre mennesker, gjør at en føler seg som et helere menneske og en unngår avhengighetsforhold og andre negative ting. (Kvinne, 32 år.)*

Skamfølelse for sin annerledeshet er noe flere sliter med. Det fører til tilbaketrekning, og en negativ spiral oppstår. I behandlingen av mennesker med psykiske problemer blir skamfølelsen sjelden tatt opp til drøfting av behandlerne. Skamfølelsen gjør at informantene lukker seg inne, de står ikke fram som den de er. Skamfølelsen har med selvfølelsen å gjøre, mener flere.

*Du føler deg annerledes, du har skam, og denne skamfølelsen synes jeg ikke blir tatt tilstrekkelig hensyn til for den er enorm. Den gjør at du får problemer med det sosiale, du får lyst til å gjemme deg vekk fra det normale livet for du blir så veldig sett da. (Kvinne, 36 år.)*

Opplevelsen av annerledeshet har nær sammenheng med de andre faktorer som kom fram: At en ikke er etterspurt eller savnet, er uten jobb eller ikke er engasjert i annen samfunnsnyttig virksomhet, marginalt med inntekter, og at vesentlig kontakt med andre skjer via profesjonelle hjelpere. Stigmatiseringen oppleves som at en ikke blir tatt på alvor, og sammen

med egen skamfølelse forsterkes følelsen av å være lite verdt og satt utenfor. Dette forsterker opplevelsen av marginalisering for deltagerne. Den opplevde fremmedgjøringen gjør terskelen for deltagelse i det vanlige sosiale livet større.

*Jeg merker det veldig godt på andre mennesker at de er redd for at jeg skal begynne å snakke om problemene mine, og folk forstår ikke hvorfor jeg skal bygge hus og få til et liv. De mener at jeg burde være fornøyd med å få eksistere siden jeg er syk. (Kvinne, 32 år.)*

Å bli oppfattet som farlig er vondt fordi det ikke harmonerer med bildet personen har av seg selv.

*Jeg synes det er vondt hvis folk tror jeg er farlig, jeg går gjennom boligområdet og de tror jeg er farlig, det synes jeg er vondt. For det er jeg ikke i det hele tatt. (Kvinne, 49 år.)*

Det oppleves at mennesker har lav toleranseterskel. Har en psykiske problemer så kan en ikke gjøre mye eller si mye som går utenfor "mainstream" før det blir tolket negativt. En må passe seg mer enn vanlig folk for å gjøre eller si noe som kan oppfattes som spesielt som kan befeste annerledesheten, syntes informantene, mens de oppfatter seg selv bare som vanlige mennesker. Dette er en beskrivelse av mennesker som grenseboere, der deres forskjellighet blir forsterket og poengtert. Grensesamfunn er steder der menneskene blir sett på som annerledes og mangelfulle, deltagerne antas å ha stabile identiteter med visse felles kjennetegn (Hummelvoll, 2004).

*Det skal så lite til av oppførsel før folk reagerer, sammenlignet med de andre friske. (Kvinne, 49 år.)*

*Du må ikke bare jobbe med de psykiske plagene, men samtidig være ekstra påpasselig i forhold til andre, de andre trenger ikke være så påpasselige. (Mann, 40 år.)*

Enkelte har kommet i en negativ offerrollespiral, flere føler å ha liten innflytelse på egne muligheter grunnet begrensninger som mangel på jobb, penger og aktiviteter gir. Det er en bitterhet over samfunnet og hjelpeapparatet som kommer tydelig fram.

## Økonomien er trang

Pengeproblemer går utover kontakten med personene en har i sitt nettverk både i forhold til familie og venner. Mange av informantene synes det er vanskelig å ikke ha råd til å ha middagsbesøk, gaver i bursdager eller kafébesøk. Dette hemmer dem i deres kontakt med familie og venner, og bekrefter synet på seg selv som annerledes. Det begrenset manges aktiviteter og utprøving av nye.

*Å si til ei venninne du ikke har sett på lenge at jeg ikke har råd til å være med på kafé, eller ikke har råd til buss til nabobyen for å besøke venn, eller ikke råd til å servere noe ordentlig når noen kommer, gjør at du mister det livet du engang hadde. (Kvinne, 32 år.)*

*En trenger å være sammen med andre mennesker. Men alt styres av økonomi. (Kvinne, 36 år.)*

Svært mange av informantene vektla mangel på penger som årsak til utenforskap. Å ha for lite penger til aktiviteter en setter pris på, gjør terskelen høy for å starte med nye aktiviteter eller gå inn i foreninger. Deltagerne syntes også at de ikke hadde råd til å fortsette med aktiviteter de tidligere hadde drev med. Kurs i regi av for eksempel Friundervisning ble nærmest uopnåelig grunnet for høye avgifter. Kursavgift og andre kostnader er for høye til at mennesker med uførepensjon eller rehabiliteringsstønning synes de kan prioritere det. Samfunnet er preget av et økt forbruk. Det virker som penger og økonomi har blitt styrende for valg av aktiviteter og hvilke grupper en vil tilhøre.

*Hadde jeg hatt penger hadde jeg vært berget rett og slett. Fordi jeg har lite penger, får jeg ikke vært med eller truffet de menneskene jeg ønsker. (Kvinne, 35 år.)*

Det var informantene som bodde i by som i størst grad hadde bekymringer med økonomien. Det var også få med egen bil i bykommunen, noe de fleste i landkommunen hadde.

## Å stå fram som menneske med psykiske problemer

Å stå fram med sine psykiske problemer ble opplevd som vanskelig. En kan heller ikke trekke tilbake det som har kommet fram. Et flertall hadde opplevd å bli sett ned på eller blitt oversett grunnet opphold på psykiatrisk

institusjon. Avvisningsopplevelser gjør dem forsiktige med å prøve å etablere kontakter.

*Det er mye avvisningsopplevelser, sårbart og lite samtale når en er psykiatrisk pasient, så det er oftest lurt å være stille. (Kvinne, 43 år.)*

Man må være bevist på hva man gjør hvis en forteller om sine psykiske plager. Men det kan også virke frigjørende. Informantene savner medmenneskelighet og forståelse både fra helsevesenet og menigmann. De tror at mangel på kunnskap kan være en årsak til dette.

*Det kan være fint å stå fram, en vokser på det. Jeg presiserte at jeg snakket på vegne av flere. Jeg fikk fin respons, folk på gata tok meg i handa og takket. Det var tøft å gjøre det, men jeg fikk bra respons. (Kvinne, 47 år.)*

Andre deltagere hadde erfaringer i motsatt retning der fremmedgjøring var mer tydelig. En strategi var å holde seg i ytterkanten og gjøre seg lite synlig:

*De går og skuler på en når de vet om dine problemer. (Kvinne, 32 år.)*

*Dessverre er en ofte utsatt når en er psykiatrisk pasient. Lite samtaler ofte. Det er mye avvisningsopplevelser og sårbart så det er oftest lurt å være stille. Når jeg har tatt kontakt, så må folk tenke om hun sier noe vettugt nå, så jeg lar de andre begynne, så jeg slipper det. (Kvinne, 43 år.)*

## **Å være hel og likeverdig**

Kategorien ble framstilt av alle som noe av det viktigste for å ha et bra liv. Beskrivelsen av å være hel og likeverdig hadde sammenheng med samhandling med andre mennesker og å ha meningsfulle gjøremål på regelmessig basis. Å være hel og likeverdig har å gjøre med relasjoner til andre og å ha meningsfulle aktiviteter på dagtid. Det viktigste målet for deltagerne er å komme i en jobb igjen. Arbeid gir bekreftelse på at en er aktiv samfunnsborger, det gir inntekter slik at en kan kjenne at en har tilnærmedesvis samme muligheter som andre mennesker det er naturlig å sammenligne seg med.

## Å få ny kunnskap og erfaring

For å utvikle sine kunnskaper og ferdigheter vil deltagerne delta i kurs eller studieringer der en blir utfordret teoretisk. Det er også ønske om praktisk orienterte kurs der en bruker sine hender, og hvor en ikke trenger å være så konsentrert. Den sosiale funksjonen disse møteplassene kan ha for kursdeltagerne, vektlegges i stor grad.

*Jeg vil ha noe å bryne hjernen min på, en diskusjonsgruppe, kanskje ha et formål med det en gjør, og så kunne vi finne på noe etterpå, kost oss litt og ha det litt gøy eller gå på kafé. (Kvinne, 47 år.)*

*På kurs kan du lære å mestre noe og det er positivt for tilværelsen i det hele tatt. Mange fordeler med å gå på kurs. Jeg ønsker å gå flere kurs. (Mann, 40 år.)*

Det er viktig å føle seg nyttig. Å lære seg noe, mestre noe og være sammen med andre på likefot, gir økt selvspekt.

*Men det å gå ut på kurs her i byen tør jeg ikke, det er et annet miljø, så det tør jeg ikke. (Kvinne, 53 år.)*

*En trenger hjelp til å komme fram til hva en egentlig vil. (Kvinne, 32 år.)*

## Å ha en jobb – meningsfull aktivitet på dagtid

Å ha noe å gå til på dagtid er viktig. Å ha et arbeid er et stort ønske for deltagerne. En viktig forutsetning for å være en aktiv deltager i samfunnet er å ha en jobb. Informantene ønsker å være vanlig samfunnsdeltagere, de ønsker å bli tatt på alvor og få vise at de har ressurser. Det viktigste er å bety noe for noen. At en blir regnet med og kan være til nytte og behøves for noen eller til noe. Da kan en kjenne seg som en deltager i fellesskapet.

*Jeg har ikke bruk for psykolog. Jeg har bruk for å være sammen med folk, og gjøre ting og føle at jeg er til nytte. (Kvinne, 32 år.)*

Flere tilrettelagte arbeidsplasser ønskes av deltagerne, men ikke sammen med psykisk utviklingshemmede. De oppleves som så annerledes fra dem selv at det føles nedverdiggende å bli satt i samme bås. Dette kan ha sammenheng med deres grenseboerstatus (jf. Hummelvoll 2004). Dette kan forstås som ønsket og kampen om å komme bort fra en marginalisert

tilværelse til å bli oppfattet som en vanlig deltager i lokalsamfunnet. Grenseboere vil ha en annen posisjon.

De som var aktivt deltagende i en forening, dagsenter eller hadde arbeid, gav uttrykk av å ha meningsfull tilværelse og opplevde ensomhet i mindre grad. Å delta i foreninger eller lignende gir et frirom for de få informantene som er med. Det gir en pause hvor ens egne bekymringer blir skjøvet i bakgrunnen. ”*Vi trenger pusterom*” (Kvinne, 36 år.) En aktiv deltagelse i et kirkesamfunn er for enkelte viktig for følelsen av identitet og tilhørighet, og engasjement. Der blir en spurt etter og sett som menneske, og noen kan oppleve fellesskapsfølelse.

*Det oppleves som et varmt og nært fellesskap.* (Kvinne, 48 år.)

Nye venner og bekjente er det lettest å finne der en møter andre med samme interesser. Å gjøre noe sammen er lettere enn bare snakke. Interesser er inngangsporten til aktiviteter og bekjenskaper. Felles interesser skaper gjensidighet.

*Du må finne ting du liker å gjøre, prøve ut ting.* (Kvinne, 47 år.)

Kulturkontoret i den ene kommunen synes å fungere som en brobygger mellom ordinære kulturaktiviteter og mer tilrettelagte aktiviteter for denne gruppen. Brukerne synes det er vanskelig å finne ut hva slags aktiviteter en liker og passer til, og finne miljøer der en føler seg hjemme. Derfor ønsker brukerne å prøve ulike aktiviteter. Deltagerne ønsker at både spesielt tilrettelagte tilbud og andre åpne muligheter i lokalsamfunnet, bør ha god bredde i tilbud siden ønskene om aktivitetsformer er like forskjellig som i resten av befolkningen. I kommunene som informantene bor, er det et bredt spekter i tilbudet av foreninger og kurs som kan benyttes. Det er viktig å være sammen med andre uten psykiske problemer.

Foreningen Mental Helse er en ressurs for de personene som er med: et sted å virke og være etterspurt. Det er et sted der erfaringene som bruker av psykisk helsetjenester blir verdsatt, og det er lett å forstå hverandre fordi alle har erfaring med psykiske problemer. Å bli møtt med varme og tro på at en har noe å bidra med, og være sammen med andre med lik erfaring, øker selvaktelsen. Her kan en få det mot som skal til for å møte nye utfordringer igjen.



*Desto mer jeg gjør, desto mer energi får jeg. Jeg har fått et nytt liv gjennom Mental Helse rett og slett. (Kvinne, 53 år.)*

Dagsentrene har en sentral rolle for enkelte. Der treffer en andre mennesker som har lignende problemer som en selv. I samvær med andre med psykiske problemer kan en slappe noe mer av; da behøver en ikke å forstille seg eller forklare hvorfor. Det oppleves som trygt.

*Dagsenteret er et bra sted i stedet for å sitte hjemme og vente på hjemmesykepleien. Det er ikke moro å drive rundt eller sitte på kafé alene. Det er beskyttet her, håper jeg blir mer kjent her. (Kvinne, 48 år.)*

Mens andre har vansker med å komme seg inn i miljøet.

*Jeg føler ikke tilhørighet når jeg går dit. (Kvinne, 32 år.)*

Fokusgruppedeltagerne ønsker at dagsenteret skal ha en mer aktiv rolle. De har som mål å komme mer i aktivitet og helst ut i arbeidslivet, og har tro på at et aktivt dagsenter kan hjelpe dem på veien. Men dagsentrene oppleves for passivt. Det blir ikke reelle møteplasser slik de nå er organisert. En har for lite å foreta seg der, og den enkelte får for lite ansvar. Informantene etterspør større brukerstyring og at det burde vært stilt noe krav til brukerne.

*Det skjer ingenting der, utenom turer og grillaftener og lignende. Det er bare kaffedriking og tullprat, lite meningsfullt. (Kvinne, 53 år.)*

*Dagsenteret blir for passivt, der bare sitter en å drikke kaffe. (Mann, 43 år.)*

*Når vi først er på dagsenteret og sitter sammen så kunne vi snakke om bedre ting som utviklet det vi kan. (Kvinne, 49 år.)*

## **Gode familie- og vennerelasjoner**

Familie og god familiekontakt er vesentlig for å ha det bra. Familien og familiebandene er viktig for informantene. Familien har mindre krav, og siden familien har en lang felles historie, både med og uten psykiske problemer, er som regel forståelsen av den som har psykiske problemer annerledes enn hos venner og bekjente. Men familien kan bli utslitt og føle seg oppbrukt i forhold til mennesket med psykiske problemer. For

intervjusubjektene som hadde familie som stilte opp, hadde dette vært en styrke og gitt håp om en framtid utenfor institusjon. Familien gjør at en blir regnet med, selv om man ikke møtes så ofte.

*Det betyr mye nå å være med familien. Det er ikke noe imellom og de stiller en ikke til regnskap. (Kvinne, 43 år.)*

Noen var uten familiekontakt. Dette var et stort savn.

*Jeg har ikke hatt kontakt med familie eller slektninger eller noen. Det er tøft. (Kvinne, 53 år.)*

*Det viktigste for meg er å få opprettet kontakt med far min igjen, han savner jeg, og ny kontakt med far er 1. prioritet. (Kvinne, 36 år.)*

Andre savnet støtte og forståelse for psykiske plager av familien. Omtrent halvdelen av informantene hadde konfliktfylte forhold til familien. Konflikter med familie påvirker muligheten til tilfredsstillende liv for informantene.

*Da jeg snakket om problemene mine med familien, så snudde de seg bort og snakket om andre ting. Må slutte å snakke om det, sa de, og ville ikke snakke. Det ble ikke godtatt at jeg søkte hjelp. (Kvinne, 36 år.)*

Å ha egne barn gav mening i livet for foreldrene, en ekstra dimensjon som informantene uten barn ikke hadde tilgang til. Det å ha kontakt med søskens barn var ekstra viktig for dem som ikke selv hadde barn. Dette kompenserte noe for savnet av egne barn. Familien representerer varige bånd som gir mening i fortid, nåtid og framtid. Det er et bestående bånd som gir egen identitet. Familie og slekt er den delen av det sosiale nettverket som er mest bestående, men det kan trenge støtte på flere plan - både praktisk, følelsesmessig og kunnskapsmessig. Denne støtten bør hjelpeapparatet være med å gi ved å være interessert og aktiv, og vise at familien blir sett på som viktige samarbeidspartnere og tatt på alvor.

*Familien min er viktig for vi stiller opp for hverandre, med kamerater er det annerledes. (Mann, 38 år.)*

*Å stille krav og trygghet er nøkkelordene med familien. (Mann, 50 år.)*

Å være med i en vennegjeng er livgivende, mener informantene. Men oftest blir kontakten med venner og kollegaer svekket, i det minste i

dårlige perioder når en plages av psykiske problemer. Å miste kontakten med venner og bekjente er en alvorlig tilleggsbelastning for mennesker med psykiske problemer. Informantene opplever at venner sjelden tar kontakt. Det er slitsomt å være den som hele tiden tar kontakten. Her savner deltagerne gjensidighet.

*Kamerater har jeg. Problemet er at jeg må kontakte dem hvis jeg vil ha noe med dem å gjøre.* (Mann, 38 år.)

*Det er ikke greit med enveiskommunikasjon. Jeg synes de kan komme til meg, eller ta en telefon og høre om jeg er hjemme. Det bør gå begge veier.* (Kvinne, 47 år.)

Noen har hatt negative erfaringer med venns­kaps­relasjoner, og har blitt svært tilbakeholdne etter dette. De hadde drøftet problemer og utfordringer med venner, og fått vite at flere andre hadde fått referert deres samtale. Å holde avstand er da tryggest. De setter på seg en maske. Gjensidighet savnes i vennerelasjoner av flere, da spesielt å kunne snakke om egne vanskeligheter. Andre opplevde at venner kom og drøftet psykiske problemer med dem: ”*Det er fint de kommer, for da tror de at jeg har noe å bidra med, og det har jeg også.*” (Mann, 35 år.) Slike bidrag styrker selvaktelsen. Kvinnene som har en nær venninne, beskriver dette som vesentlig for et tilfredsstillende liv. De kan være god støtte i vanskelige faser: ”*Jeg har et par gode venninner som hjalp meg utrolig mye slik at jeg slapp å bli innlagt.*” (Kvinne, 57 år.)

Nabokontakt er varierende. De som bor i landkommunen har noe bedre nabokontakt, men generelt er det lite kontakt, og de fleste informantene ønsker mer kontakt med naboene. Deltagerne som hadde god nabokontakt, ser dette som en buffer i det daglige livet nettopp med at noen stikker innom for en liten prat. Enkelte ønsker en avstand til naboene, siden for tett omgang kan føre med seg en nærhet de ikke ønsket der de bor.

Å ha noen å stikke innom var et ønske fra et stort flertall av fokusgruppedeltagerne. De savnet det uforpliktende i å ha noen å gå på korte besøk til, og at også noen kom innom dem for lignende besøk. Det kunne være kun for en kopp kaffe eller se på et TV-program sammen. Det kan se ut som om det er det samme dagligdagse samværet som man

opplever når man bor sammen med en andre, som de lengter etter. Men de ønsker også frihet til å trekke seg tilbake når en har behov for det. Mennesker med psykiske problemer kan ha vanskeligheter med å ha tett tilknytning til andre mennesker. Informantene savner noen å være sammen med, med lignende interesser og på egen alder å identifisere seg med. Det kan gi mer varige bånd.

*Hvis du møter mennesker som du identifiserer deg med så er det mye større sjanser for at det blir et varig nettverk for deg. (Kvinne, 53 år.)*

Å ta vare på hverandre og støtte hverandre i miljøene der en er med, har stor betydning og etterspørres av fokusgruppedeltagerne. Deltagerne synes at folk generelt har det for travelt.

*Du kan ikke bare dukke opp uten avtale, du må ringe og høre om det passer. Det kunne en før, bare stikke innom, nå skal alt være så høytidelig. (Kvinne, 36 år.)*

*Jeg skulle hatt noen som kom innom, bare for en kaffekopp eller lignende. En å sitte sammen med, se litt på tv med. Det blir for stille hjemme. (Kvinne, 48 år.)*

Godt naboforhold kan være livgivende, å ha en nabo som en er mye sammen med, kan fjerne ensomhet og gjøre enslighet lettere å leve med.

*Å bli spurt etter er gull verdt. Jeg har noen venner som ringer når det har gått en stund og sier at jeg skal komme. Det er det ikke mange som gjør. (Kvinne, 43 år.)*

Et godt liv beskrives som å være til (nytte) for noen og være færre timer alene. Å utvikle vennskap gjennom aktivitet med andre mennesker med samme interesse eller gjennom gjensidighet på andre måter.

*Jeg har bruk for å være sammen med folk, å gjøre ting og føle at jeg er til nytte. (Kvinne, 36 år.)*

## **Et personlig initiativ**

*Det er hardt arbeid å gjenopprette kontakten med familie og venner. (Kvinne, 45 år.)*

Et flertall hadde opplevd store kløfter i kontakten med familie og venner ved innleggelse på psykiatrisk sykehus. De vet at for å komme i kontakt med andre mennesker må man være aktiv selv. Men denne aktiviteten er det vanskelig å få til å egen hånd.

*Den eneste måte å treffe andre folk på, er å komme seg ut, ikke bare gå på dagsenteret, men gjøre noe, være med i kor, korps eller andre foreninger, men det tar mye tid. Det skjer i hvert fall ikke noe hvis en sitter hjemme foran tv. (Kvinne, 47 år.)*

*De må være innstilt på å prate med deg hvis det skal gå. Jeg har ikke vært flink til å ta kontakt selv. Det blir et ork når en har psykiske problemer. (Kvinne, 32 år.)*

Men å være kontaktsøkende og aktiv deltagende er å vise seg fram, og da velger mange den trygge veien – å bli sittende hjemme. Usikkerheten om hva en kan møte når en eksponerer seg ved aktiv deltagelse, er stor for flere.

*En har lettest for å velge det tryggeste, å bli sittende hjemme, men det fører jo ingen steder hen. (Mann, 35 år.)*

*Det har vært lite av venner og familie siden jeg ikke har møtt opp. (Mann, 46 år.)*

”Jo mer jeg gjør, jo mer orker jeg.” (Kvinne, 53 år.) Det er sterke ønsker om å få i gang positive spiraleffekter. Alle er enig om at ingen blir bedre av å sitte passiv hjemme. Det gjelder å presse seg skal en komme ut av hjemmet og møte andre mennesker.

*Jeg ble oppfordret av hjelpeapparatet, så kom jeg i gang. (Kvinne, 47 år.)*

Men man må også ha krefter til å sette i gang med aktiviteter. Det er når man ikke orker å ha kontakt man trenger det mest. Her kan integreringsdesintegreringsspiralen spinne nedover eller oppover.

*Du har det mye bedre etterpå hvis en presses litt. Jeg har aldri blitt friskere av å sitte, å sove eller dulle med meg selv. (Kvinne, 48 år.)*

Å ha noen som drar informantene ut, er av stor betydning. Å være ventet og etterspurt er vesentlig. Selvhjelpsgrupper ønskes igangsatt, spesielt grupper som arbeider med mestring.

## Fagpersoners rolle

Kategorien viste en ambivalens til fagpersoner. Deltagerne synes de hadde hatt god hjelp av helsetjenesten og andre som de samarbeidet med. Men mangel på tid for den enkelte gjorde det vanskelig å få til et godt samarbeidsklima. Dette dreier seg om både mangel på tilstrekkelig tid for enkeltsamtaler og for kort tid i behandlingssituasjoner. Spesielt mente deltagerne at de fikk for liten tid på psykiatriske døgninstitusjoner da de hadde opphold på slike. Kategorien beskriver et avhengighetsforhold til behandlingsapparatet, samtidig som deltagerne opplever mangler og skuffelser i dette møtet. Mennesker er sårbare i behandlingssituasjoner, og både psykiske problemer og avhengighet til behandlere gjør at mennesker er sensitive for holdninger og handlinger som de møter.

## Kampen mot enkeltbehandlers holdninger

Å være for talefør eller for ressurssterk er en ulempe i møte med behandlingsapparatet. Det er da vanskeligere å få forståelse for at man har psykiske problemer og få hjelp, og en blir ikke oppfattet som å ha store problemer hvis en snakker lett. Det kan oppfattes som at ens ressurser blir brukt mot en. En må vise at en er syk eller har problemer.

*Jeg prøver å legge meg på et lavere nivå for ikke å skremme vettet av de man snakker med, jeg er lei av å gjøre meg dum for å få hjelp.*  
(Kvinne, 36 år.)

*Er du deprimert må du vise det med hele kroppsspråket. Det er vanskelig å bli tatt på alvor.* (Kvinne, 49 år.)

De av informantene som beskrev dette, mente at det var spesielt individualterapeuter, slik som psykologer og psykiatere som møtte dem på denne måten. Å bli behandlet som en diagnose er nedverdiggende. Informantene vil at de som behandler dem skal behandle dem som individuelle personer og ikke som en diagnose. Informantene snakker om prestisjen i behandlingsapparatet som gjør samarbeidet vanskeligere. Dette er holdninger som preger et biologisk behandlingsgrunnsyn, der behandler og bruker ikke blir sett på som likeverdige. Dette behandlingssynet preger ofte institusjonens virksomhet.

Empati mangler i deler av behandlingsapparatet, mente enkelte. De opplever at de blir møtt med en falsk, tillært empati. Deltagerne mener de gjennomskuer raskt denne påtatte medfølelse som ikke har noe med empati å gjøre. Denne falske medfølelsen oppleves nedverdiggende. I stedet for den ønsker deltagerne en nøytral holdning. Skal empati oppleves genuint, må den empatiske følelsen hos behandleren være en ektefølt opplevelse.

## **Kunnskapsmangel om psykiske plager**

Det er stor mangel på kunnskap om psykiske lidelser, mener deltagerne. Det burde vært mer informasjon til familie, venner og vanlig publikum slik at lidelsen ikke opplevdes så fremmed på andre. Familiene behøver støtte både emosjonelt og med konkrete råd og veiledning, slik at best mulig fellesskap til den som har psykiske problemer kan bibeholdes.

*Nettverket kan bli oppbrukt, og viktigste grunnen til at de kan bli oppbrukt har med kunnskapsmangel å gjøre, med hva slags sykdom det er egentlig. (Kvinne, 53 år.)*

Enkelte ble underforstått møtt med at psykiske lidelser er selvforskyldt. En har følelsen av å ikke bli tatt på alvor. Samtidig oppleves det at fagfolk er lite interessert i den kunnskapen mennesker med psykiske problemer har. Informantene etterlyser innhenting av erfaringsbasert kunnskap fra brukerne.

Flere opplever at familie og venner benekter plagene og ikke vil snakke om psykiske problemer. Dette kan skyldes både mangel på kunnskap og underliggende fordommer i forhold til psykiske lidelser.

*Møter du noen bekjente, så har en følelsen av at de går og skuler på en p.g.a. manglende kunnskap, tror jeg. (Kvinne, 53 år.)*

## **Sosialt nettverks betydning oversees av behandlingsapparatet**

Sosialt nettverk og relasjoner, både i forhold til familie og venner, og nettverksutvidelse har ikke blitt tatt opp eller viet særlig oppmerksomhet i behandlingsapparatet. Enkelte deltagere forteller om avvisning fra

behandlingsapparatet når de vil jobbe med utvidelse av eget nettverk, fordi det er noe man må gjøre på egenhånd. Det er på de psykiatriske institusjonene at deltagerne har opplevd at deres sosiale nettverk i størst grad ble oversett. Det ble snakket lite om muligheter for deltagelse i foreningsliv, som for eksempel Mental Helse. Et flertall av informantene opplevde at det profesjonelle hjelpeapparatet ikke var oppmerksom på den betydningen familien og slekten har i ens liv.

*Vi får ikke gjort noe med familien din, vi kan ikke skaffe deg venner, det er ditt ansvar, det er tøff melding å få. (Kvinne, 39 år.)*

*Det eneste jeg fikk beskjed om var å bryte kontakten med moren min, det rådet fikk jeg. (Kvinne, 53 år.)*

*Det er viktig med familie, i hvert fall litt familie...Hjelpeapparatet må vite om hvor viktig familien er. (Kvinne, 49 år.)*

*Det ble ikke snakket om venner eller fokusert på nære relasjoner til andre mennesker på institusjonen. (Kvinne, 32 år.)*

## **Få hjelp til å komme i gang**

Informantene vil ha hjelp til å komme i gang med og bli introdusert i lag og foreninger eller andre interessegrupper. De vil gå kurs, både tilrettelagte for denne spesielle gruppen og vanlig kurs i regi av for eksempel voksenopplæringsforeninger. Mange av deltagerne ber om at en de kjenner er med dem de første gangene, flere ønsket hjelp med transport til og fra kurs eller annen aktivitet. Men det viktigste for deltagerne var å få økonomisk hjelp til å dekke utgifter forbundet med aktivitetene slik at deres lave inntekter ikke skulle forhindre dem i å kunne delta. Det var flere som nevnte praktiske problemer som transport til aktiviteter, busser som ikke gikk på kvelden, mørkredsel, utstyr som kreves og lignende. De fleste av disse problemene kan løses med å kjøpe tjenester, men her setter pengemangel inn igjen. Disse praktiske problemene kan lett overvinnes med noe kreativitet, og det er flere instanser som kan tre støttende til, for eksempel har frivillighetssentralen og kulturkontoret muligheter som er uutnyttet, og støttekontakt kan bli brukt på en mer praktisk måte.



Informantene ønsker praktisk støtte for å utvide aktivitetsmulighetene og få en bedret kontakt med eget nettverk. Støttekontakt kan være en ressurs for å komme seg ut. Deltagere hadde gode erfaring med støttekontakt, men erfaringen viste også at støttekontakt kan bli passivt, og for få timer i løpet av en uke sammen med støttekontakten kan gjøre at det ikke blir meningsfullt for brukeren.

*Jeg ville hatt støttekontakt for å komme i kontakt med andre og komme meg mer ut, komme i gang i foreninger eller klubber eller bare på biltur. Hjemmesykepleieren ser jeg litt hver uke, men hun drar ikke inn andre. (Kvinne, 53 år.)*

Enkelte informanter hadde ideer som vil kunne være til hjelp for et mer sosialt liv for flere:

*Jeg vet det er mange som sitter alene, så jeg har vurdert å skrive en lapp nedi gangen og bedt andre i blokka inn på kaffe, eller ta opp med styret om vi alle kunne bruke fellesrommet i blokka en kveld i måneden. (Kvinne, 53 år.)*

Det var et sterkt ønske om hjelp til å opprettholde kontakten med familien og venner når man har problemer med dette selv. Men det var vanskelig å få hjelp til det. Venner som tenker praktisk, og tar informantene ut på vanlige ting som for eksempel bærtur, er en støtte til egenaktivitet.

*De skjønner ikke hvordan det er å være alene, det er greit at de er utdannet, men de har ikke prøvd det selv. (Kvinne, 36 år.)*

Deltagerne syntes at arbeidsformidlingen var liten til hjelp. De var for tradisjonelle og langsomme. Ingen av informantene hadde fått arbeid gjennom arbeidsformidlingen.

Informantene sier det er for brå overganger mellom det å være på en psykiatrisk institusjon og i hjemmemiljø. Overgangen må mykes opp, og forskjellen i synet på hva som er viktig for brukeren, bør bli mindre. På psykiatriske institusjoner er man bare interessert i sykdom og forholder seg lite til livet utenfor institusjonen. Når man er i lokalsamfunnet igjen så blir brukeren alene og må ta eget ansvar for hele livet.

Det var få som nevnte nettverksintervensjoner spesifikt. To informanter hadde gode erfaringer med å følge ”Et selvstendig liv”-kurs. Det gav en fellesskapsfølelse, og støtte til å ta kontakt med andre.

*Det er fornuftig kurs for kurset ser ikke på sykdom i det hele tatt, bare på mestring. (Mann, 40 år.)*

”Et selvstendig liv”-kurs er innrettet på mestring. Kurset kan møte det flere etterlyser, nemlig trening og støtte i kunsten å komme i kontakt med andre og kunne ha vanlige samtaler med andre mennesker. Det vil kunne dempe utrygghet i sosiale situasjoner.

En informant hadde positiv erfaring med nettverksmøte, og bruk av nettverkskart i forkant av dette:

*Da fikk jeg involvert venner og familie, og det er ganske viktig, den følelsen at noen stiller opp for deg, at noen vil at du skal få ting til lissom, det er det viktig å få lov til å føle. (Kvinne, 32 år.)*

Dette styrket framtidshåp og tro på at et selvstendig liv skal lykkes. Å få avklart hvem som kan være til støtte med de ulike forhold som et liv i egen bolig krever, er vesentlig for forutsigbarhet og trygghet i hverdagen.

## **En modell for kategoriens indre sammenheng**

Informantenes fortellinger og diskusjoner viser at kategoriene påvirker hverandre, og må sees i sammenheng. En spiral uten bunn og topp er en figur som beskriver dette bra. I integrering–desintegreringsspiralen er den nederst delen av spiralen preget av passivitet og ensomhet. Den øverste delen av spiralen er preget av et liv i aktivitet. Deltagerne beveger seg opp og ned på spiralen etter hvilke krefter som påvirker sterkest. Spiralen blir videre jo lengre opp en kommer. Dette viser at deltagerne får flere muligheter de kan anvende. Delmålene oppover spiralen viser seg i aktivitet og kontakten med andre.

### **Integrering–desintegreringsspiralen:**

#### **De oppadstigende kreftene er identifisert til:**

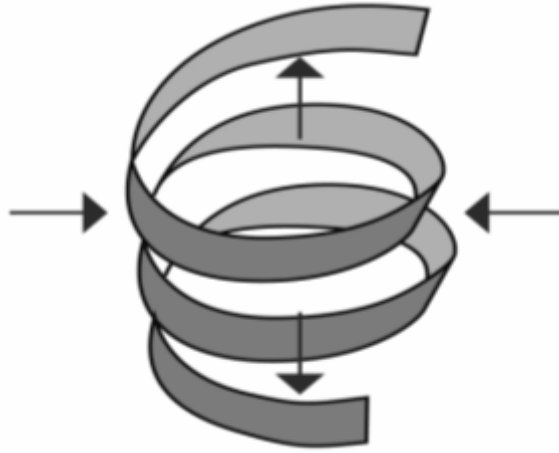
- et arbeid.
- et aktivt liv i foreninger eller dagsenter.

- opplevelsen av å utfordre og/eller overskride egne grenser.
- å mestre nye ferdigheter eller få ny kunnskap.
- støtte og hjelp til å komme i gang med (nye) aktiviteter og samvær med andre.
- god og støttende kontakt med familie og gjensidige vennskap hvor kontakten er tilstrekkelig hyppig.
- en trygg og trivelig bolig.

**Krefter som presser nedover i spiralen er identifisert til:**

- Negative følelser som ikke blir bearbeidet i tilstrekkelig grad slik som skamfølelse, lav selvaktelse, annerledeshet og utenforskap.
- Passivitet, ensomhet og langsomhet.
- Mangel på sammenheng og struktur i hverdagen.
- Liten eller konfliktfylt kontakt med den nærmeste familie.
- For lave inntekter i forhold til bo- og levekostnader.
- Manglende mot og støtte for å utvide aktivitetsrepertoaret og kontaktmuligheter.
- Passive møteplasser med lite gjensidighet.

Deltagerne var ulike steder i spiralen. De av deltagerne som var i jobb eller betydelig engasjert i foreningsarbeid, var i øvre del av spiralen. Enkelte hadde en spiralbevegelse nedover. Bevisstheten om å få en spiralbevegelse oppover, var sterk hos informantene. Og ønskemålet var aktivt felleskap med andre mennesker, der det faste daglige som et arbeid, var en viktig komponent. Ved å arbeide bevisst med de oppadstigende kreftene, vil en kunne snu en negativ spiraleffekt. Til dette trengte fokusgruppedeltagerne hjelp. Integrering – desintegreringsspiralen kan være et arbeidsinstrument som bør utprøves i praksis.



### Integrering–desintegreringsspiralen

**Figur 1:** Pilene inn mot spiralen viser til krefter som virker oppadstigende eller krefter som presser nedover i spiralen. Pilene inne i spiralen viser at det hele tiden er dynamikk som gjør at en beveger seg oppover eller nedover i spiralen.

# DISKUSJON

Hensikten med studien er å få en innsikt i mennesker med psykiske problemers erfaring av meningsfullhet i dagliglivet, og med sosial integrasjon på hjemstedet.

I fokusgruppene var det stor aktivitet og alle hadde vesentlige erfaringer og tanker som de ønsket å dele med resten av gruppen og forskeren. Fokusgruppedeltagerne viste et engasjement og ønske om å skape innhold i hverdagen. Deltagerne var mennesker som ikke hadde gitt opp, men var søkende og håpefulle. De deltok i samtaler som de viste kunne hjelpe andre, der deres mening hadde betydning. Analysen av samtaler og diskusjonene i fokusgruppene gav innblikk i opplevelser og følelser som fulgte deres liv som følge av å ha psykiske funksjonshindringer. Det gav beskrivelse av hva de ønsket for sitt videre liv, og hva de mente kunne påvirke veien til et liv med verdsatt sosiale rolle og funksjon. Noen få fokusgruppedeltagere hadde arbeid eller deltok aktivt i foreningsvirksomhet. De hadde opplevelsen av å være delaktige i fellesskapet. Deres fortellinger stemte godt med de ønsker og utfordringer de andre informantene beskrev i sine ønsker om et mer aktivt liv.

## **Metodekritikk**

Gruppedeltagerne hadde hatt psykiske funksjonshindringer over lang tid. Dette gav dem et bredt erfaringsgrunnlag i samtaler, og de kunne derfor også representere andre med samme funksjonshindringer som har vanskelig for å stå fram med sine egne erfaringer. Dette er en styrke for validiteten. Gruppens homogenitet besto i at alle hadde vært innskrevet i psykiatrisk sykehus, og alle hadde psykiske plager av forskjellig alvorlighetsgrad. En annen viktig likhetsfaktor var ensligboende som sivilstand. Spredning i alder og et spenn av ulikheter i deres psykiske plager var en styrke for undersøkelsen.

Om deltagerne kjenner hverandre fra før eller ikke, kan påvirke gruppeprosessen og data som framkommer i fokusgrupper (Tillgren & Wallin, 1999). Er respondentene kjent for hverandre fra før, er ofte uskrevene grupperegler fastsatt, og mønster for kommunikasjon og den enkeltes rolle i gruppen er ofte fastlagt. Hvis deltagerne ikke kjenner hverandre fra før, har moderator mye større mulighet til å påvirke gruppeprosessen, men det vil ta noe tid før gode gruppeprosesser kommer i gang. Mennesker med psykiske funksjonshindringer er ofte mer utrygge og tiltroen til andre mennesker kan være lav. Det kan derfor være en fordel at enkelte av gruppedeltagerne kjenner hverandre fra før, noe som var tilfelle i disse gruppene. Det var en styrke å foreta fokusgruppeintervjuer. Deltagerne ble tryggere og friere til å komme frem med synspunkter som det ville være vanskeligere å dele i samtale kun med en fremmed person selv om personen var trent i å samtale med mennesker med psykisk funksjonshindringer. De utfylt hverandre så flere data fikk kommet frem.

Multistage-fokusgrupper var med på å styrke validiteten gjennom å oppsummere foregående fokusgruppe og få tilbakemelding fra gruppedeltagerne på oppsummeringen. Denne intersubjektive validiteringen gav en åpning for å fortsette på enkelte av temaene som trengte utdypning. Et sammendrag av gruppesamtalene i siste fokusgruppeintervju, der gruppene kommenterte hverandres samtaler, gav gode tilbakemeldinger på hva den enkelte gruppe syntes var mest vesentlig. Det var små forskjeller i synspunktene gruppene imellom, men vektleggingen av synspunktene var forskjellig. Denne face-validiteten styrket tilbakekoblingen av data til alle informanter (Svensson, 1996). Å få bredde i datagrunnlaget ble forsøkt styrket ved å ha tre ulike fokusgrupper som både var rekruttert via behandlingsapparatet og foreningen Mental Helse (Granerud & Severinsson, 2003b; Kvale, 1997; Svensson, 1996). Å ha observatører som arbeider i tjenesten kan gi en trygghet og gjenkjenning som vil gjøre det lettere å snakke i slike grupper, de kan hjelpe respondenter som er usikre, og hjelpe noen på sporet. Men det kan også dempe noe kritikk og synspunkter fra respondentene. Det kan være vanskeligere å fortelle fritt, da informantene kan være redde for å såre eller støte de som arbeider innen virksomheten, selv om ingen hadde behandlingsansvar for noen av deltagerne.

Analysevaliditeten er forsøkt styrket gjennom diskusjoner og gjennomgang av datamateriale med veiledere og diskusjon av analyseresultatet i forskningsforum (Granerud & Severinsson, 2003b). Den ble også søkt sikret ved at medforsker fra brukerorganisasjonen Mental Helse har gått gjennom resultatene og kommentert disse.

## **Å være på siden av det aktive livet**

Informantene hadde store forskjeller i deres sosiale liv, og i hvor stor grad de var i aktivitet sammen med andre. Men de fleste opplevde at de hadde for mange timer alene i døgnet. Enslighet blir også ensomhet, selv med familie og vennekontakter. Familie og venner er på arbeid og lever sine egne (familie)liv, så det er begrenset hvor hyppig kontakten kan være. Opplevelsen av ensomhet er i samsvar med andre studier (Elstad, 1999; Nilsson, 2004).

Følgene av ulike psykiske plager kan gi mennesker en usikkerhet i møte med andre mennesker og nye situasjoner. Da kreves det ekstra mot og støtte for å bryte barrierene som bygger opp til ensomhet. Psykiske plager i seg selv gjør også at det er vanskeligere å være trygg i enslighet. Dette kan forsterke ensomhetsfølelser og gi økt behov for å være sammen med andre mennesker en er trygg på. Når livet inneholder få daglige eller ukentlige aktiviteter sammen med andre mennesker oppleves en utenforskap, eller å være på siden av det vanlige liv. Døgnet og ukene får en annen rytme enn ens familie og venner. Denne rytmen kan være preget av langsomhet. Når dagene og ukene inneholder få møte- og aktivitetspunkter, oppleves livet langsomt. Det som skrives ned i almanakken trekkes ut i tid så en kan få ”utnyttet” aktiviteten mest mulig. Langsomheten forsterker opplevelsen av å være grenseboer. Store deler av samfunnet virker veldig travle, og tidsklemma er blitt et allemannsuttrykk. Deltagerne forsøker å eie tiden på lik linje med andre mennesker. Deres vei ble langsomheten da det var med å styre tiden. Men analysen viser at langsomheten og ensligheten forsterker ensomheten. Dette gjør at menneskene skjerner seg fra det ordinære livet.

Det er en stor gruppe mennesker som er utenfor ordinært arbeidsliv, og gruppen er voksende. Men fortsatt er det sterke holdninger i samfunnet

som setter likhetstegn mellom aktiv samfunnsdeltagelse og å ha et lønnet arbeid. Er det på tide å ta et oppgjør med disse holdninger?

Liten inntekt påvirket deltagernes liv. Å ikke ha penger til mange av de tingene som de fleste har økonomiske rammer for, påvirket deltagernes syn på seg selv negativt. Annerledesheten, og utenforskapsfølelse øker når en ikke kan delta i den sosiale sammenheng en ønsker. Har våre vanlige aktiviteter blitt mer og mer preget av høye kostnader? Er tilgangen på fritidssysler preget av at det er mennesker med god økonomi som er målgruppen? Å leve på uførhetstrygd betyr for flere av informantene å ha dårlig råd. Et annet moment som påvirker økonomien er enehusholdning. Det koster mer å bo alene enn å være flere med inntekt i samme husholdning, både når det gjelder faste utgifter, og mat og forbruksmateriell. En stor utfordring er å trekke grensene for hva det offentlige skal bidra med av økonomisk hjelp. Dette er forhold som bør diskuteres videre.

Deltagerne ønsket å utvide sin horisont gjennom kursvirksomhet eller fritidsaktiviteter, og deltagelse i vanlig (kultur)liv. Men dette kostet. Utgifter til kursavgifter og materiell, medlemsavgifter og inngangsutgifter til kulturaktiviteter synes mange overgikk deres økonomiske evne. Det ble også problematisk med gaver i bursdager og reiseutgifter. Det er synd at deltagerne måtte si nei til å være med på kafé for det kostet for mye. Er økonomisk rådgivning nødvendig, eller har mange av mennesker på trygd for lite inntekter til et vanlig sosialt liv i Norge?

Informantene ønsket tilrettelagte kurs både fordi dette gav en tryggere setting og av økonomiske grunner. Det kan være av betydning å ha kurs spesielt tilrettelagt, som det nå er noe av, som en start mot deltagelse i ordinær kurs og foreningsvirksomhet. Jeg tror at det ikke er lett å få nye venner gjennom kurs, spesielt av mer teoretisk art, da de er tidsbegrenset og har tydelige mål om at noe skal slutføres, men en treffer mennesker med samme interesse som kan utvikle seg til et mer varig venneforhold. I organisasjoner og foreninger der målene er fellesskap eller fellesdrift over ubegrenset tid, er muligheten til gjensidighet og utvikling av venne-relasjoner større.



Informantene har fornemmelsen av at mennesker med psykiske plager må være mer "normale" enn "vanlige samfunnsborgere". Med normal tenker en her på å ikke skille seg ut i påkledning eller på andre måter visuelt, heller ikke i ord og meninger. Å være nøytral i hår, klær, og væremåte minsker stigmatisering. Vanlige svingninger og utprøvende væremåter blir av andre sett på som tegn på at personen har fått økte psykiske problemer. Informantenes erfaringer gjenkjennes fra andre studier der mennesker med psykiske problemer opplever seg som å bli satt på prøve (Barham & Hayward, 1995). Å være medlem av grensesamfunn, hvor det også er normer og regler, kan gi en identitet og en fellesskapsfølelse. Denne tilhørigheten kan gjøre at deltagerne kjente seg helere igjen som menneske. Tilhørigheten gjør at en evner å stå ut, og en har følelse av kontroll over egen tilværelse (Hummelvoll, 2004).

Det er slående at deltagerne mener at hjelp og støtte til utvikling av deres sosiale nettverk blir vektlagt i så liten grad. Ulike metoder for analysering og utvikling blir lite brukt. Det er nesten ingen av informantene som har fått mulighet til nettverkskartlegging, nettverksmøter eller en mer offensiv holdning i å utvikle egne sosiale relasjoner. Det virker som flere av deltagerne har opplevd en ansvarsfraskrivning når det gjelder å holde kontakt med venner og familie eller å utvikle den enkeltes nettverk. De som har fått hjelp til dette, har fått en minsket følelse av utenforskap. Tilbud som "Et selvstendig liv"-kurs og tilrettelegging gjennom kulturvirksomhet har også minsket opplevelsen av å være utenfor. En bør se på i hvor stor utstrekning behandlingspersonalet bruker kunnskapen om sosiale nettverk og metoder for å bedre sosial integrering. Og hvordan denne kunnskapen kunne kommet tydeligere frem, så brukere av tjenesten opplevde at deres behov ble ivaretatt i tilstrekkelig grad.

## **Å ha betydning**

At noen er glad i meg, og at jeg kan få bety noe for andre, var det entydige svaret på hva som gjør livet verdt å leve i en livskvalitetsundersøkelse på Hedemarken. Den studien viste at å ha nære trygge relasjoner til i det minste en annen person, er viktig for å ha et tilfredsstillende liv (Hareide, 1991). Informantene i den forliggende studien bekrefter dette, og viser

også det vanskelige i dette arbeidet, ingen kan bestemme at noen skal være venner og ha stor betydning for hverandre. Å ha et arbeid eller være aktivt engasjert i dagsenter, forening eller trossamfunn, har en større betydning. En blir etterspurt, og ukerytmen blir fastere. Ingen klarer seg uten menneskelig kontakt, poengterte informantene.

Det var noe overraskende at betydningen av å ha et arbeid var målet for et flertall. Inntektene dette gir, det sosiale fellesskapet, den ordnede døgn- og ukerytme, var med på å forsterke ønsket. Men på en annen side er det der en ser betydningen av seg selv spesielt i samfunnets lys, gjennom betydning på arbeidsplassen og lønns slippen. Samfunnsendringene som er en følge av økt mobilitet og at det forventes at den voksne delen av befolkningen skal arbeide utenfor hjemmet, preger synet på mennesker som faller utenfor disse rammene. Samtidig viser statistikken at stadig flere faller utenfor det ordinære arbeidslivet. Mennesker med psykiske problemer er en stor del av denne gruppen.

En bekreftelse av at en er verdifull som person og duger til noe er et middel for å ta seg ut av maktesløsheten. Både bekreftelse og det motsatte, mangel på bekreftelse er grunnlaget for menneskets motivasjon og handlinger (Strandmark, 2004). Bildet med integrerings- og desintegreringsspiralen som framkom i analysen støtter opp om dette. Strandmark (2004) mener at bekreftelsen er basen og er sammenlenket med tillit og trygghet, som så virker inn på livslyst, utvikling og engasjement. Disse tre elementene er relatert til hverandre hierarkisk gjennom relasjoner til andre og seg selv. Dette er til sammen mental helse. Disse elementene finnes igjen i analysen av materialet. Tryggheten var essensiell, en trygghet som kom gjennom bekreftelse. Dette førte til et ønske om å få utviklet eget potensial, og være til for noen og noe. Skamfølelse påvirket deltagerne på deres vei til et liv med aktivitet og kontakt i stor grad. Denne følelsen må tas på alvor av behandlingsapparatet og jobbes med. Her trengs en mye sterkere aktiv holdning for å hjelpe til med å bearbeide denne følelsen.

Empati er et begrep som mennesker med psykiske lidelser er opptatt av. Fokusgruppeintervjuene har ytterligere skapt forståelse av hvor viktig dette

begrepet er for alle mennesker, og kanskje spesielt når en er i en sårbar livssituasjon som svikt i mental helse påvirker i stor grad. Empati er en prosess med en emosjonell og intellektuell side. Empatiens emosjonelle side representerer åpning mot den andre og tar oss nærmere den andre. En blir mer oppmerksom på følelsesmessige budskap. En må åpne opp for egne følelser og fantasier som kan oppstå i en selv i møte med den andre og ha evne til å forestille seg den andres situasjon. Det krever åpenhet både mot en selv og den andre. Empatiens intellektuelle side innebærer refleksjon, bearbeiding og overveielse av det emosjonelle budskapet. Denne siden hjelper en til å ta et skritt tilbake fra situasjonen, og se den mer utenfra. Da kan en få tilstrekkelig avstand til å ivareta egen integritet og gi et handlingsrom (Heidenreich, 2001). Å ha betydning er å bli møtt med en ekte og personlig interesse. Tillærte måter å møte mennesker med et hjelpebehov på eller en påtatt empatisk holdning blir opplevd nedverdiggende. Ønsket om ekthet og viktigheten av gode personlige egenskaper er også påvist i andre studier der brukere er spurt om deres erfaringer med psykiatrisk sykepleier i lokalsamfunnet (Hummelvoll & Granerud, 1996). Ut fra informantenes opplevelser, bør holdninger i møte med brukere være et tema som jevnlig kan poengteres i kollegiegruppen?

Nordtvedt og Grimen (2004) går inn i Levinas sin forståelse av sensibilitet og dens betydning for helsefagene. Levinas forstår sensibilitet som en oppvåkning av bevisstheten i møte med en annen. Han beskriver det å bli berørt av en annens smerte som en rystelse i ens eget jeg, en blir såret av den andres sårbarhet. "Sensibilitet må forstås som en bevegelse i rommet mellom inntrykk og vår beviste forståelse," (ibid). Smerten ved å bli berørt av den andres smerte har kunnet berøre en fordi en har hatt en åpen, passiv mottaglighet for påvirkning fra den andre. Det er en bevissthet om at vi ikke klarer oss uten medmenneskelighet, da har vi ansvar for den andre i dens lidelse. Sensibilitet som oppvåkning av bevisstheten gir et grunnlag for å forholde seg til den andre, det gir et etisk ansvar. Denne oppvåkningen må resultere i handling.

## **Veien tilbake til delaktighet i fellesskapet**

Å være del av et fellesskap trenger ikke å være ensbetydende med tette kontakter med andre. Det er å være en del av en helhet der en kan yte etter egen helsetilstand og evner. Å bli regnet med, trodd at en har ressurser og bli sett gir en styrket selvaktelse. Til dette kreves gjensidighet og arenaer for å vise seg fram, arenaer der det er lagt opp til aktivitet og samspill. Dagsenter kan være et sted for å utvikle dette videre. Men da må brukerstyringen styrkes og dagsentrene drives med tydeligere aktiviteter som ønskes av brukerne. Gjensidighet kan utvikles og finnes på forskjellige nivåer og i ulike felter. Tryggheten i å være sammen med andre med psykiske problemer, ble understreket. I et slikt felleskap finnes uartikulert kunnskap som binder menneskene sammen. Analysen viste at deltagerne som var aktivt med i foreninger som Mental Helse, hadde mer tro på at de kunne påvirke egen livssituasjon en de som var utenfor denne type aktiviteter.

Fokusgruppedeltagerne beskriver ønske om tilhørighet og meningsfulle aktiviteter på dagtid som etterhvert kan føre dem tilbake til et ordinært arbeid. Denne beskrivelsen passer godt til organiseringen av Fontenehusbevegelsen. Der er gjensidig ansvar, å bli regnet med og retning mot et ordinært arbeid sentralt. Der forventes det at medlemmene i klubben sammen utfører de oppgaver som må gjøres, og medlemmene er inndelt i grupper som utfører oppgavene. Medlemskapet er ikke tidsbegrenset, og et sentralt møtepunkt i løpet av dagen er felles lunsj. Kommunene i studien burde diskutere denne organiseringen og se om det kunne være et alternativ i forebyggende psykisk helsearbeid i kommunene. Spesielt bykommunen har forholdsvis mange vernede arbeidsplasser som også er tiltenkt menneske med psykiske problemer. Det virket som det var liten bevissthet om dette tilbudet blant deltagerne i fokusgruppeintervjuene. Bør samarbeide mellom vernede arbeidsplasser og de som arbeider med mennesker med psykiske problemer utvides?

Mennesker med psykiske problemer har ofte ikke mulighet til å være så aktive som de tidligere var. Dette gjelder både i arbeid og med fritidssysler. Aktiviteten til den enkelte må tilrettelegges etter den enkeltes kapasitet,

men vi må minne hverandre om hva en av deltagerne uttalte: ”Jo mer jeg gjør, jo mer orker jeg.”.

Å hjelpe mennesker å utvikle vennerelasjoner som er gjensidige, kan ikke bestemmes eller avtales. Det er relasjoner som må vokse fram. Den beste måten å gi grobunn til varige relasjoner er å gjøre noe sammen. Samaktivitet kan gi næring for nærmere kontakt utover det en driver med. Det er ikke uten grunn at dugnader i for eksempel boligsamvirke eller velforeninger gir en ny kjennskap til beboere imellom som kan utvikle seg videre til vennsapsrelasjoner. Å ha betydning gjennom kontakt med venner var viktig. Familien setter ens liv inn i en sammenheng og gir en tilhørighet. Den foreliggende studien støtter betydningen av et nært og godt forhold til familie. Det er da et tankekors at informantene hadde opplevd at familieband ofte ble oversett av personer hjelpeapparatet. Ønsket om en kjæreste eller samboer ble ikke spesifikt uttrykt selv om de fleste var enslige. Men det virket som om det var et underliggende ønske fra flere av informantene.

Betydningen av en trygg base som egen bolig gir, ble bekreftet også i denne studien. Dette er i samsvar med tidligere undersøkelser (Granerud & Severinsson, 2003 b). Skal en være uavhengig og fri til å komme til møteplasser og aktiviteter, og utføre daglige gjøremål, er bil viktig. Det er spesielt viktig for de som bor utenfor bysentrum. De som har bil har en annen frihet til å reise på aktiviteter, møte andre mennesker eller bare reise en tur, enn de som ikke har dette. Bil er et savn for informantene som ikke har (økonomisk) mulighet til det.

## **Oppsummering og anbefalinger**

Studien viser at mennesker med psykiske problemer opplever dagliglivet som ensomt og langsomt, selv med kontakt med familie og venner. Opplevelsen av utenforskap har også sammenheng med få muligheter til daglig virksomhet, små økonomiske ressurser, og brutte kontakter med nettverket. Deltagerne i studien ønsker å komme i arbeid igjen, eller ha en meningsfull dagaktivitet som brukerne selv er med på å forme. De ønsker hjelp til å opprettholde kontakten med og utvikle sine kontakter med

venner og familie når det trengs. Behandlingspersonalet oppleves som for passive innen dette feltet. Deltagere som var i en jobb eller var aktive i en forening som Mental Helse eller aktivt deltager i dagsenter, var mer tilfreds med hverdagen, og hadde mer tro på egne framtidsmuligheter.

Studien bekrefter tidligere undersøkelser der opplevelsen av ensomhet og utenforskap for mennesker med psykiske problemer er sentrale utfordringer. Den viser at opplevelsen av sosial integrering fortsatt mangler for mennesker med psykiske problemer. Den økte satsingen på psykisk helseteam i kommunehelsetjenesten og andre tilbud i lokalsamfunnet har gitt en økt mulighet til en sosial integrering. Det samme har åpenheten, og offentlig fokus på psykiske problemer. Allikevel er opplevelsen av sosial integrering svært begrenset. Men fortsatt er bredden i og bruken av tilbudene begrenset, og resultatene indikerer at satsingen på sosialt netteverksarbeid ikke blir tilstrekkelig i forhold til ønsket fra brukerne.

En av de viktigste faktorene for å unngå å oppleve utenforskap er aktive dager og sosiale relasjoner. Dette bør være i fokus i behandlingsapparatet. Deltagelse i et aktivt dagsenter, aktiv organisasjon eller arbeid fjerner eller minsker stigmatisering og utenforskap. Det bør arbeides for å organisere aktive dagsentra som har klarere brukermedvirkning og deltagelse i ledelsen av senteret, samt aktiviteter som fremmer gjensidighet. En modell her kan være Fontenehuset. Flere arbeidsplasser som er tilpasset mennesker med psykiske problemer bør tilrettelegges. Dette vil kunne styrke de oppadstigende krefter for brukerne.

# LITTERATUR

- Andreassen, R. (2004). Nettverksmøter - en arena for lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (2), 26-35.
- Aubry, T., & Myner, J. (1996). Community integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15, 5-20.
- Aubry, T. D., Tefft, B., & Currie, R. F. (1995). Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Mental Health Journal* (31), 39 - 52.
- Barham, P., & Hayward, R. (1995). *Relocating Madness. From the Mental patient to the Person*. London: Free Association Books.
- Bengtsson-Tops, A. (2001). *Severely mentally ill individuals living in the community*. Lund University, Lund.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe Illinois: The Free Press.
- Beston, G. (2003). Brukerperspektiv på Prosjekt Undervisningsavdeling. I Hummelvoll (red.), *Kunnskapsdannelse i praksis – handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* (5. utg. ed.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dalgard, O. S., Døhlie, E., Ystgaard, M., & (ed.). (1995). *Sosialt nettverk, helse & samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage Publications Ltd.
- Eide, A., & Røysamb, E. (2002). The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. *Rehabilitation Psychology*, 47(2), 165-183.
- Eilertsen, G. (2000). Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *NTSF*, 22.

- Elstad, T. (1999). *Sosial integrasjon blant mennesker med alvorlig psykiske lidelser. (In Norwegian) (Report 2/99)*. Trondheim: The Foundation of Scientific Research Norwegian at the Institute of Technology.
- Evert, H., Harvey, C., Trauer, T., & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38 (4), 180-188.
- Forsberg, E. (1994). *Den store utflytningen - studier av psykiatrins omvandling*. (3). Göteborg: Göteborg universitet, Institutionen för socialt arbete, Centrum för folkehälsforskning.
- Fyrand, L. (1994). *Sosialt nettverk, teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Fyrand, L. (2003). *Rheumatoid Arthritis, Social Networks and Social support. A cross-sectional survey of female patients with rehematoid arthritis and a controlled trial of a soscial network intrevention*. Dr. thesis, University of Oslo, Oslo.
- Gadamer, H. G. (1997). *Sanning och metod i urval*. Göteborg: Daidalos.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granerud, A. (1999). *De nye naboene. Hvordan blir psykiatriske langtidspasienter mottatt i nærmiljøet når de etablerer seg i egne boliger?* Master of Public Health Thesis, Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2003a). The new neighbour - experiences of living next door to people suffering from long-term mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12 (1), 3-10.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2003b). Preserving integrity - experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood. *Nursing Ethics*, 10 (6), 603-614.
- Hagen, H. (2001). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne (Rapport 5/01)*. Trondheim: SINTEF-UNIMED.
- Halberg, M. (1999). Hermeneutik. I Allwood & Erikson (red.), *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.



- Hardiman, E. R., & Segal, S. P. (2003). Community membership and social networks in mental health self-help agencies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (1), 25-33.
- Hareide, D. (1991). *Det gode Norge: på vei mot et medmenneskelig samfunn?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Heidenreich, K. S. (2001). Empati i lege-pasient-forholdet - teknikk eller etikk. *Tidsskrift for Norsk lægeforening*, 121 (12), 1507-1511.
- Henderson, S. (2003). Social capital and mental health. *The Lancet*, 362 (16), 505-506.
- Holte, J. S., & Hummelvoll, J. K. (2004). *Den spesialiserte generalisten Den psykiatriske helsearbeiders kjernekompetanse og faglige selvforståelse innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste* (notat 2-2004). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Howard, L., Leese, M., & Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (5), 376-385.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis - Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt -ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hummelvoll, J. K., & Granerud, A. (1996). *Psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten - en evaluering av brukertilfredshet* (4-1996). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2004). Researchers experience of co-operative inquiry in acute psychiatric care. *In print*.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health*, 78 (3), 458-467.
- Kemp, P. (1999). *Tid og fortælling: Introduktion til Paul Ricoeur*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16 (1), 103-121.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing to focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.

- Korsnes, O., Andersen, H., & Brante, T. e. (1997). *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristiansen, K. (1994). *Normalisering og verdsetting av sosial rolle*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lien, M. T., Lygre, I. L., Solberg, V., & Sørby, B. (2003). *Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Har psykiatrisk dagsenter betydning for utviklingen av brukernes sosiale nettverk?* (Prosjektoppgave). Elverum: Høgskolen i Hedmark, videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminist research. I Denzin & Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research, second edition* (2 ed., s. 835-850). London: Sage publications.
- Magnusson, A. (2003). *Home care of persons with long-term mental illness*. Unpublished doctoral thesis, Karolinska Institute, Stockholm.
- Maunsbach, M., & Dehlholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeintervju og deltagerobservasjon. *Nordisk Medicin*, 112, 126-128.
- Meeuwisse, A. (1997). *Vänskap och organisering, en studie av Fountain House-rörelsen*. Lund: Arkiv forlag.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). London: Sage publications.
- Nilsson, B. (2004). *Savnets tone i ensomhetens melodi* (doctoral thesis). Vasa: Åbo Akademi.
- Nordtvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og Refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Page, S., Lafreniere, K., & Out, J. (1999). An evaluation of friend diner: A collaborative community project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (2), 171-173.
- Palmblad, E. (1992). *Psykiatrin mot närsamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Ramon, S. (2001). Defining community: meaning and ideologies. I Thornicoff & Szmukler (red.), *Textbook of Community Psychiatry* (s. 29-40). Oxford: Oxford university press.

- Rebeiro, K. (1999). The labyrinth of community mental health: In search of meaningful occupation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (2), 143-153.
- Reed, J., & Payton, V. R. (1997). Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 765-771.
- Sanderson, C. A. (2004). *Health psychology*. Hoboken, USA: Wiley.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis 1: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-265.
- Sosial- og Helsedepartement. (1998). *Stortingsproposisjon nr. 63 (1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006*. Oslo: Sosial- og Helsedepartement.
- Sosial- og Helsedepartementet. (1999). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 utbygging av kommunalt tiltak*. (Rundskriv 1-4. 99). Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
- Strandmark, M. (2004). Psykososial hälsa, makt och etik. I Hugaas & Hummelvoll & Solli (red.), *Helse og helhet*. Oslo: Unipub forlag.
- Sugisawa, H., Shibata, H., Hougham, G. H., Sugihara, Y., & Liang, J. (2002). The impact of social ties on depressive symptoms in U.S. and Japanese elderly. *Journal of Social Issues*, 58, 785-804.
- Svensson, P. G. (1996). Förståelse, troverdighet eller validitet? I Svensson & Starrin (red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (s. 209-227). Lund: Studentlitteratur.
- Sørgaard, K. W. (1993). Familien: Møtested mellom sosialpsykiatri og familieterapi. *Fokus på familien* (1), 38-48.
- Thesen, J. (2001). Being a psychiatric patient in the community - reclassified as the stigmatized "other". *Scand J Public Health*, 29, 248-255.
- Tillgren, P., & Wallin, E. (1999). Fokusgrupper - historik, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 76 (4), 312-321.
- United Nations, D. f. S. P. a. D. (2003). *International Norms and Standards Relating to Disability PART III. The Regional Human Rights System*, [www.un.org/esa/socdev/enable/comp300.htm]. Division for Social Policy and Development
- WHO. (2001). *New Understanding New Hope. World Health Report*. Geneve: World Health Organization.

## VEDLEGG

### **Psykisk helsearbeid i Hamar: Fokus på sosial stimulering, aktivitetstilbud og arbeid**

Innen kommunal sektor drives et omfattende arbeid for å støtte mennesker med ulike spesielle behov til en meningsfylt tilværelse og aktiv samfunnsdeltagelse. Det er stor bredde i tilbudene, og store forskjeller kommuner imellom. I det følgende gis en oversikt over tilbudene innen sosial stimulering og aktivitetstilbudet, samt arbeidsmuligheter, for mennesker med psykiske funksjonshindringer i Hamar kommune. Oversikten er summarisk og gir ikke et fullstendig bilde av den virksomheten som drives i kommunen.

#### **Kulturkontoret**

Kulturkontoret har et bredt tilbud som ikke er koblet til behandling, men til fritid og interesseutvikling der utvikling av vennerelasjoner og meningsfull fritid er sentralt. Tilbudene er rettet mot personer med utviklingshemming, flyktninger og innvandrere, fysisk funksjonshemmede samt mennesker med psykiske funksjonshindringer. Denne gjennomgangen omhandler kun den siste gruppen. Kulturkontoret mener at en hovedoppgave for deres virksomhet er å skape møteplasser på nøytral grunn. Kontoret har to fritidsledere i 50 % stilling, en i 27 % stilling for støtte mennesker med psykiske funksjonshindringer. I tillegg har kommunen et spesielt prosjekt med ledsagertjeneste for beboere på Klukstuen og i Holsetgården, fordi brukere på disse stedene har antatt størst vanskeligheter med å komme seg ut på aktiviteter. Her er det to fritidsledere som har 26,6 % stilling hver. I det følgende skisseres de ulike tilbudene som kulturkontoret gir til sine brukere:

Fritidslederne har aktiviteter både i grupper og individuelt. De prøver å finne noe som flere kan gjøre sammen, og etterkomme ønsker fra den enkelte. Fritidslederne bestreber å få til gode gruppesammensetninger. De kan hente og bringe brukere, og har egne biler til dette. Aktivitetene foregår mest i smågrupper, men det er også litt større grupper, eller helt individuelt opplagt. Tilbudene forandres og utvikles etter deltagerens ønske:

- Turgruppe: Ca åtte personer en gang pr uke, kondistrening og prat. Dette er en lukket gruppe.
- Svømmegruppe: Tre kvinner en gang pr. uke på Kåtorp.
- Gågruppe: Middelaldrene kvinner som rusler i nærområdet, en til to deltagere en gang ukentlig.
- Bevegelse til musikk: Lett kondisjonstrening annenhver uke i samarbeid med Friundervisningen. Dette er en stabil gruppe på 8-10 kvinner der noen har utviklet vennskapsrelasjoner.
- Ridekurs: En gang pr uke med seks faste deltagere. Dette er også i samarbeid med Friundervisningen.
- Musikkgruppe: En gruppe på seks til syv brukere møte på Blårud annenhver uke. Der synger de viser sammen.
- Hyggekveld: I samarbeid med nabokommunene Stange og Ringsaker arrangeres det hyggekveld med forskjellig program en gang i måneden. Her er dagsentrene aktivt med i gjennomføringen, og arrangementet går på omgang mellom samarbeidspartnerne.
- Kinogruppe: Brukere går på kino sammen annenhver måned. Etter kinoen er det kafébesøk. Det er ca 10 deltagere med hver gang.
- Konserter: Fritidslederne arrangerer felles grupper til konserter og utstillinger. Dette kan også skje individuelt.

I gjennomsnitt var det 46 personer pr. mnd som brukte tilbudet fra kulturkontoret i 2003. Hyppigheten varierte: Seks brukte tilbudet en gang i uka, 25 annenhver uke og 15 brukte tilbudet en gang hver måned. I tillegg kommer deltagerne på hyggekveldene.

**Støttekontakt:** Tilbudet har et årlig totalbudsjett på 1,2 mill. Av totalt 145 brukere av støttekontakttjenesten, har 60 av brukerne psykiske funksjons-

hindringer. De fleste brukere har tre timer pr uke. Noen av støttekontaktene har dannet grupper for å styrke et sosialt fellesskap. De ønsker å fokusere på det friske og gi positive livsopplevelser og sosialt nettverk

**Terapiahund:** En ansatt ved kulturkontoret har 27 % av sin stilling til arbeidet med terapiahund. Dette er et unikt tilbud på landsbasis. En labrador er spesialtrenet til formålet. Brukere som ønsker nærkontakt med hund kan få besøk av hunden og den som har ansvar for hunden, og de går tur sammen.

**”Et selvstendig liv”-kurs:** Kurset er en opplæring i og styrke egne grunnleggende sosiale ferdigheter. Kulturkontoret skal hjelpe til med praktisk trening ute i samfunnet. Kursdeltagerne møtes en dag i uka i et til to år. Kurset arrangeres i nært samarbeid med Sykehus Innlandet og pleie- og omsorgsavdelingen i kommunen. Det første kurset er avsluttet, og erfaringene var så positive at en ønsker å starte nytt kurs høsten 2004.

**Espern:** I et samarbeidsprosjekt med Sykehus Innlandet, pleie- og omsorgsavdelingen og andre kommuner, gir Espern aktivitetssenter tilbud om aktivitet to ganger i uka. De fysiske aktivitetene spenner fra klatring til spinning, styrketrening til andre gruppeaktiviteter.

Miljøterapeuter og miljøarbeidere følger brukeren, spesielt i en startperiode, og det samarbeides om å finne passende aktivitetstilbud. Kafé er åpen for samvær.

**Samarbeid med lag og foreninger:** Kulturkontoret prøver å finne kontaktpersoner i lag og foreninger som kan introdusere nykommere og være kontaktperson for de som ønsker å delta i foreninger i en startperiode. Kulturkontoret kan gi tilskudd til kjøring hvis det er nødvendig. Dette tilbudet har ikke blitt utviklet i noe særlig grad ennå.

Kulturkontoret utgir en kulturkalender der en gir informasjon om de ulike tilbudene. Denne sendes til de som ønsker det og til alt miljøpersonale i kommunen som kan ha nytte av den. Kulturkontoret opplevde det som et savn å ikke være med på ansvarsgruppemøter og andre samarbeidsfora der brukernes ønsker og muligheter for aktivisering ble diskutert.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Opplysningene har blitt samlet gjennom årsrapporter og samtale med ledende koordinator ved kulturkontoret.

## **Miljøterapeuters og miljøarbeiders fokus på sosial stimulering:**

Miljøpersonalet er en del av de psykiatriske teamene i kommunen og arbeider ut fra distriktskontorene. De er ansatt i pleie- og omsorgsavdelingen. Hovedoppgavene er å hjelpe brukerne til å få kontroll over deres psykiske funksjonshindringer. Deres arbeid er bl.a. å øke brukernes sosiale stimulering og få økt selvstedighet. Miljøarbeiderne motiverer brukerne til å komme seg ut. De er aktive med sosial trening, de følger brukere på aktiviteter i begynnelsen, og stimulerer ved å dra ut på aktiviteter sammen. Miljøpersonalet opplever at dette kan være utfordrende oppgaver, der en må bruke hele spekteret av seg selv. Men det er viktig å starte en prosess for å være aktiv utenfor eget hjem. Personalet prøver å kartlegge det sosiale nettverket og tidligere aktiviteter og interesser til brukerne for å spille videre på det for å øke aktiviteten utenfor eget hjem.

”Tavla”, (gratisannonser for ulike aktiviteter og tilbud i lokalavisen), er et godt hjelpemiddel for å planlegge aktiviteter sammen med brukere. Samtidig stimulerer det til avislesning. Familiene til brukerne har miljøarbeiderne lite samarbeid med. Brukere som er gift har et tettere sosialt nettverk, og trenger andre former for stimulering for å komme ut. I arbeidet med sosial stimulering kan uke- eller månedsplan være et godt redskap. ”Å tørrtrene” på hva som kan møte en når en bruker går ut på aktivitet, er en bra metode for mange brukere.

”Et selvstendig liv”-kurs er viktig for å bli sikrere i mellommenneskelig kommunikasjon, og dette har vært til stor nytte for de som har deltatt. Miljøarbeiderne synes samarbeidet med kulturkontoret er godt.

Innen de psykiatriske teamene er det miljøarbeiderne som gjør det meste av det praktiske arbeidet med sosial stimulering. Miljøterapeutene har mer samtale som fokus. Det er stor forskjell på hvor stort fokus de enkelte medarbeiderne har på sosialt nettverk og sosial stimulering. Enkelte

arbeider svært lite med dette. Spesielle metoder innen utvikling av sosialt nettverk blir lite brukt.<sup>3</sup>

## **SIRA-huset, dagsenteret**

Dagsenteret startet sin virksomhet i 1998. Det er i dag ca 30-35 medlemmer. Oppmøte pr dag er ca. 10-20 personer, og det er en overvekt av kvinner. Dagsenteret har en kafé og tilbud om aktiviteter som verksted, trim, kurs, temamøter, sanggruppe og turer. Det kan brukes av personer mellom 20 og 67 år i Hamar som har psykiske lidelser eller psykiske problemer. Det er ikke tidsavgrenset, og tilbudet er frivillig. SIRA-huset ønsker å være et lavterskeltilbud der formålet er fellesskap, å skape innhold i hverdagen, stimulere ressurser hos alle og å gi muligheter for arbeid etter evne.

Dagsenteret har 3 heltidsstillinger. Det har vært en del sykdom og utskiftninger av personalet. Sykdom har gjort at huset av og til har vært stengt. Da ansatte sier de har for liten tid til brukene. Driftsbudsjettet er på ca 1. million kroner. Antall personer som kan være potensielle brukere av SIRA-huset er langt flere enn dagens brukere.

I en intervjuundersøkelse med 8 av brukerne av SIRA-huset, gjort av studenter ved Høgskolen i Hedmark, videreutdanning i psykisk helsearbeid, svarte brukerne at huset var en viktig sosial arena hvor de hadde en tilhørighet. De fleste trivdes, men syntes det var for lite aktivitetsmuligheter. Brukerne i intervjuundersøkelsen hadde kontakt med hverandre utenfor SIRA-huset, og noe som bidro til å utvide det sosiale nettverk (Lien et al., 2003).

## **Arbeidsplasser og attføringstiltak for yrkeshemmede**

### **Hamar ASVO a/s**

Hamar ASVO har 10 arbeidsplasser for yrkeshemmede med uførepensjon, og 5 ordinære arbeidsplasser. Hamar ASVO eies av Hamar kommune.

---

<sup>3</sup> Informasjonen har blitt bearbeidet etter fokusgruppeintervju med ansatte innen psykisk helsearbeid i Hamar kommune.



Hovedvirksomheten er bakeri- og kantinedrift på Olsrud. Arbeidstiden er kl. 9-15, og noen arbeider deltid. Det er samling hver fredag kl. 14.00 for ukeavslutning, og det er enkelte sosiale arrangementer gjennom året. Noen av arbeidstagerne har også kontakt utenfor arbeidstid. De yrkeshemmede får kr.9 pr time i "oppmuntringslønn". Det er regler for uføretrygd som gjør at summen er så lav.

Av de yrkeshemmede arbeidstagerne har 3 psykiske funksjonshindringer og 7 er psykisk utviklingshemmet. Alle har blitt søkt inn via Aetat. Før en begynner på Hamar ASVO må boforhold være stabile og ha kontroll på egen økonomi. Av de yrkeshemmede arbeidstagerne jobber noen ett år, andre mange år. Det er 2-3 nyansettinger hvert år, men enkelte år er det ingen. Enkelte av de som har arbeidet der har begynt i ordinære stillinger andre steder.

## **Arbeid med Bistand**

Dette tilbudet er en underavdeling til Hamar ASVO. Målet for Arbeid med Bistand er å skaffe yrkeshemmede arbeid ute i det ordinære arbeidslivet i stedet for trygd. Ordningen har store oppfølgingsressurser, noe som gjør det mulig med individuelle tilpassninger for den enkelte arbeidssøker. Det er ansatt 6 tilretteleggere som jobber sammen med arbeidssøkeren både under jobbsøkerfasen og under etablering ute i jobb. De hjelper med å finne arbeid, skrive søknader på arbeid, og evt. arbeide sammen i en oppstartingsfase De tar utgangspunkt i den enkelte arbeidssøkende og finner en arbeidsplass som passer vedkommende både arbeidsmessig og sosialt. Nå er 47 inne i tiltaket. Den enkelte kan være i dette atføringsopplegget i inntil 3 år. 60 % av de som er i tiltaket er nå i jobb. Arbeidstagerne skal ha ordinære betingelser, og hvis de har 50 % arbeidskapasitet så skal de ha 50 % lønn selv om de bruker mer tid på arbeidet. Den resterende del av inntektene dekkes opp med offentlige midler som trygd og atføring. En del av de yrkeshemmede i tiltaket har psykiske funksjonshindringer. Tilretteleggerne har kontor i fylkeshuset. Driften av tiltaket skjer gjennom overføringer fra Aetat.

## Kompetansebedriftene

Kompetansebedriftene er en samlebetegnelse og felles organisasjon for attføringstiltak for Hedprodukt og de to datterselskapene under Hedprodukt: Mjøssamvirke og Ankerløkken. De er alle arbeidsmarkedsbedrifter, forkortet AMB. Alle som søker seg arbeidsplass i kompetansebedriftene har attføring- eller uføretrygd. Til sammen utgjør disse bedriftene en vesentlig resurs innen arbeidstrening. De gir mulighet til å ha en daglig virksomhet, et sted der en blir etterspurt, og muligheter til å få utvidet eget sosialt nettverk. Men noe av det viktigste er å få mulighet til å komme i ordinært arbeid igjen.

**Hedprodukt** har 60 tiltaksplasser og har som hovedoppgave å utføre tilordnert arbeid. Det drives opplæring utdanning og opptrening til ordinært arbeid eller arbeid innen Hedprodukt. Det er også mennesker med psykiske funksjonshindringer som kan benytte seg av dette tilbudet, og ca 50 % av de som er med på opplæringen eller har et mer varig arbeid på Hedprodukt, har psykiske funksjonshindringer. Denne bedriften er innrettet på arbeid innen industri eller kontor og har ulike produksjonsavdelinger. De bruker også praksisplasser i ordinært arbeidsliv i stor utstrekning, og leier ut arbeidskraft. Hedprodukt har spesialisert seg på kurser med 8 uker varighet for å avklare arbeidsevne og finne ut hva den enkelte kan ha av arbeid. Arbeidstagerne føler seg raskt trygge og det utvikles mange vennskapsrelasjoner. Hedprodukt har god kapasitet på kursene, men for liten kapasitet på varig arbeid eller lengre opplæring.

**Ankerløkken lys og data as** har 30 tiltaksplasser eller deltagerplasser som de selv ønsker som betegnelse på opplæringsplassene innen data, lysstøperi, butikk-og kontorvirksomhet, ramme- og blomstervirksomhet. Nå utvider de med 10 plasser i Triangelgården i Hamar, der det blir kafé og butikk. De fleste (ca 70-90 %) har psykisk funksjonshindringer. På Ankerløkken gis 10 mnd arbeidstrening. Etter det går 70-80 % over i vanlig jobb eller videre skolegang. Mange av deltagerne blir venner utenom arbeidet, og bedriften er derfor viktig for utvikling av sosiale nettverk. Aetat har kjøpt alle plasser, og søknad går via Aetat. De som ønsker deltagerplass må selv ta kontakt og få en omvisning, og alle som

søker får plass, men det er lange ventelister og ventetiden for opplæring kan bli lang.

**Mjøssamvirke** har arbeidsplasser for varig tilrettelagt arbeid og arbeidsplasser for arbeidspraksis i vernet virksomhet hvor en får en 10 mnd opplæring og praksis. Bedriften har over 70 ansatte, og ca 54 av disse er for mennesker med arbeidshemming. De som søker arbeid i bedriften har ofte en sammensatt problemstilling, og mange har psykiske plager. Men bedriften registrer ikke diagnoser eller lignede. De fleste har uføretrygd, og bedriften bidrar til at disse får et arbeidstilbud. Bedriften driver med ulik virksomhet inne pakking, montering, keramikk, plast, håndarbeidsprodukter og butikkvirksomhet. De ønsker å skape vekst hos den enkelte. Det er ledige arbeidsplasser ved virksomheten.<sup>4</sup>

## **Andre muligheter for kurs og fritidsbeskjeftigelse**

### **Voksenopplæring**

Kurs- og utdanningstilbud gjennom ulike foreninger som Folkeuniversitetet, AOF og andre. Denne typen kurs og opplæring er steder å lære teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter som man har lyst til å tilegne seg, samtidig er det møteplasser for sosial aktivitet hvor man møter andre med samme interesser, og et sted hvor man kan få nye venner og bekjente. Noen brukere har vært med på kurs på eget initiativ eller med støtte av miljøpersonalet eller noen fra kulturkontoret.

### **Lag og foreninger**

Å bli introdusert i en forening som passer den enkelte har blitt brukt i liten grad. Miljøpersonalet har oppfordret til dette, men brukerne har fått liten praktisk støtte til å gjennomføre det. En del brukere har allikevel startet i ulike foreninger som en del av sitt ønske om bruk av egen tid.

---

<sup>4</sup> Denne sammenfatningen er laget på bakgrunn av samtaler med bedriftene og informasjon fra bedriftenes hjemmesider.

## **Frivillighetssentralen**

Kontoret bidrar til å formidle kontakt med mennesker som trenger tjenester og mennesker som kan yte tjenester av mange slag. De kan for eksempel formidle hjelp til transport til aktiviteter både på dag- og kveldstid, etablere møtesteder og formidle kontakt mellom mennesker som ønsker kontakt med andre. Dette tilbudet er også gunstig for mennesker med psykiske funksjonshindringer.

## **Mental Helse**

Foreningen Mental Helse i Hamar er et møtested for mennesker med psykiske funksjonshindringer. Dette er ikke noe offentlig tilbud, men foreningen har et så viktig og bredt tilbud til mennesker med psykisk funksjonshindre at de bør nevnes i denne fremstillingen. Foruten medlemsmøter og foreningstilbud utgir de egen avis, medlemmene har tilbud om treningsgruppe, og de har startet et samarbeid med turistforeningen i distriktet for felles turer og fritidsaktiviteter. Medlemsmøtene er bra besøkt. På kontoret i Hamar er alle velkomne. De ønsker å starte mestringsgruppe og angstgruppe. Aktivitetene bidrar til å styrke sosiale nettverk og selvaktelsen for de som deltar.