

Sosial ulikhet i helse- folkehelseutfordring.

En kvalitativ studie med fokus på psykisk helse.

Hilde Kongstein

Veileder

Anne Brita Thorød

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Forord

Arbeidet med denne studien har vært spennende, krevende og lærerik. Jeg har fått muligheten til å innarbeide meg nye kunnskaper og erfaringer innen ett, for meg spennende felt. Valg av tema var jeg fast bestemt på allerede da jeg startet min masterutdannelse på Universitetet i Agder. Å komme hit jeg er nå hadde jeg ikke klart uten andre som også engasjerer og interesserer seg for psykisk helse og sosial ulikhet.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til dere fem som delte deres livserfaringer og opplevelser med meg. Uten dere hadde det aldri blitt en oppgave, og jeg hadde sittet med mindre innsikt og kunnskap enn hva jeg gjør nå. Takk for at dere tok utfordringen og viste meg den tilliten dere gjorde.

En stor takk til min kunnskapsrike og engasjerte veileder, Førstelektor Anne Brita Thorød ved Universitetet i Agder. Med et engasjement rundt studien har du bidratt til at jeg ikke har mistet motet i vanskelige perioder. Du har vært til inspirasjon, motivasjon og ikke minst hjulpet meg til å få en bredere faglig tyngde.

Takk til Arne August Larsen, tidligere leder for ROM-Agder for hjelp, informasjon og innsikt i en del av Agder -fylkenes tilbud innen psykisk helse.

Takk til brukersentrene som har tatt meg åpent imot og hjulpet til med tilrettelegging for intervjuer.

En stor takk til Mamma og Pappa som har hjulpet meg slik at jeg kunne finne en ny ”vei” og realisere den. Tusen takk til Farmor for god støtte. Takk til min søster Therese og hennes kjære barn Martine og Eirik som gir motivasjon til å komme i mål. Nå får jeg endelig mer tid til dere! En spesiell takk ønsker jeg å rette til min gode venninne Victoria.

Kristiansand, mai 2014

Hilde Kongstein

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	V
Abstract.....	VI
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Hensikt med studien.....	1
1.2 Bakgrunn.....	2
1.3 Problemstillinger	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 Tidligere forskning	5
2.1 Sosial ulikhet i helse- folkehelseutfordring	5
2.2 Psykisk helse	7
2.3 Sosial ulikhet i psykisk helse	7
2.3 Strategier og tiltak rettet mot sosiale ulikheter i helse.....	9
3.0 Teoretisk rammeverk	10
3.1 Aron Antonovsky- Salutogenese	10
3.2 Sense of Coherence- Opplevelse av sammenheng.	11
3.2.1 Generaliserende motstandsressurser.....	11
3.2.2 Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.....	12
3.3 Kjell Underlid- Knappe ressurser	13
3.3.1 Fire essenser knyttet til opplevelser og erfaringer	14
4.0 Metodisk tilnærming	17
4.1 Valg av metode	17
4.2 Utvalg.....	18
4.3 Datainnsamling.....	18
4.4 Analyse og tolkning	20
4.5 Forskningsetiske overveielser.....	21
4.6 Egen rolle som forsker	23
4.7 Studiens validitet og reliabilitet	25
4.7.1 Reliabilitet	25
4.7.2 Validitet	27
5.0 Resultater.....	28
5.1 Økonomiens påvirkning av den psykiske helsen.....	28
5.2 En styrke med en betraktelig svakhet.	34
5.2.1 Meningsfullhet	34
5.2.1.1 Å føle at man gir noe til andre	36
5.2.2 Aktivisering.....	37
5.2.2.1 Informasjonen, hvor er den?.....	39

6.0 Diskusjon	42
6.1 Svekket autonomi	42
6.2 Utrygghet.....	45
6.3 Det som gir mening og gir styrke	47
6.4 Noe som kan forbedres?	50
6.5 Styrker og svakheter ved studien.....	52
6.5.1 Vurdering av studiens reliabilitet.....	52
6.5.2 Vurdering av studiens validitet.....	53
7.0 Konklusjon	54
7.1 Oppsummering av funn knyttet til problemstillingene.	54

LITTERATURLISTE	56
------------------------------	-----------

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsbrev

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring og frivillighet

Vedlegg 4: Eksempel matrise

Vedlegg 5: Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste(NSD).

Vedlegg 6: Mail fra Regional komité(REK).

Sammendrag

Bakgrunn: Innen folkehelsen står vi i Norge frem for betydelige utfordringer knyttet til sosiale ulikheter i helse. For å møte disse utfordringene kan forskning gi oss bedre innsikt og forståelse slik at vi vil ha større mulighet for å forebygge og iverksette tiltak. Tidligere forskning viser til sammenhenger mellom sosioøkonomiske faktorer og psykisk helse, det er derfor ønskelig å få empirisk data fra de mennesker som lever med slike erfaringer.

Hensikt og problemstilling: Hensikten er å få ett innblikk og forståelse av hvordan sosioøkonomiske faktorer påvirker mennesker med nedsatt psykisk helse, det å fange opp deres erfaringer og opplevelser omkring dette står sentralt. Studiens problemstillinger er: *1). Hvordan opplever og erfarer enkeltindivider at knappe økonomiske ressurser påvirker deres psykiske helse? 2). Hva gir mening og styrke for disse individene og er det noe som kan forbedres?*

Metode og utvalg: Kvalitativt forskningsintervju er brukt som datainnsamlingsmetode hvor det er fem deltakere. Deltakerne er personer som har eller har hatt erfaring med nedsatt psykisk helse og er eller har vært aktive brukere ved brukersenter i sør- Norge.

Resultater: Svekket økonomi er en faktor som påvirker individenes psykiske helse i negativ grad i form av helseforverring, utrygghet, svekket autonomi og økte psykiske plager. Aktivitet har en motvirkende effekt, det gir en meningsfull hverdag og bedrer eller stabiliserer den subjektive opplevelsen av egen psykisk helse. Det fremkommer data som kan tyde på at informasjon om tilbud som eksisterer i kommunen skjer ved tilfeldigheter.

Konklusjon: Resultatene tyder på at økonomi oppleves som en avgjørende faktor som påvirker individenes psykiske helse. Aktivitet er av stor betydning for at individene skal ha en meningsfull hverdag med sosialt samvær og fellesskap. Manglende informasjon fører muligens til eksklusjon for aktuelle brukere.

Nøkkelord: Psykisk helse, sosial ulikhet, Kjell Underlid, Aron Antonovsky, økonomi, aktivitet.

Abstract

Background: Social inequalities in health are a significant challenge in Norway. To meet these challenges, we need research that can give us better insight and understanding so that we have greater opportunity to prevent and take action. Researches are showing a relationship between socioeconomic factors and mental health, it is therefore desirable to obtain empirical data from people living with such experiences.

Purpose and key questions: The purpose of this study is to get insight and understanding of how socioeconomic factors affect people with impaired mental health, capturing their experience is central in this study. The key questions are: *1) How do individuals experience that their reduced economic resources affect their mental health? 2) What gives meanings and strength fore these individuals, and is there something that can be improved?*

Method and selection: Qualitative research interview was used to collect data from five participants. The participants are individuals who have or have had experience with impaired mental health. They also have or have been active users of low-threshold centers for people struggling with mental health problems in the southern region of Norway.

Results: Reduced economic resources is a factor that affects the individual's mental health in a negative grade, health exacerbation, insecurity, reduced autonomy and increased psychological distress. Activity has a countervailing effect, it provides a meaningful existence and improves or stabilizes the subjective experience of their own mental health. There are indicators that says that information about offers that exist in the community happens by coincidence.

Conclusion: Economy is experienced by the individuals as a crucial factor affecting their mental health. The individual's are experience a meaningful life with socializing and fellowship when they are using the low-threshold center. Lack of information may possibly lead to exclusion of potential users.

Keywords: mental health, social inequality, Kjell Underlid, Aron Antonovsky, economy, activity.

1.0 Introduksjon

Sett i ett folkehelseperspektiv er en av de største utfordringene vi har i dag knyttet til sosial ulikhet i helse. Dette er en problemstilling som stiller seg både nasjonalt og globalt i dagens samfunn (Folkehelseinstituttet, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2005; WHO, 2008; Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). I denne studien er fokuset på sosial ulikhet i psykisk helse. Sosiale ulikheter retter seg mot sosioøkonomiske faktorer som økonomi, jobb og utdanning. Det finnes en rekke studier som dokumenterer at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse (Lorant et al., 2003; Friedli, 2009).

Mitt ønske med denne studien er å fange opp hva slags opplevelser og erfaringer enkeltindivider med nedsatt psykisk helse og reduserte sosioøkonomiske ressurser har. Dette har jeg hatt et sterkt ønske om, jeg ivrer å forstå mer av det bakenforliggende, og ikke minst få innsikt fra enkelte individer som lever med slike erfaringer. Jeg har også gått ut i dette feltet med et ønske om å tilegne meg kunnskap som kan få betydning innen det helsefremmende og forebyggende perspektivet. Det å få en dybde og innsikt fra individenes ståsted, er av betydning for at vi skal kunne imøtekomme de utfordringene vi står ovenfor i dagens samfunn. Jeg valgte derfor en kvalitativ studie som retter seg mot individers opplevelser og erfaringer.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få en bredere innsikt i enkeltindividers livserfaring knyttet til sosial ulikhet i psykisk helse. Det er fra et forskningsperspektiv knyttet et ønske om dybde omkring dette tema. Hensikten er å få en bredere innsikt og forståelse om individer med nedsatt psykisk helse erfarer påvirkning på deres helse fra sosioøkonomiske forhold. I tillegg er det å få en forståelse om hva som forverrer eller forbedrer deres psykiske helse av betydning. Resultatene som vil foreligge etter innhentet data vil muligens gi nye perspektiver og innfallsvinkler om hvordan vi videre kan jobbe med de utfordringene vi møter innen dette feltet i folkehelsearbeidet.

1.2 Bakgrunn

Valg av tema kommer på bakgrunn av de utfordringene vi har innen folkehelse knyttet til sosiale ulikheter i helse. Interessen innen dette feltet har fra min side vært der i flere år. Det er særlig igjennom tidligere arbeid som sykepleier i psykisk helsearbeid jeg fikk en større interesse og bevissthet for dette. Jeg observerte ofte at pasientene i tillegg til sin psykiske helse hadde utfordringer som knyttet seg til jobb, skole, økonomi og bolig. Da jeg søkte meg inn på Master i Folkehelsevitenskap var det fra starten av klart for meg at det var dette området jeg ønsket å fokusere på. Engasjementet ble videre styrket gjennom undervisning og selvstudier. Jeg fikk et brennende ønske om å forstå og få innsikt i enkeltindividers erfaringer knyttet til sosioøkonomiske forhold og psykisk helse, det å få data omkring de helse utfordringene vi står ovenfor direkte fra de det angår selv, var noe jeg var svært interessert i. Valget av tema kommer også av at jeg nå har hatt en mulighet til å tenke nytt, og med tanke på de utfordringene vi står ovenfor innen folkehelse anså jeg det som en mulighet til å få en tyngde innen dette feltet.

1.3 Problemstillinger

Jeg har valgt å knytte to problemstillinger til denne studien. Dette har jeg gjort med tanke på teori og tidligere empiri som foreligger og for å få en helhet i oppgaven. Det fokuseres først på hva slags erfaringer og opplevelser individene sitter med i forhold til sosioøkonomiske faktorer og det neste retter seg mot hva som gir mening og styrke. Dette er de aktuelle problemstillingene:

1) *Hvordan opplever og erfarer enkeltindivider at knappe økonomiske ressurser påvirker deres psykiske helse?*

2) *Hva gir mening og styrke for disse individene og er det noe som kan forbedres?*

1.4 Avgrensning

Jeg har i denne studien valgt å ikke fokusere på årsakssammenhenger eller generalisering, dette gjenspeiler seg også i valg av metode. Rettet opp mot de sosioøkonomiske faktorene som kan påvirke den psykiske helsen har jeg valgt å avgrense meg til faktoren økonomi. Det

valget er gjort med tanke på omfang og at det er den faktoren som var mest fremtredende i dette utvalget. Det er også gjort avgrensninger knyttet til den andre problemstillingen, det er der valgt å ha fokus på aktivisering i form av deltakelse på brukersenter.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2.0 presenteres tidligere forskning og teori som legger grunnlaget for valg av tema og føring for fokuset i oppgaven. Her viser jeg til forskning og teori som belyser omfanget av de utfordringene vi har knyttet til sosial ulikhet i helse. Videre er det teori om psykisk helse og en presentasjon om forskning på feltet sosial ulikhet innen psykisk helse. Det blir i dette kapittelet også presentert strategier og tiltak som er utformet av offentlige instanser.

Kapittel 3.0 er en redegjørelse for oppgavens teoretiske rammeverk. Her blir Aron Antonovsky og hans utvikling av begrepet *Salutogenese* og dets innhold presentert. Videre er det Kjell Underlid's teori som han har utviklet gjennom *Fattigdommens psykologi*(2005) som blir presentert. Det er her et fokus på erfaringer og opplevelser knyttet til knappe ressurser. Dette kapittelet legger grunnlaget for teorien som innlemmes i diskusjonsdelen.

I kapittel 4.0 redegjør jeg for valg av metode for undersøkelsen. Det er en presentasjon av utvalg, datainnsamling og en inngående beskrivelse av analyseprosessen. I tillegg er det i dette kapittelet fokus på etikk, både generell forskningsetikk, overveielser knyttet til det og refleksjon over egen rolle som forsker. Kapittelet avsluttes med en redegjørelse for studiens reliabilitet og validitet.

Kapittel 5.0 er en presentasjon av de funnene som er resultatet etter de fem intervjuene som er gjennomført. Kapittelet er delt opp i to ovenstående underkapitler som knytter seg til hver sin problemstilling. Problemstilling 1). *Hvordan opplever og erfarer enkeltindivider at knappe økonomiske ressurser påvirker deres psykiske helse?* blir delt ved å presentere funn knyttet til utrygghet og autonomi. Den andre problemstillingen 2) *Hva gir mening og styrke for disse individene og er det noe som kan forbedres?* er delt opp i hva som gir individene mening med fokus på brukersenter og avslutter med funn som kan besvare problemstillingen opp til hva som kan forbedres.

I kapittel 6.0 drøfter jeg funnene knyttet opp til problemstillingene. Funnene blir diskutert i lys av teori fra Antonovsky og Underlid i tillegg til tidligere forskning og teori som er relevant for studien og gjenspeiler funn i egen studie. På slutten av kapittelet er det en presentasjon av studiens styrker og svakheter.

Kapittel 7.0 er en oppsummering av de funn som er resultat av denne studien. Det er også en kortere refleksjon omkring videre arbeid og forskning som kan være aktuelt på feltet sosial ulikhet i helse.

2.0 Tidligere forskning

2.1 Sosial ulikhet i helse- folkehelseutfordring

Sosial- og helsedirektoratet definerer sosial ulikhet i helse;

”Med uttrykket «sosiale ulikheter i helse» siktes det til systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt. Sosiale ulikheter i helse kan dermed forstås som sosioøkonomiske forskjeller i helse”. (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 8).

Sosiale forskjeller knyttet til helse har vært et tema som er kjent i mange år. I et historisk perspektiv om sosiale ulikheter i helse skrev Sogneprest Eilert Sundt om fattigforholdene i datidens Christiania(1870). Allerede den gang ble det dokumentert og satt på dagsorden sosiale ulikheter i helse i Norge. Sundt trekker klart frem i boken at det er mer sykdom blant de fattige enn ellers i befolkningen(Sundt, 1870)

Sosiale helseforskjeller danner et trappetrinnsmonster (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Det tydeliggjøres her at det ikke kun er de mest marginaliserte gruppene som påvirkes av sosiale forskjeller, men at det er en gradient som viser til at god helse stiger i takt med sosiale forhold som inntekt. På vegne av Helsedirektoratet utarbeidet Elstad en rapport som omhandler sosioøkonomiske ulikheter i helse. Der trekker han blant annet frem at helseproblemene er hyppigere blant de som er «lavere» på samfunnsstigen i form av yrke, inntekt, utdanning med fler(Elstad, 2005).

Sett i et samfunnsperspektiv blir enkeltindividers helse påvirket av en rekke faktorer knyttet opp til sosioøkonomisk status. Folkehelseinstituttet publiserte i 2007 en faktarapport, der trekkes det blant annet frem hvor omfattende utfordring vi har i folkehelsen knyttet opp til sosiale ulikheter i helse. Overvekt, røykevaner, dødelighet, alkohol, somatiske og psykiske lidelser med flere trekkes frem, og det vises til en gradient i forhold til sosioøkonomisk status i en negativ retning(Folkehelseinstituttet, 2007). Både i Norge og internasjonalt har sosial ulikhet i helse blitt satt på dagsordenen for å i møte komme de helseutfordringene vi har nasjonalt og globalt(Sosial- og helsedirektoratet, 2005; WHO, 2008). Selv om det i mange år har vært et kjent samfunnsproblem har det først i de senere tiår vært på den politiske agendaen

i Norge. Etter at artikkelen *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe* ble publisert I *The Lancet* ble sosial ulikhet i helse tatt som et alvorlig problem også nasjonalt.(Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof & Geurts, 1997). Det var en rapport som viste at Norge også måtte handle i forhold til de utfordringene artikkelen viste at vi selv stod ovenfor. I 2014 kom det ut en kunnskapsoversikt over sosial ulikhet i helse i Norge. Den er skrevet med utgangspunkt i Stortingsmelding nr. 16(2010-2011) som blant annet legger føring for en gjennomgang av sosiale ulikheter i helse. Den tar for seg et bredt spekter innen dette feltet og viser til at vi fremdeles har store utfordringer og forbedringspotensial(Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014).

Sosioøkonomiske forhold kan ha konsekvenser for helse i likhet med at helse kan ha konsekvenser for individets sosioøkonomiske posisjon. Økonomiske forhold kan gå på bekostning av helsen i den form at den hos enkelte blir nedprioritert. I en rapport om hvordan foreldre skjerner barn for konsekvenser av å vokse opp med lav inntekt, kommer det blant annet frem at knappe økonomiske ressurser fører til at en mors omsorg for sin egen helse settes i bakerste rekke i forhold til andre prioriteringer(Thorød, 2006, s. 26). Liknende prioriteringer kommer også frem i *fattigdommens psykologi*(Underlid, 2005).

Sosiale ulikheter i helse blir knyttet opp til de sosioøkonomiske forholdene hvert enkelt menneske lever med. Det er strukturelle problemer som får konsekvenser for enkeltindivider, og rettes derfor til urettferdigheter som bør og kan forebygges. Dahlgren og Whitehead skrev i 2006 en rapport på vegne av WHO om strategier knyttet til hvordan man skal takle sosiale ulikheter i Europa, de definerer sosiale ulikheter i helse;

“Social inequities in health. These are systematic differences in health status between socioeconomic groups, as measured by income, education and occupation. All systematic social inequities in health within a country are socially produced, modifiable and unfair.”(Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 5).

Blant annet diskuterer de begrepet fattigdom og hvordan fattigdom påvirker helsen i negativ grad. Nasjonalt sett har vi som ovenstående rapporter og forskning viser, store utfordringer. Begrepet fattigdom kommer gjerne inn når det er snakk om lave inntekter og ressurser. I vårt land bruker vi derfor ofte begrepet *relativ fattigdom*. Denne fattigdommen skiller seg fra den

type vi ser i u-land. Relativ fattigdom handler om hvor mye en har tilgang til sammenliknet med andre i det samfunnet vi lever i (Edwards, 2008 s. 202).

Når forskningen ligger til grunn og viser til de utfordringene vi står ovenfor har vi en større mulighet å gjøre noe med dem. Sosial ulikhet i helse er systematisk frembrakte og er derfor mulige å endre. De største systematiske forskjellene vi finner i helse er når dødelighet og sykkelighet øker jo lavere sosial posisjon man har(Helsedirektoratet, 2009).

2.2 Psykisk helse

WHO definerer psykisk helse som:

“Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community”(WHO, 2007).

Med utgangspunkt i denne definisjonen er psykisk helse ikke bare rettet mot sykdom, men til individets opplevelse av seg selv og dens ressurser.

2.3 Sosial ulikhet i psykisk helse

Sosiale forskjeller finnes innen de ulike spektre ved helse, der i blant psykisk helse. Ulike studier og publikasjoner viser til en sammenheng mellom psykisk helse og sosial ulikhet.

Helseundersøkelsen i Oslo fra 2001 og helseundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå i 1998 og 2002 viser at det var flest med symptomer på psykiske problemer blant dem med lav sosioøkonomisk posisjon(Statistisk sentralbyrå, 2007, s. 83). Innen sosial ulikhet i psykisk helse finner en også gradienter hvor den sosioøkonomiske statusen kan ses i sammenheng med psykisk helse. Blant begge kjønn ser man en signifikant sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse, rapportert psykisk plage avtar i takt med at sosioøkonomisk status øker(Rognerud, Strand & Dalgard, 2002). Med utgangspunkt i Helseundersøkelsen fra 2001 publiserte Dalgard en artikkel i Tidsskrift for psykisk

helsearbeid. Den viser at det er en klar sosial gradient i psykisk helse da psykiske plager øker gradvis med hvor lavere sosial status man har (Dalgard, 2008, s. 255). I likhet med at sosioøkonomisk status kan virke inn på individets psykiske helse vil også den psykiske helsen kunne virke inn på individets sosioøkonomiske status. Dette er en gjennomgående diskusjon i forskningen, hvor det diskuteres hva som kom først; dårlig psykisk helse eller sosioøkonomisk status (Dalgard 2008; Rognerud et al., 2002; Murali & Oyebode, 2004). Stortings melding nr. 20(2006-2007, s. 25) trekker blant annet frem at Psykisk sykdom kan føre til fattigdom fordi sykdommen skaper problemer med hensyn til utdanning og arbeidsdeltakelse.

Det er gjort flere studier i forhold til levekår og helse. Ved psykisk helse er det ikke bare tatt utgangspunkt i psykiske lidelser, men også selvopplevde symptomer på psykiske plager. Kjell Underlid tar opp temaet opplevelse av fattigdom i *Fattigdommens psykologi*(2005). Der rapporteres det blant annet ulike følelsesspektre ved økonomiske problemer. Depressive følelser ble blant annet rapportert ved økonomiske vanskeligheter(Underlid, 2005 s. 166). En studie utført i Sverige ble det blant annet registrert høyere skår på selvrapportert symptomer på angst og depresjon blant gruppen som hadde økonomiske problemer, dette gjaldt også gruppen som var uføretrygdede eller arbeidsløse(Molarius et al., 2009). Liknende funn kommer frem i en nyere studie som fokuserer på arbeidsledighet hvor det rapporteres redusert psykisk velvære blant de som er arbeidsledige(Åslund, Starrin & Nilsson, 2014). Levekårsundersøkelsen fra 2005 utgitt av Folkehelseinstituttet, viser blant annet at personer som kommer fra sosialt utsatte grupper hadde høyere andel av psykiske plager enn resten av befolkningen(Myklestad, Rognerud & Johansen, 2008).

Med ett mangfold av forskning som viser til sosiale ulikheter i psykisk helse, ser vi at det er en stor utfordring vi står ovenfor innen folkehelsearbeidet. Fra et folkehelseperspektiv ønsker man å arbeide helsefremmende og forebyggende. Hvordan skal vi takle de utfordringene vi nå står ovenfor? For å kunne iverksette tiltak er en mulighet å få en bredere forståelse og sette seg inn i individenes livsverden, det er de som vet hvor ”skoen” trykker. Det er gjort mange epidemiologiske studier på dette feltet, som tidligere nevnt er det mangt av kvantitativ forskning og data som foreligger. Med utgangspunkt i forebygging av psykiske helseplager, er det fokusert for lite på psykologiske, sosiale og samfunnsmessige årsaker til psykiske helse plager selv om det er innen disse feltene man kan sette inn strategier for å forebygge(Norvoll, 2002).

Med bakgrunn i de sosiale ulikhetene i helse sier Wilkinson og Pickett noe som er ett godt utsagn med tanke på videre arbeid innen folkehelse og de utfordringene vi står ovenfor;

”Å forstå ulikhetenes konsekvenser gir oss plutselig et politisk verktøy for å håndtere velferden i hele samfunnet”(Wilkinson & Pickett, 2011, s. 61).

2.3 Strategier og tiltak rettet mot sosiale ulikheter i helse

Stortingsmelding nr 20 legger en føring på det nasjonale arbeidet med utfordringen vi står ovenfor i folkehelsearbeidet rettet mot sosial ulikheter i helse. Blant annet trekkes det frem viktigheten med et godt samarbeid og støtte til den frivillige sektoren. Dette er på et overordnet plan, og ikke bare rettet mot psykisk helse. De sier blant annet at likemannsarbeid i regi av frivillige organisasjoner kan oppleves som mer jevnbyrdig enn offentlige tilbud(St.meld 20, 2006-2007, s. 71). Etter denne Stortingsmeldingen har Helsedirektoratet siden 2009 gitt ut en årlig rapport som viser til oppfølgingen av utjevningen av helseforskjellene(Helsedirektoratet, 2012). Det er utarbeidet flere rapporter og offentlige dokumenter som viser til utfordringene og hvordan de kan bekjempes. Det å se utover muligheter som det offentlige har å tilby, fokuseres det nå i større grad på andre arenaer innen folkehelsearbeidet. Dette viser seg blant annet i Samhandlingsreformen som kom i 2009 hvor det legges en føring på å vektlegge forebyggende arbeid og viktigheten av å benytte seg av ressurser som er ute i samfunnet i form av frivillige organisasjoner(St. meld nr. 47, 2008-2009). I følge Stortingsmelding 47 er målet med folkehelsearbeidet flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller(St. meld nr 47, 2008-2009, s. 86). Jeg velger å ikke gå nærmere inn på de tiltak som kan og har blitt gjennomført innenfor de utfordringene vi har knyttet til sosiale ulikheter i helse da det vil bli svært omfattende.

3.0 Teoretisk rammeverk

Fra starten av prosessen har jeg reflektert over hva slags teoretisk forankring problemstillingene og eventuelle funn kunne knyttes opp i mot. Fra begynnelsen lå det ganske klart for meg at jeg ville se nærmere på Aron Antonovsky's teori rundt helse og begrepet *Salutogenese*. Etter hvert som prosessen utviklet seg og funnene jeg stod igjen med, ble teorien Kjell Underlid presenterer i *Fattigdommens psykologi* relevant med tanke på individers erfaringer og opplevelser rundt knappe ressurser.

3.1 Aron Antonovsky- Salutogenese

Aron Antonovsky f. 1923 er professor i medisinsk sosiologi og har en lang karriere innen dette feltet. Antonovsky publiserte i 1979 den salutogene modell i boken *Health, Stress and Coping*, bakgrunnen for dette var en studie han gjennomførte med israelske kvinner som hadde sittet i konsentrasjonsleire. Det som gjorde utslaget og vekket hans nysgjerrighet var kvinnenenes respons på psykisk helse, og at en stor andel av dem svarte at den var god på tross av hva de hadde vært igjennom (Antonovsky, 2012). Tidlig i sin karriere interesserte han seg for sosiale klasser og helse og senere påvirkningen av stress på helse. Han konkluderte med at alle opplever kaos og stress i løpet av livet, men spørsmålet han stilte var hvordan overlever vi på tross av det? (Lindstrøm & Eriksson, 2006, s. 240).

Antonovsky ser på helsefremmende arbeid ut i fra et salutogenetisk syn, hva holder mennesker friske fremfor hva som gjør mennesker syke (Earle, Lloyd, Sidell & Spurr, 2007, s. 49). I følge Antonovsky og hans salutogenese defineres helse som et kontinuum, et kontinuum mellom helse og uhelse hvor man opplever helse i ulike grader (Antonovsky, 2012, s. 27). Han utdyper det slik:

”Vi er alle døende. Vi er alle, så lenge det finnes et snev av liv i oss, i en eller annen forstand friske. Salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg” (Antonovsky, 2012, s 27).

Motsetningen til salutogenese er patogenese hvor mennesker blir kategorisert enten som friske eller syke. I et salutogenetisk perspektiv retter man fokuset mot de faktorer som fører mennesket til enden av kontinuumet, hvilke faktorer er helsefrembringende? (Antonovsky,

2012, s. 30). Salutogenese og det å arbeide ut i fra dette perspektivet på helse har i de senere år blitt mer fremtredende i folkehelsearbeid og særlig knyttet opp til psykisk helse(Langeland, 2014).

3.2 Sense of Coherence- Opplevelse av sammenheng.

Tilbake til spørsmålet Antonovsky stilte seg om hvordan mennesker overlever på tross av kaos og stress kommer han frem til det han kaller *Sense of Coherence*(SOC). Begrepet blir i norsk sammenheng oversatt til *Opplevelse av Sammenheng*(OAS). Salutogenese er bevisst på at det er stressfaktorer over alt, det som er avgjørende er hvordan individet takler en stressende situasjon og er i følge Antonovsky avhengig av hvor sterk SOC man har(Antonovsky, 2012; Antonovsky, 1996). Antonovskys begrep Sense of Coherence er knyttet til hvordan et menneske opplever en sammenheng/mestring av tilværelsen. Opplevelse av sammenheng er i følge han avgjørende i forhold til om et menneske bevarer sin plassering på kontinuumet eller eventuelt beveger seg mot helseenden(Antonovsky, 2012, s. 38).

3.2.1 Generaliserende motstandsressurser

Tett knyttet opp til SOC er det Antonovsky definerer som *generaliserende motstandsressurser*. SOC begrepet ble utviklet under hans arbeid ved å finne en teoretisk forklaring på sammenhengen mellom helse og generelle motstandsressurser som sosial støtte og en sterk jeg- identitet(Antonovsky, 2012, s. 105). Dette er spesifikke faktorer som kan være med på å øke personens motstandsdyktighet i form av håndtering av spenninger i hele livet, dette er da ressurser som bidrar til styrking av mestringen(Lorenz, 2007, s. 44). Motstandsressurser er også på et kontinuum hvor motstandsressurser er på den ene enden og motstandsunderskudd på den andre(Lorenz, 2007). Jo høyere man kommer på kontinuumet, jo mer sannsynlig er det at man har den type livserfaring som bidrar til en god OAS(Antonovsky, 2012, s. 50). Motstandsressurser og motstandsunderskudd la grunnlaget for utviklingen av SOC. Salutogenese fokuserer blant annet på å identifisere de motstandsressursene som kan fremme mestring av spenning i krevende situasjoner, jo høyere grad man har av personlige og kollektive motstandsressurser tilgjengelige og de kan

anvendes, jo bedre SOC og høyere grad av helse vil man oppleve (Langeland, 2014, s. 12-13). Altså vil man møte spenning i mange ulike situasjoner i livet, men om det går over til stress avhenger av om vi tar i bruk de motstandsressursene vi har tilgjengelige. Motstandsressursene er biologiske, materialistiske og psykososiale faktorer som gjør det lettere for mennesker å oppfatte deres liv som konsistente, strukturerte og forståelige. Disse motstandsressursene kan være penger, kunnskap, erfaringer, selvtillitt, sosial støtte, med fler (Lindstrøm & Eriksson, 2006, s. 241). Det er særlig de sosiale motstandsressursene Antonovsky fremhever, som fører til en bedre SOC. Det er gjort forskning på dette feltet, blant annet en svensk studie rettet mot alvorlig depresjon, hvor deltakerne rapporterer om lavere SOC. Det konkluderes blant annet med at kjernestenen i å heve personenes SOC ligger i ressursene som er i omgivelsene, som i dette tilfellet retter seg mot sosial støtte (Skärsäter, Langius, Ågren, Häggström, & Dencker, 2005). Det kommer da frem i denne undersøkelsen at de som er tett på pasienten må kartlegge svakhetene i personens sosiale ressurser samtidig som en iverksetter de tiltak som er nødvendige knyttet opp til manglende ressurser.

3.2.2 Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

Sense of Coherence består av tre kjernekomponenter/ begreper;

Den første er *begripelighet*, som handler om i hvilken grad personen forstår livssituasjonen, ytre eller indre stimuli som personen møter kan plasseres i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012; Antonovsky, 1996). Den andre kjernekomponenten er *håndterbarhet* som retter seg mot i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å kunne takle kravene man blir stilt ovenfor av stimuliene (Antonovsky, 2012, s. 40). Personen har tro på at de rette ressursene for å mestre situasjonen er tilgjengelige (Antonovsky, 1996, s. 15). Den tredje kjernekomponenten er *meningsfullhet*, personen opplever at utfordringen er meningsfull. Denne komponenten retter seg mot personens opplevelse av forståelighet rent følelsesmessig, at enkelte av tilværelsens problemer er verdt å bruke krefter på, eller som Antonovsky sier med korthet; disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41; Antonovsky, 1996, s. 15).

Ut i fra disse begrepene definerer Antonovsky SOC/OAS som;

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at(1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige.(2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i”(Antonovsky, 2012, s. 41).

3.3 Kjell Underlid- Knappe ressurser.

Kjell Underlid er utdannet psykolog og jobber nå som professor ved Høyskolen i Bergen. Han spesialiserte seg særlig innenfor fattigdom og sosial rettferdighet. Det er hans utgivelse av boken *Fattigdommens psykologi*(2005) jeg kommer til å legge til grunn i den teoretiske rammen. Fattigdommens psykologi er et resultat av en undersøkelse som ble gjennomført i 1999-2000, hvor 25 langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp er informanter. Undersøkelsen har hovedvekt av kvalitativ metode, men noe kvantitative data foreligger også. Selv om det ikke direkte er fattigdom jeg undersøker i min studie, ser jeg flere fellestrekk med Underlid's resultater og teori. Blant annet er hensikten i hans studie å kartlegge opplevelsen av fattigdom fra de fattige selv, det han kaller *fattigdommens psykologi*(Underlid, 2005, s. 55). Han legger det også til grunn i sin studie at det foreligger mye data rundt fattigdom kvantitativt, mens de fattiges egne opplevelser rundt livstilværelsen er magert, dette kommer også frem i beskrivelsen i valg av metode(Underlid, 2005, s. 25). I min studie er utvalget personer med erfaringer omkring nedsatt psykisk helse og sosioøkonomiske forhold, det omhandler en del av det samme som Underlid's utvalg; personer med knappe ressurser. Jeg vil allikevel presisere at jeg ikke definerer mitt utvalg som fattige, uavhengig om de kan det eller ikke. Det er fellestrekkene knyttet opp til opplevelser og erfaringer jeg vil fokusere på og legge til grunn i den teoretiske forankringen. Ettersom det er en norsk studie presiserer Underlid at det i denne sammenhengen er snakk om *relativ fattigdom*, en fattigdom som må ses i den konteksten den er i.

Med bakgrunn i økonomi og helse, rapporterte tre fjerdedeler at helsen hadde blitt påvirket til det verre på grunn av økonomiske problemer. Flere av respondentene fortalte at de hadde unnlatt å benytte seg av helsevesenet og apotekvarer på grunn av dårlig økonomi. Fra

halvparten til om lag ni tiendeler av respondentene rapporterte om psykiske plager med bakgrunn i ulike plagekategorier som matthet og svimmelhet, nervøsitet, indre uro, lett for å gråte, plutselig frykt uten grunn, søvnproblemer, håpløshet for fremtiden med flere(Underlid, 2005, s. 74). Underlid kartla et bredt spekter av de fattiges liv i denne undersøkelsen, i denne studien vil teori/funn som retter seg mot enkeltindividenes opplevelser og erfaringer knyttet til følelsesmessige og psykologiske forhold bli trukket frem.

3.3.1 Fire essenser knyttet til opplevelser og erfaringer

Hovedfunnene i Underlid's undersøkelse oppsummerer opplevelse av fattigdom i et rikt velferdssamfunn slik: a) utrygghet, b) autonomisvekking c) sosial devaluering og d) truet selvbilde og selvrespekt(Underlid, 2005; Underlid, 2008). Dette er de fire essensene han trekker frem som resultat i fattigdommens psykologi.

Opplevd utrygghet.

Cirka ni tiendeler av utvalget kjente seg mindre trygge med tanke på fremtiden, alle bortsett fra en rapporterte at de økonomiske problemene deres medførte negativt sprik mellom ønsket og faktisk trygghetsopplevelse.(Underlid, 2005, s. 81). De økonomiske problemene ga utslag i fryktrelaterte plager og at de forverret følelser som uro og bekymring, redsel, angst, nervøsitet, indre uro og plutselig frykt uten grunn. De økonomiske problemene førte til at de følte seg nervøse, redde, skjelve og skremte, nesten halvparten av utvalget svarte at økonomiske problemer intensiverte disse følelsene. En kvinne uttrykker blant annet angst for at hun er redd for å miste boligen sin, hun våknet flere ganger om natten og tenkte på utfallet(Underlid, 2005, s. 83). Resultatene viser at fattigdom skaper et subjektivt ubehag i form av en generell og uønsket utrygghetsopplevelse, fryktrelaterte helseproblemer og engstelige følelser(Underlid, 2005, s. 81).

Utvalget lever under det Underlid kaller for *knapphetstyranni*, det er en balansegang mellom inntekter og utgifter og det var lite som skulle til for å velte hele "lasset"(Underlid, 2005, s. 90). Det kommer også frem funn som viser til noen av de basale behovene vi mennesker har. Utrygghetsopplevelsen knyttet da opp til matmangel, en kvinne forteller blant annet at hun er

helt skrappt og bare har noen gulrøtter igjen(Underlid, 2005, s. 91). Opplevelse av utrygghet knytter seg i stor grad opp til økonomiske bekymringer.

Svekket autonomi:

Underlid retter svekket autonomi i denne sammenhengen mot blant annet selvstyre, at man har råderett over sitt eget liv(Underlid, 2005, s. 98). Den svekkede autonomien er her særlig rettet mot råderetten over økonomien og dets innvirkninger. Omtrent totredjedeler svarte at hele inntekten deres gikk til å dekke utgifter til bosted, dagligvarer og mer(Underlid, 2005, s. 98). Mange av respondentene rapporterte at den økonomiske situasjonen hindret dem i å gjøre ting de likte, hindret dem i å komme videre i livet, i mindre grad enn ønskelig så går det utover friheten til å gjøre det en vil i dagliglivet(Underlid, 2005, s. 101-102). Disse resultatene viser at de blir utsatt for det Underlid beskriver som *relativ deprivasjon*, at de har små økonomiske ressurser slik at de blir utelukket fra levemåter, skikker og aktiviteter som blir sett på som normale, ønskelige og verdige i det samfunnet vi lever i(Underlid, 2005, s. 103). De må utelukke aktiviteter, kjøp og sosiale møter på bakgrunn av de knappe økonomiske ressursene de har rådighet over(Underlid, 2008). *Knapphetstyrani* blir også rettet mot autonomisvekkelsen, det går på innsnevret økonomisk handlingsrom som retter seg mot opplevelsen av å føle seg ”låst” eller ”bundet i hender og føtter”(Underlid, 2005, s. 110). Det respondentene rapporterte som den verste effekten av *knapphetstyrani*, var når det rammet sosial deltaking(Underlid, 2005, s.112).

Sosial devaluering:

Denne delen handler om hvordan de fattige beskriver seg selv sett i fra andres ståsted, hvordan tror de andre utenforstående beskriver dem. Et stort flertall av respondentene kjente seg negativt vurdert som fattige på områdene som gjelder personlighetstrekk og moralske egenskaper(Underlid, 2005, s. 121). De følte at de ble sett ned på og hadde mindre respekt med bakgrunn i at de var bevisste at de tilhørte en sosial kategori som blir negativt evaluert av folk flest. Det kom også med tanke på at andre kjente til deres situasjon. Knyttet opp til sosial devaluering ble deres opplevelser tolket som avmakt, tap av ressurser, relativ deprivasjon at de blir holdt utenfor goder andre kan benytte og sosial marginalisering. Det handler også om deres uønskede situasjon, de følte seg ydmyket og lite verdighet. Sosial devaluering kommer også frem på bakgrunn av at respondentene ofte følte seg dårlig behandlet av andre mennesker, da gjerne innenfor det byråkratiske system(Underlid, 2005; Underlid, 2008). Som Underlid sier; ”*Individa møter ikkje fattigdommen med blanke, uskrivne ark, men med ein*

sosiokulturell bagasje som vil vere prega av den tid og det samfunn dei har levd i.”(Underlid, 2005, s. 129).

Truet selvbilde og selvrespekt/verdighet:

Den siste essensen i fattigdommens psykologi er truet selvbilde og selvrespekt(Underlid, 2008, s. 218). Denne essensen omhandler mye hvordan respondentene definerer og ser på seg selv og sin egen situasjon. Store deler av utvalget mente at de blant annet tilhører det laveste nivået på klassehierarkiet.(Underlid, 2005). På spørsmål om de følte at den økonomiske situasjonen hadde noe å si på deres selvrespekt/verdi, svarte fire femtedeler ja(Underlid, 2005, s. 137). Det at de økonomiske problemene påvirket hvordan de så på seg selv rettet seg mot deres svekkede handlingskompetanse og handlingsautonomi, de økonomiske problemene førte også til at flere kjente på skam og mindre stolthet(Underlid, 2005, s. 138). Mestringsbegrepet sett i et fattigdomsperspektiv, retter Underlid mot et *mestringssvik*. Han begrunner dette i at fattige er offer for en feilslått politikk og et samfunn der goder og byrder ikke er fordelt rettferdig. Det blir derfor i følge han et mestringssvik fra styresmaktenes side og fra samfunnet generelt som ikke bryr seg om dette problemet. Underlid understreker da at man i en slik sammenheng når det kommer til fattige at det er mer relevant å bruke begrepet *psykososiale overlevelsesstrategier*(Underlid, 2005, s 97).

En videre beskrivelse av de fire essensene i *Fattigdommens psykologi* og andre funn vil bli mer frembrakt når jeg knytter de opp til funn jeg har i min egen studie.

4.0 Metodisk tilnærming

4.1 Valg av metode

Ved denne studien har målet vært å bringe frem informantenes opplevelser og erfaringer på et utfyllende og dypere plan, av den grunn har valget falt på kvalitativ metode. Hensikten har vært å forstå deres opplevelse og erfaringer sett i fra deres perspektiv.

Målet ved kvalitative forskningsintervju er å få frem betydningen av menneskers erfaringer og innsyn i deres opplevelse av verden, det søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2012 s. 21).

Det er ved denne metoden en streben etter en dypere innsikt og forståelse enn å finne generaliserbare data som ville vært aktuelt ved en kvantitativ studie. En kvalitativ metode søker å gå i dybden og søker en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013, s. 17).

Ut i fra den kvalitative tilnærmingen er det hentet inspirasjon fra den fenomenologiske tilnærmingen og Grounded Theory. Disse metodene innen for den kvalitative metode har lagt en føring innen ulike deler av prosessene i studien. Den fenomenologiske metoden er brukt som føring helt i fra begynnelsen av prosessen da det var enkeltpersoners erfaringer jeg var på søken etter. I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som retter seg mot en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 45). Det er også hentet inspirasjon fra Grounded Theory som er utviklet av Glaser og Strauss. Grounded theory har ikke til formål å teste eksisterende teori, men å utvikle en teori induktivt (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 209). Det er i analysedelen, særlig med tanke på koding av datamaterialet inspirasjonen kommer inn.

Coding is the pivotal link between collecting data and developing an emergent theory to explain these data (Charmaz, 2006, s. 46).

Ved å kombinere de to tilnærmingene i det kvalitative arbeidet og bruke de som base i prosessen, har jeg fått en bredere innsikt og struktur, mer om dette i analysedelen.

4.2 Utvalg

Utvalget i denne studien har vært enkeltindivider som har eller har hatt en selvopplevd erfaring knyttet til nedsatt psykisk helse. Det har ikke vært spesifikke inkluderings kriterier knyttet til diagnoser. Ettersom det er en kvalitativ studie har det ikke vært ett mål å få generaliserbare data. Det ble derfor satt en grense på informanter med maks ti og minimum fem personer. For å rekruttere deltakere til en slik studie valgte jeg i samråd med veileder å fokusere på individer som benytter seg av lavterskeltilbud i kommunen i form av dagsenter/brukersenter innen psykisk helse.

Samtlige informanter måtte være over 18 år, snakke norsk, være klare og orienterte, og være deltaker ved ett brukersenter/dagsenter. Hovedkriteriet var at de hadde eller hadde hatt erfaring med nedsatt psykisk helse. Ut i fra den fenomenologiske tilnærmingen er det avgjørende at informantene har erfaring omkring det aktuelle tema. Valget av informanter i en fenomenologisk forskning er å velge informanter som har en livserfaring rundt fenomenet og som er villige til å fortelle om det(Laverty, 2003). Informantene som er intervjuet er alle aktive brukere ved brukersentre i regionen, unntagen en som nylig hadde sluttet, men som hadde benyttet seg av tilbudet over lengre tid. Informantene kommer fra to forskjellige brukersenter i to forskjellige byer i sør- Norge.

4.3 Datainnsamling

Først kartlegget jeg hvilke brukersenter og andre lavterskeltilbud som eksisterer i denne regionen innen psykisk helse. Min veileder anbefalte meg å ta kontakt med en leder ved et brukersenter som hun har samarbeidet med tidligere. Før jeg begynte den aktive rekrutteringen sørget jeg for at de ulike søknadene av etisk karakter var godkjente, viser til kapittel 4.5.

Det ble sendt e-post til flere brukersentre i regionen, det var svært god respons fra den anbefalte lederen, men ingen respons fra andre brukersenter/lavterskeltilbud. Etter litt korrespondanse per e-post med lederen for brukersentrene ble vi enige om at jeg skulle sende en kortfattet oversikt og informasjonsskriv(VEDLEGG 1) som han kunne presentere for

brukere ved to ulike brukersenter. Uken etter hadde jeg ett personlig møte med lederen, han hadde da med en liste hvor syv personer hadde skrevet seg opp på liste og kunne tenke seg å delta i studien. Det blir da en utvelging ved seleksjon hvor enhetene selv bestemmer om de vil være med i undersøkelsen (Larsen, 2008, s. 77). Ved å møte lederen fikk jeg også en unik mulighet til å få bedre innsikt og informasjon om brukersentrene, jeg fikk også ved dette møtet bekreftet at samtlige av deltakerne som hadde satt seg opp på liste hadde i ulik grad erfaring med nedsatt psykisk helse. Det ble gjort avtale om lån av rom ved brukersenteret for gjennomføring av intervjuer. Etter dette møtet begynte jeg å ringe de aktuelle deltakerne som hadde skrevet seg opp, for å avtale tider for intervju. De fleste ville bli intervjuet på brukersenteret, mens det var en som ønsket å komme til universitetet og bli intervjuet der. Fem av de syv som var oppført på listen fikk jeg tak i og gjorde avtale om intervju, to falt fra da det ikke var mulig å oppnå kontakt med dem.

Det å forstå enkeltindividenes livsverden og meninger omkring de ulike fenomenene har satt en standard i form av at intervjuene har foregått som et semistrukturert livsverdenintervju. Jeg har da benyttet en intervjuguide som ga noen holdepunkter med tanke på problemstillingene, det var åpent i den form at intervjuene skulle foregå mer som en samtale, samtidig som den hadde en viss struktur i form av tema. Et semistrukturert intervju er verken åpen samtale eller et lukket spørreskjemasamtale (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 47). Intervjuguiden var satt opp i form av ulike tema; basis informasjon, dagsenter, psykisk helse, utdanning, arbeidssituasjon, økonomi og sosioøkonomiske forhold som en oppsummering. Til hvert tema lagde jeg underspørsmål som kunne være vesentlig å følge opp (VEDLEGG 2).

Samtlige av informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet før intervjuene ble gjennomført. Ett informasjonsskriv med samtykkeerklæring og frivillighet ble utarbeidet som informantene skulle signere. Informert samtykke utgjør en betingelse for gjennomføring av studiet (Fossheim, 2009). Informasjonsskrivet inneholdt kortfattet informasjon om prosjektet, anonymisering av data og bruken av den til min masteroppgave/publisering, frivillig deltakelse med henstilling til at personen kan trekke seg uten begrunnelse og rett til innsyn og sletting av opplysninger. (VEDLEGG 3). Hver deltaker beholdt et eksemplar selv, mens jeg tok med det med underskrift. Før intervjuene ble igangsatt og før de signerte spurte jeg samtlige om det var noe de lurte på eller som ikke føltes greit. Samtlige av de fem informantene samtykket og signerte. Under intervjuene hadde jeg intervjuguiden foran meg litt til siden slik at jeg kunne se på den om samtalene sporet av.

Intervjuer ble tatt opp på lydbånd og de hadde en varighet på alt fra tjuéfem minutter og opp til to timer.

4.4 Analyse og tolkning

I analysearbeidet har det vært avgjørende å beskrive det gitte så presist som mulig. Transkriberingen av lydbåndene ble skrevet nøyaktig ordrett ut fra hva informantene fortalte og hva jeg som intervjuer spurte om. Etter gjentagende gjennomlesing av de transkriberte intervjuene begynte jeg det analytiske arbeidet med meningskoding, dette innebærer at det knyttes ett eller flere nøkkelord til ett tekstavsnitt med henblikk på senere å kunne identifisere en uttalelse (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 208).

I denne delen av analysearbeidet har jeg hentet inspirasjon fra Grounded theory (Charmaz, 2006) og det Thagaard kaller for *Tematiserte tilnærminger* (Thagaard, 2013). Jeg begynte med å lese igjennom samtlige transkriberinger gjentatte ganger, etter dette delte jeg opp utsagnene ut i fra temaene i intervjuguiden. Dette var ikke tilstrekkelig for å få oversikt, videre tok jeg derfor for meg hvert enkelt intervju og satte de opp i skjema med meningskodinger, dette gjorde jeg ved å dele opp i tre bolker; utsagn, kortform og stikkord/kategori/begrep (VEDLEGG 4). På den måten kunne jeg rette begreper og sette utsagnene opp til kategorier slik at de ulike intervjuene kunne knyttes til hverandre.

Ved å ha lest igjennom mange ganger og brukt tusjer til å farge de ulike begrepene/kategoriene lagde jeg nye hovedkategorier; Samspill, Frivillig deltakelse, Forebyggende og Dagligliv/ Utgifter, med bakgrunn i intervjuguiden. På denne måten kjørte jeg nå funnene sammen i form av kategoriseringer. Det ble da lettere å trekke frem hovedfunn og avgjørende utsagn og jeg fikk en bedre oversikt og struktur.

Det var et massivt datamateriale jeg nå hadde foran meg, selv om det nå var kategorisert og kodet. Ettersom det opplevdes vanskelig å utelukke funn og gå videre med analysedelen gikk jeg tilbake til problemstillingene og avgrenset nå funnene knyttet opp til dem. Jeg kategoriserte igjen med bakgrunn i problemstillingene og hovedfunn i to nye hovedkategorier; Økonomi og psykisk helse og sysselsetting (aktivitet). Igjen etter dette kategoriserte jeg på nytt

funnene, resultatet er det som kommer frem i kapittel 5.0. I analyseprosessen har jeg vært opptatt av å beholde sammenhengen i utsagnene og å få frem de opplevelser og erfaringer som er knyttet opp til problemstillingen. Målet med Grounded theory er å utvikle kategorier som gir en fullstendig beskrivelse av de opplevelser og handlinger som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 209).

Sammen med Grounded theory og det Thagaard kaller for *Tematiserte tilnæringer*, har jeg i tillegg hentet inspirasjon/føring for analysearbeidet fra den fenomenologiske tilnærmingen fra artikkelen "*den deskriptiva fenomenologiska humanvetenskapliga metoden*" (Robinson & Englander, 2007). De tar der for seg dataanalysen stegvis med bakgrunn i den fenomenologiske metode. Ved å hente inspirasjon fra de ulike tilnærmingene har jeg fått en bredere forståelse i hvordan dataanalyse i kvalitativ metode kan gjennomføres strukturert og vitenskapelig.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Helt i fra starten av med utarbeidelsen av prosjektplanen har jeg vært bevisst på de etiske aspektene rundt studien. Å være bevisst de etiske normer og regler igjennom alle faser har vært avgjørende i dette vitenskapelige arbeidet. Det å ta hensyn til etiske problemstillinger er noe som bør gjøres under hele prosessen fra start til slutt (Kvale & Brinkmann, 2012,).

Som fersk forsker satte jeg meg inn i de gjeldene lover og regler som videre ville legge føring for mitt prosjekt. Personer med psykiske vanskeligheter blir ofte fra forskningsfeltet definert som sårbare, jeg satte meg derfor inn i etikken som omfatter forskning på sårbare grupper. Helsinkideklarasjonen legger føring for etiske aspekter ved forskning, særlig med tanke på sårbare grupper. Ingen som driver med forskning i dag kan la være å forholde seg til den (Førde, 2013). Min rolle som forsker er å sørge for at de etiske aspektene blir ivaretatt. Med de etiske retningslinjene og normene til grunn har jeg kunnet gå ut i feltet og hente data fra individer med erfaringer knyttet til problemstillingene. For å få innsikt og forståelse i deres livsverden er en avhengig av data som kommer direkte fra de med erfaringene (Borg & Kristiansen, 2009). Jeg ser også dette som en avgjørende betingelse for at forskningen innen feltet skal utvikle seg, slik at det frembringes ny vitenskapelig kunnskap på feltet. En sårbar

gruppe trenger ikke å bli en ekskludert gruppe, så samt man tar korrekte etiske overveielser(Hem, 2009).

Personopplysningsloven som tredde i kraft i 2001 legger en klar føring på at det er meldeplikt på prosjekter som involverer personer(Personopplysningsloven, 2001). Forskningsprosjektet ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste(NSD). Prosjektet ble godkjent av NSD (VEDLEGG 5) mot at det ble tilføyd på samtykkeerklæringen prosjektslutt, dette ble gjort omgående og ettersendt NSD. Når prosjektet var godkjent hos NSD søkte jeg godkjenning av prosjektet hos Fakultetets etiske komité(FEK) ved Universitetet i Agder. FEK ytret et ønske om at prosjektet skulle sendes til framleggsvurdering hos REK, dette ble gjort i samarbeid med min veileder. Svaret fra REK var at prosjektet kunne gjennomføres uten godkjenning fra dem slik at en fullverdig søknad ikke var nødvendig(VEDLEGG 6).

I prosessen har det vært etisk avgjørende å sørge for en anonymisering av informantene. Jeg tilhører en region hvor man innen ulike felt, særlig psykisk helse merker at forholdene fort kan bli ganske små. For å hindre gjenkjennelse og sikre anonymiseringen har jeg derfor bevisst utelatt å bruke navnene på brukersentrene og hvilke byer de tilhører. I selve presentasjonen av funnene har jeg valgt å anonymisere informantene helt ved å gi samtlige samme kjønn, hunnkjønn. Dette har jeg gjort for å sikre anonymiteten ytterligere.

Med bakgrunn av målgruppen har det vært en bevissthet fra starten at informantene ikke skal få negative følger ved å delta i dette prosjektet. På forhånd ble det en del refleksjoner rundt deres sårbarhet, da særlig med tanke på hvordan de ville utlevere seg til meg. Under intervjuene var jeg bevisst på å skape en tillit oss i mellom, videre var jeg oppmerksom på om deltakeren kviet seg for å svare på enkelte spørsmål. Jeg lot det da ligge og forsøkte å trekke det inn ved senere anledninger eller lot det ligge om informanten ga uttrykk for å ikke utdype mer. Jeg sa også klart i fra ved noen anledninger at informanten kunne stoppe om hun følte det ble for mye. Noen av informantene hadde et større taletrykk enn andre, når tema sporet av ut i fra studiens hensikt stoppet jeg deltakeren for å skåne henne eller tredjepersoner. Overveielser rundt konsekvensene av informantenes uttalelser ble overveid både før og under intervjuene. Som forsker har man et spesielt ansvar ovenfor deltakerne, ansvaret retter seg mot at det skal unngås skade eller alvorlige belastninger på de som det utforskes på(De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013).

4.6 Egen rolle som forsker

Ideen til denne studien har jeg som tidligere nevnt fått blant annet gjennom mitt arbeid som sykepleier i psykisk helsearbeid. Det var der en del brukere som slet med sosioøkonomiske faktorer i tillegg til sin helse tilstand. Sosial ulikhet i helse har også vært et aktuelt tema i undervisningen i folkehelsevitenskap på universitetet. Med bakgrunn i dette, hadde jeg fra før en forforståelse innen det feltet jeg nå gikk inn i. Mine erfaringer, kunnskaper og kjennskap til feltet er min forforståelse som jeg drar med meg inn i arbeidet. Jette Fog beskriver forforståelsen som dobbel;

”For-forståelsen er dobbelt- den består både af tavs viden og daglidags erfaringer gjort som menneske og borger, og den består af det teoretiske og begreplige fundament, man har som fag-person.”(Fog, 1995, s. 166-167).

Med bevissthet omkring mine forforståelser, har jeg forsøkt å være så objektiv som det er mulig å være. Fra starten i prosessen med utarbeidelse av intervjuguide og under intervjuene har jeg vært bevisst på at mine forforståelser ikke skal legge for stor føring i form av ledende spørsmål og liknende. Med en åpenhet og bevissthet omkring mine forforståelser kunne jeg lettere legge de til side, noe som kan bidra til å styrke min objektivitet og søken etter ny kunnskap og erfaring innen feltet. Feltkunnskap og forforståelse er ikke negativt så lenge den gjøres eksplisitt og forskeren drøfter betydningen av denne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Hans- Georg Gadamer utviklet begrepet forforståelse, vi møter aldri verden forutsetningsløst (Gilje & Grimen, 1993, s. 148). Hvordan vi skal håndtere vår forforståelse fokuserer han på åpenhet, da særlig med tanke på åpenhet omkring nye erfaringer (Nystrøm & Dahlberg, 2001). Ved å erkjenne min forforståelse og være den bevisst har jeg gått åpent ut i feltet med tanke på å få nye erfaringer, og vært bevisst at de ikke skal legge føring for hvordan resultatet skulle bli.

Mennesker med nedsatt psykisk helse kan være i en situasjon hvor det er mange følelser involvert. Som fersk forsker var jeg bevisst på at jeg under intervjuene ikke skulle gå inn i en type sykepleierrolle eller bli for medmenneskelig. Enkelte av informantene hadde svært

personlige beretninger, det ble for meg da ved flere anledninger naturlig å lytte, samtidig som jeg overveide deres utleveringer underveis med tanke på deres beskyttelse. Jeg tolket også samtaleene når de kom på så personlige plan som et tegn på tillit oss i mellom. Under transkripsjonen hørte jeg mer sammenhengen med de personlige beretningene og hvordan det igjen kunne føres tilbake til problemstillingene. Ved å ikke avbryte og ved flere anledninger la de fortelle det som falt dem naturlig, opplevde jeg å få svært nyttige funn

Det har vært krevende å finne den rette balansen, hvor jeg som forsker er ute etter informantenes erfaringer, samtidig som de skal beskyttes. Jeg gjorde meg refleksjoner også i ettertid, da det hos enkelte var svært sterke historier de kom med. Angret de på det de sa? Ingen av informantene ga uttrykk for det umiddelbart etter intervjuene, samtidig har jeg som forsker en trygghet i det informerte samtykket hvor de har hatt anledning å kontakte meg i ettertid, ingen har gjort det.

I møtet med deltakerene under intervjuene ser jeg det som en styrke den erfaringen jeg har omkring kommunikasjon gjennom tidligere arbeid. Under disse møtene var jeg bevisst på min fremtoning når det kom til nonverbale og verbale kommunikasjons metoder. Blant annet kom dette tydelig frem når det ble stillhet, jeg fryktet den ikke og brukte den heller som et redskap i kommunikasjonen. I tillegg var jeg bevisst på å bruke et mer hverdagslig språk enn ord som kunne oppfattes som fagspråk/ekspertspråk. Fagspråk/ekspertspråk i møtet med det enkelte mennesket kan ha en undertrykkende, dehumaniserende virkning (Bøe & Thomassen, 2007, s. 22).

Under hele prosessen har det vært avgjørende for meg å være klar over min ferske rolle som forsker. Jeg har ansett hele prosessen fra start til slutt som en læringsprosess. I de situasjoner hvor jeg har vært usikker på noe har jeg henvendt meg til veilederen min for å få råd. Denne innsikten i egen kompetanse anser jeg som en nødvendig del av min læringsprosess, slik at jeg ikke har endt opp med å trå over min egen kompetanse. Hele dette studiet har vært et selvstendig arbeid, med veiledning fra Anne Brita Thorød. Det har da vært avgjørende å ha en person med faglig tyngde i ryggen, samtidig som jeg har ønsket å være så selvstendig som mulig.

4.7 Studiens reliabilitet og validitet

Ved kvalitativ metode stilles det andre krav til gyldighet og pålitelighet enn hva det gjøres ved kvantitative metoder. Det blir i en slik studie jeg har gjennomført vanskelig å knytte validiteten opp til for eksempel målbarhet. Jette Fog trekker frem at den kvalitative metodens krav retter seg mot det hun kaller forskerens ”*kvalitetskontrol*”, at man forsikrer både forskeren og leseren om at undersøkelsen er troverdig. (Fog, 1995, s. 155.).

4.7.1 Reliabilitet

Reliabiliteten, altså påliteligheten i forskningssammenheng knytter seg til hvorvidt resultatene vi har er reproduerbare. Reliabilitet har med hvor vidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 250). Dette er en problemstilling jeg har diskutert og vurdert flere ganger under denne prosessen. Ville mine informanter sakt det tilsvarende om de hadde blitt spurt om det samme ved ett senere tidspunkt av en annen forsker? Det vil jeg mest sannsynlig aldri få svar på. Jeg tviler på det, da det er mange komponenter som spiller inn og samtalen vil da endre seg under veis. Dette kan være seg tid og rom, min uerfarenhet knyttet til intervjuer, informantenes relasjon til meg, med mer. Hva som skjer i de mellommenneskelige relasjonene har en stor betydning, måten jeg har fremstått og kommunisert er av betydning for resultatene som kommer fram. Repliserbarhet blir ved kvalitativ forskning ikke aktuell da nøytraliteten ikke er til stede. Thagaard retter den kvalitative metodens pålitelighet til forskerens redegjørelse for hvordan dataene har kommet fram under forskningsprosessen, forskeren må *argumentere for reliabiliteten* (Thagaard, 2013, s. 202). Dette har jeg blant annet gjort gjennom presentasjonen av utvalget, datainnsamlingen og analysen og ved drøftning underveis i presentasjonen av oppgaven.

Likevel er jeg bevisst på at de funnene jeg har kommet frem til er erfaringer informantene tidligere har opplevd og de har derfor allerede funnet sted, erfaringene er der og er frembrakt, det er muligens formuleringene som ville endret seg over tid? Fog(1995) diskuterer påliteligheten opp til konsistent, både hos meg som forsker og hos informantene. Min konsistent har jeg mer kontroll på med tanke på hvordan jeg fremstår og ordlegger meg, men allikevel er den dynamisk. Stiller jeg informantene de samme spørsmålene? Er kroppsspråket

mitt entydig i samtlige intervjuer? Svaret er nei, samtlige av intervjuene har vært semistrukturerte intervjuer, de har foregått som en samtale hvor spesifikke temaer har blitt tatt opp, men ordleggingen og fremtoningen av spørsmålene er ulike fra intervju til intervju. Kroppsspråket har også vært endret, da jeg startet med det første intervjuet som passe ansent forsker, men avsluttet det siste intervjuet med et tryggere forhold til rollen. Selv om forsker studerer samme situasjon flere ganger, kan ikke forskeren opptre på samme måte og få de samme resultatene gang på gang(Thagaard, 2013, s.203).

Påliteligheten ved resultatene jeg har i datagrunnlaget retter seg også mot de informantene jeg har intervjuet. Enkelte av funnene er gjentakende hos flere av informantene, dette dreier seg da mye omkring økonomi og aktivitet(brukersenter). Mine refleksjoner retter seg da mot hvor vidt de resultatene jeg har er avhengig av utvalget i studien. De ble alle rekruttert gjennom brukersenter, deres erfaringer omkring dette ville jeg ikke fått hos andre som ikke er aktive brukere. Dette dreier seg også om funnene omkring økonomi, hvilke resultater ville vist seg om det var informanter som hadde god økonomi? Hva ville de to informantene som ikke ble fullverdig rekruttert hatt å komme med? Og eventuelt brukere fra andre brukersenter? Som forsker ville jeg være så objektiv og åpen til det informantene hadde å komme med, det har fra starten av også ligget klart at jeg ikke har vært ute etter generaliserbarhet. Jeg må som forsker innen det kvalitative feltet da akseptere dataene nøyaktig som de er; ett innblikk i enkeltindividers erfaringer og opplevelser.

Etter hvert intervju satte jeg meg umiddelbart ned for å skrive refleksjonsnotater, i disse notatene reflekterte jeg over hvordan informantene hadde fremstått og hvordan jeg følte det gikk for min del som forsker. Ved å gjøre dette hadde jeg en tryggere base ved å få frem det nonverbale som foregikk under samtalen og for min egen utvikling som forsker. Etter refleksjonene startet jeg umiddelbart transkripsjonene hvor opptakene på lydbånd ble gjort om til tekst. Jeg har valgt å gjøre dette selv ved å spille av lydbåndene gang på gang og skrevet ordrett det som ble sakt. Etter hver transkripsjon sikret jeg tiltroen til det skriftlige resultatet ved å spille av lydbåndet og dobbeltsjekke at det var en direkte overførbarhet mellom det muntlige og skriftlige resultatet. Jeg var her nøye med å få med ikke bare det verbale, men også det nonverbale språket som smil, tungpust, lange pauser også videre. Påliteligheten kan også styrkes ved at flere forskere deltar i prosjektet(Thagaard, 2013, s.203). Da dette har vært ett selvstendig studie har det allikevel vært helt avgjørende å samarbeide med Anne Brita Thorød som er veileder. På den måten har jeg styrket påliteligheten ved å diskutere og

reflektere under prosessen og fått konstruktive tilbakemeldinger fra veilederen som er erfaren innen det kvalitative forskningsfeltet.

4.7.2 Validitet

”Validitet i samfunnsvitenskapene dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke” (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 250).

Det empiriske materialet som foreligger i denne studien er frembrakt ved kvalitativ metode. Problemstillingen er da avgjørende for hvilken metode man skal benytte for å besvare det man ønsker å undersøke. Hensikten var å gå i dybden, få innsikt og forståelse omkring erfaringer og opplevelser, det falt seg da naturlig å velge den kvalitative metoden. Validitet er knyttet til tolkning av data(Thagaard, 2013, s. 205). Er de tolkningene av datamaterialet jeg har kommet frem til gyldige? Ved analysearbeidet har jeg arbeidet strukturert og delt inn i kategorier som retter seg opp til problemstillingene. Under analysearbeidet har det da vært avgjørende å ikke ta informantenes utsagn ut av sammenheng. På den måten har jeg styrket validiteten i det empiriske materialet som blir resultatet. Det opprettholdes da en troverdighet til mitt arbeid og resultat, noe annet ville jeg ansett som fusk.

Validiteten styrkes når tolkninger fra ulike studier bekrefter hverandre(Thagaard, 2013, s.208). Før studiet ble igangsatt satte jeg meg inn i tidligere forskning på feltet psykisk helse og sosial ulikhet. Det fremkommer som jeg viser til i kapittel 2.0 at det er rikelig med teori og forskning på feltet med hovedvekt på kvantitative studier. Det har under prosessen fra start til slutt vært vanskelig å finne kvalitative forskningsartikler og teori som kan knyttes direkte til problemstillingene. Det er søkt i internasjonale databaser, norske og utenlandske tidsskrifter med både norske og engelske søkeord. Det er mulig det foreligger ytterligere kvalitative data fra tidligere forskning på området, men at jeg rett og slett ikke har klart å oppdrive det. Kjell Underlid som har skrevet *Fattigdommens psykologi*, legger blant annet manglende forskning innen oppleving av fattigdom som hans begrunnelse for valg av metode(Underlid, 2005). For å styrke validiteten i mine funn har jeg valgt å støtte de opp til Underlid’s teori omkring knappe ressurser og Antonovsky’s teori knyttet til begrepet salutogenese.

5.0 Resultater

I dette kapittelet er det funn i fra min studie som blir presentert. De funn som kommer frem her er de resultatene som knyttets opp til de aktuelle problemstillingene. Det er delt opp i to underkapitler, en for hver problemstilling.

5.1 Økonomiens påvirkning på den psykiske helsen

Med bakgrunn i problemstillingen ”*Hvordan opplever og erfarer enkeltindivider at knappe økonomiske ressurser påvirker deres psykiske helse?*” blir det her presentert funn fra studien som kan bidra til å besvare problemstillingen.

Under intervjuene så var det av interesse å kartlegge hvordan informantene opplever eller har en opplevelse av at sosioøkonomiske forhold påvirker deres psykiske helse. Samtlige av informantene trakk frem økonomi som den mest fremtredende faktoren. Dette kan skyldes at det har en sammenheng videre både med bo muligheter, jobbsituasjon og utdanning. Hvordan økonomien påvirker deres helse kommer frem på ulike måter, både direkte og indirekte. Flere av informantene uttrykker et psykisk press på dem selv når det kommer til økonomi og at dette gir utslag i ulike fysiske og psykiske reaksjoner. Det blir en u håndterbar situasjon som forverrer helsen. De begrepene som kommer frem og som knyttes opp til deres livssituasjon omkring økonomi og psykisk helse er mangel på autonomi, utrygghet, følelse av u håndterbarhet, isolasjon, marginalisering eller fare for det, manglende valgfrihet, mangel på håp, redusert livskvalitet, ulykkelig, svekket håndterbarhet og fornektelse av problem/unnvikelse, ydmykelse og skam. Jeg velger å dele dette kapittelet opp til begrepene autonomi og utrygghet.

Autonomi:

Flere av informantene gir uttrykk for at de økonomiske problemene gir de dårligere valgfrihet til å gjøre det de har lyst til og delvis aktiviteter som er normale i et slik samfunn vi lever i.

Det blir ett tap av selvstyre og råderett over sin egen livsutfoldelse. De forteller om basale behov som må ofres på bakgrunn av deres økonomiske knapphet, blant annet må sosiale aktiviteter som å besøke venner og familie nedprioriteres og det å velge selv hvor de vil bo kom også frem hos flere informanter. En informant forteller om at hun ikke har hatt råd til å besøke venner;

”Også dette med økonomi, HELE det jeg snakker om nå det er tufta på dårlig økonomi. Hadde du hatt penger, så kunne du...jeg har venner i Danmark, kunne tatt en tur ditt, har venner rundt omkring, bare tatt meg en tur til dem, men det har jeg ikke hatt penger til. Og det, DET påvirker meg.”

I vårt samfunn er det fokus på frihet og da særlig at mennesker skal ha mulighet til valgfrihet. Det å ha muligheten til å gjennomføre valg som vil føre til en bedre livstilværelse for deg selv er viktige muligheter, men med dårlig økonomi blir denne valgfriheten svekket og enkeltindivider står da i fare for stå utenfor samfunnet, fare for marginalisering. Inntekten din gjør at du ikke får den valgfriheten som kan sørge for at du får dekket dine behov, en uttrykker det slik;

”men jeg tror nok det at de som sitter med dårlig inntekt, gjør at psyken deres er på andre nivåer. Men generelt det går vel på alle kategorier i livet....at det går utover det sosiale, at du ikke kan gjøre det du vil som å gå på kino, teater....for at økonomien sier nei. Og du får et mindre nettverk på grunn av det.”

Hvordan livsutfoldelsen blir innskrenket på grunn av økonomi er gjennomgående hos samtlige av informantene. De mister muligheten til å opprettholde et liv som de helst vil ved å møte familie, venner og delta på andre sosiale aktiviteter. Denne mangelen på muligheter forteller flere at resulterer i isolasjon, en marginalisering fra samfunnet generelt, isolasjonen kan både være tegn på nedsatt psykisk helse og føre til det. Den sterke mangelen på livsutfoldelse førte til isolasjon;

”og det er jo det som gjorde at jeg ble så isolert. Jeg hadde ikke økonomi til å gjøre det jeg gjerne ville. Jeg hadde ikke økonomi til å reise til datteren min i Oslo og heller ikke til å reise der hvor venninnene mine bor. Og alt ting begrensas seg. Jeg hadde jo....jeg har hatt gjeldsordning for jeg hadde jo gjeld oppover ørene på grunn av det der.”

De sosioøkonomiske forholdene informantene kommer frem med bunner i og for seg i deres økonomi, særlig boligsituasjonen er avhengig av denne faktoren. Det å ha mulighet til å selv velge hvor du vil bo er i enkelte faser i livet svært viktig. Valgfrihet med tanke på bo - situasjon kommer frem hos flere av deltakerne at den påvirker den psykiske helsen i en negativ grad da den aktuelle bo -situasjonen ikke er ønskelig. I ungdomsårene og for unge voksne er det en viktig del av livet å løsrive seg fra foreldrene. En informant som er i midten av tjuårene har ikke hatt denne muligheten på grunn av dårlig økonomi;

”Intervjuer: [men sånn som når du har redusert eller dårlig økonomi kjenner du at det påvirker din psykiske helse?

Informant: ehh ja.....

Intervjuer: kan du begrunne det?

Informant: men altså...jeg bor jo ennå hjemme så, det hadde jo vært veldig befriende om jeg kunne bodd et annet sted”

Hun gir uttrykk for at økonomien påvirker hennes psykiske helse da hun ikke har mulighet til å finne ett annet sted å bo enn hos sine foreldre. Det å ikke ha autonomien i den forstand at valgfriheten er borte gir et utslag i den psykiske helsen.

Utrygghet

Den økonomiske knappheten informantene strevet med i dagliglivet førte til flere bekymringer og en utrygghet for hvordan de skulle takle de økonomiske utfordringene de stod ovenfor. For noen er det så alvorlig at det forverret den psykiske helsen de har og gir dem et press de helst skulle vært foruten. En informant som sliter med alvorlig depresjon forteller om hvordan økonomien har påvirket hennes psykiske helse;

”Så jeg kan si at det er penger, økonomi som har ført meg så langt ned som jeg er nå.”

De økonomiske problemene kan bli så store at de får en så kraftig innvirkning på individet at det er større behov for helsehjelp. Den utrygge situasjonen fører til en u håndterbar situasjon hvor individene føler det mister grep om sitt eget liv. Det at et menneske kan bli så nedbrutt på grunn av den økonomiske situasjonen speiler seg blant annet i en informant som forteller om at hun ble så dårlig av det at hun måtte ha hjelp fra spesialisthelsetjenesten;

”..... Som jeg sier, sviket isolert sett så tror jeg at jeg hadde taklet det som en skilsmisse, men her var det ikke fem øre. Så igjen tilbake på det....Jeg prøvde å....altså jeg pakka det vekk sjøl men nå smaker jeg på det selv. Det er pengene også som har gjort veldig mye til at jeg havna på DPS”

Den økonomiske situasjonen får så store innvirkninger på den psykiske helsen, den kan i følge denne informanten ses på som en utløsende faktor på forverring av den eksisterende psykiske helsen. Livet blir utrygt slik at det oppleves u håndterbart og det resulterer da i et behov for profesjonell hjelp. Selv om det hos hvert enkelt mennesker er svært sammensatt av faktorer og

årsaker til hvorfor den psykiske helsen blir nedsatt er det den økonomiske faktoren som var utslagsgivende hos denne informanten;

”Det er vel kanskje et par ganger hvor jeg burde bedt om 5-døgns akutt plass, jeg vet jo at det finnes. Så det har nok påvirket sånn at jeg kanskje phhh..burde gjort det noen ganger ja. Og igjen tilbake til, hele greia, DET, den biten bunner i økonomi.

Her er det økonomien informanten sikter til som en avgjørende faktor for økt helsehjelp. Andre fortalte om det å bli bostedsløs en kortere periode og at dette forverret den psykiske helsen slik at det ble behov for profesjonell hjelp. Den økonomiske utryggheten gir for flere informanter utslag i stressrelaterte symptomer. Det var flere som grublet fælt på om de mest vesentlige utgiftene i hverdagen kunne betales. Det å ikke kunne gå på kino og andre mer festlige aktiviteter hadde en påvirkning av individenes autonomi. Når det derimot kom til så store økonomiske problemer at det var fare for at det gikk utover mer grunnleggende utgifter som bolig, husleie og strøm ga det sterkere utslag på den psykiske helsen i form av stressreaksjoner, redsel og usikkerhet for fremtiden og fysiske kroppslige reaksjoner. En informant som har hatt dårlig økonomi i mange år forteller at det til slutt ga utslag i en redsel for postkassa;

”så økonomien, den har vært klein bestandig altså. Og det har jo vært en faktor på at du blir gal i nervene ikke sant, det.....har du penger til den regninga eller? Eller den kan jeg kanskje betale....jeg fikk jo HELT postkasse fobi, jeg gikk jo ikke ut i postkassa. Så da...for 6 år siden ca da fikk jeg gjeldsrådgivning, så det er jeg nettopp ferdig med....for et års tid siden kan du si...”

Det blir en ond sirkel hvor individet først og fremst har dårlig inntekt som fører til manglende håndtering av basale utgifter som til livsopphold. Det blir en redsel som flere knytter til usikkerheten for å miste bolig, om strømmen blir kuttet og andre negative utslag. Bekymringene knyttet til dette var det flere av informantene som uttrykte at dette påvirket deres psykiske helse. En informant uttrykker det slik;

”Altså du kan si jeg har jo sittet så mange ganger å, har jo sittet så mange ganger å tenkt på hvor hen jeg skal få penger at jeg kjenner jo, jeg kjenner det jo praktisk talt i brystkassa, et trykk i brystkassa, du kjenner at du blir uvel..... da er det veldig fort å begynne med tankekjør og da må du liksom ha de periodene hvor man må ta seg sammen litt, også komme deg ut.”

Det å oppleve utrygghet rundt det økonomiske i livet ga hos flere også utslag på den psykiske helsen ved at de opplevde nedsatt livskvalitet, mangel på håp, mangel på trygghet og mangel på lykke. Selv om det ikke er direkte nedsatt psykisk helse de retter det til så er det faktorer som kan rettes opp mot hvordan et individ har det psykisk. Flere reflekterte over dette og særlig mangelen på trygghet i livet er en konsekvens av deres økonomiske vanskeligheter, det å ha det stabilt og kontinuitet i inntekt og økonomi generelt ses på som en viktig faktor. En informant relaterer dette opp til behovspyramiden;

”TRYGGHET, det scorer jo høyt på behovspyramiden. Ehh...og trygghet er jo så mangt. Også trygghet i at du vet at hver måned da kommer det inn så og så mye, det er trygghet, vi har det godt med penger. Igjen tilbake til økonomi, pengene er altså grobunn til mye vondt..... Men det er også grobunn for at du skal kunne få det trygt og godt..... Så det henger sammen, det er som et nettverk av spindelvev det der.”

Denne utryggheten påvirker igjen flere av informantenes livskvalitet, mulighet for å føle lykke og håp. De trekker dette frem med en overhengende utrygghet over situasjonen og håp for fremtiden. Dette kan igjen henge sammen med den manglende autonomien mange kan oppleve når det blir knappe økonomiske ressurser:

”Så jeg vil si så sterkt du, at min livskvalitet gikk ned med den opplevelsen jeg har vært igjennom. Jeg har fått redusert livskvalitet når det gjelder dette med penger, inntekt, så har jeg fått redusert livskvalitet. Jeg kan skrive under på at penger har mye å si også opp i mot dette med psykisk helse.”

Det å ha så knappe ressurser, at de ikke ser hvordan endene skal møtes, blir en stor belastning i livet deres. Det blir et psykisk press som kan forverre den helsen de har. Økonomien hos enkelte blir så vanskelig at de må prioritere hvert enkelt kjøp de gjør, de uttrykker ydmykelse som går utover selvtilliten. Flere informanter forteller om ydmykelsen de opplever ved å måtte ty til venner og bekjente for å få dekket sine basale behov som mat;

”Å ja ja. Om det ikke kommer noen penger fra NAV nå så må jeg jo prioritere om jeg skal kjøpe dusjsåpe eller et brød. Jeg har fått med meg noe, for hun jeg kjenner hun vasker i en butikk og da får hun med seg det som går ut på dato..... alt mulig som kan gå ut på dato. Og der har jeg fått med meg en del så jeg har litt pålegg og noe greier. Men jeg føler det jo såpass ydmykende at bare å snakke om det, at en kvinne i min situasjon som hadde den økonomien og så frem til om 10-12 år når jeg skulle gi meg i arbeidslivet at jeg da kunne få det sabla

godt økonomisk, å til der jeg er NÅ så er livskvaliteten min redusert ganske kraftig. OG igjen tilbake til økonomi, som er så miserabel som det den er nå.”

Når de kommer så langt ned økonomisk blir de nødt til å se etter andre løsninger for å mestre situasjonen. Enkelte av informantene er heldige som har et godt sosialt nettverk som kan hjelpe dem og være en ressurs i den tunge tiden, allikevel oppleves det som ydmykende og nedverdiggende å være voksen og være avhengig av andres hjelp. Noen fikk hjelp som hun over som fikk mat som gikk ut på dato, andre var igjen avhengig av å gå direkte til venner for å få mat. En brukte metaforen fra ”hånd til munn”, økonomien er så dårlig at det aldri er noe til overs på tross av stramme prioriteringer;

”....Jeg våger å si at det har gått fra hånd til munn for å si det sånn. Det har gått, men det er ikke mer heller. ”

Andre gir uttrykk for frustrasjonen de opplever i hverdagen, særlig med tanke på mangel på forståelse fra andre. Det er de selv som lever i denne situasjonen og det oppleves for noen vanskelig da andre ikke har innsikt i den, og kommer med ”lette” løsninger eller for det som informantene oppfatter det som tomme og ureflekterte ord da de andre selv ikke vet hva de prater om. Utrykgheten de lever med blir igjen en faktor som fører til nedsatt livskvalitet som informant over forteller. Det gir også utslag hos noen i tap av lykke, som en informant sier;

”Du kan ikke kjøpe deg lykke har jeg fått servert i tryne. Nei du kan ikke kjøpe deg lykke, men....eller penger gir ikke lykke. Nei det er mulig de ikke gir lykke sa jeg, men du blir veldig ULYKKELIG uten penger. Og det er tungt, når det ikke er penger.”

Tilsvarende svarer en annen informant at mangelen på penger påvirker det å ha håp;

”så det vil jeg vel understreke etter dette intervjuet, mister du økonomien så mister du håpet. Så de som sier at penger ikke er alt, det er de som har nok i fra før av.”

En annen informant forteller om den usikre tiden hun har foran seg, hun prøver å få endene til å møtes og har nå kommet så langt at hun selv overveier sin egen mulighet for å bli ufør. Det er blant annet den økonomiske delen som fører til at hun selv tar avgjørelsen på at hun ikke har råd til å bli hundre prosent uføretrygdet:

”Og det er jo derfor jeg og.....for det første så på grunn av psyken så må jeg ha en 50 prosent jobb for jeg klarer ikke å gå uten å ha noe å gjøre, MEN økonomisk om jeg skulle gå over på uføretrygd i fra det jeg har nå ,så måtte jeg bare flytte fra der jeg bor nå og sånne ting for da ville økonomien blitt mye verre. Så har jeg liksom landa på det at jeg må ha en 50 prosent jobb, så nå kan jeg ha en 50 prosent uføre..... for jeg er ikke så.....det kan godt hende at jeg kan jobbe fullt, men jeg må starte på 50 sånn at jeg kan bygge meg opp, for jeg vet ikke hvor jeg ligger hen. Men....men du kan si det ligger på begge punkter da, både på grunn av psyken og jeg må det på grunn av økonomien.”

Det viser seg her at de økonomiske problemene i stor grad har en negativ påvirkning for individene. Det rammer de både i direkte forverring av den psykiske helsen, gir stress og angstrelaterte symptomer. De lever i en hverdag med svært mange bekymringer, det verste som trekkes frem er når de er redde for at basale utgifter som strøm og bolig ikke blir betalt og når konsekvensen av den dårlige økonomien fører til sosial marginalisering.

Økonomien påvirker den psykiske helsen i den grad at den kan forverre sykdommen/helsen, de blir bekymret, mister håp, får redusert livskvalitet, blir isolert fra venner, familie og samfunn, og i ytterste konsekvens som noen informanter viser til ender det opp med en så nedsatt psykisk helse at de blir avhengig av profesjonell hjelp.

5.2 En styrke med en svakhet?

Ut i fra problemstillingen ”*Hva gir mening og styrke for disse individene og er det noe som kan forbedres?*” presenterer jeg ulike funn som kan være betydningsfulle i forhold til besvarelsen av problemstillingen. Det andre temaet som utpekte seg som hovedfunn i denne studien er hva som fører til at disse menneskene finner mening og mestring i hverdagen. For å komme ditt viste det seg at det er flere ”hindre” og høye terskler som skal passeres. Det å få tak i individenes opplevelse og erfaring av hva som forbedrer deres helse og hvilke utfordringer de står ovenfor er av betydning i et folkehelseperspektiv.

5.2.1 Meningsfullhet

Det som er mest utslagsgivende med tanke på den psykiske helsen er på de områdene hvor informantene opplever å ha en meningsfull hverdag i form av aktivisering gjennom brukersenter, dette trekkes frem som svært nyttig. Samtidig som økonomi påvirker den psykiske helsen i negativ grad gjør mangel på sysselsetting det samme;

”jeg hadde plutselig ikke noe å bruke livet mitt til og da begynte ballen liksom å rulle. Da hadde jeg ingenting som sysselsatte meg og ting i den duren. Så da begynte psyken min for alvor å liksom presentere sitt stygge hode.”

Hun forteller videre at det å ha noen faste holdepunkter i løpet av dagen er avgjørende for at hun skal kunne holde helsen i sjakk;

”så nå ho holder jeg på med NAV igjen og skal forsøke å få meg en 50 % jobb og 50 % uføre. For nå føler jeg det at.....jeg merker på psyken at om jeg ikke har noe å gjøre så kommer panikkangsten med en gang. Jeg må liksom ha noe fast i løpet av dagen”

Informantene i dette utvalget er som sagt rekruttert via brukersenter og de er eller har vært aktive brukere på disse stedene. De har eller har hatt en nedsatt psykisk helse som har ført dem bort i fra et aktivt arbeidsliv. Allikevel, på tross av deres helsetilstand og ressurser gir samtlige av informantene uttrykk for betydningen av det å ha noe å gå til, som i disse tilfellene er brukersenter. De gir uttrykk for en meningsfull hverdag, hvor de kommer seg vekk fra isolasjonen og heller er på en sosial arena, det gir trygghet og forutsigbarhet i hverdagen. Flere forteller at de deltar på brukersentrene som en form for ”selv-forebygging” med tanke på sin egen helse;

”DET er det, det er det((kommer fort og spontant)). Det gir meg jo veldig mye, jeg synes jo det er veldig koselig å holde på med disse her tingene, men samtidig så vet jeg jo det at, selv om jeg er bedre nå enn generelt sett og godt kan være hjemme lange tider om dagen og sånn.....blir jeg sittende hjemme en HEL dag, da kommer angsten krypendes. Så jeg sørger for å ha meg selv sysselsatt

Som det fortelles over er det avgjørende å ha noe å sysselsette seg med. Det gir en meningsfull hverdag og de bruker det som en slags strategi for å håndtere den helsemessige situasjonen de har.

5.2.1.1 Å føle at man gir noe til andre

For individene er det å delta på brukersentrene betydningsfullt ved at de møter likesinnede og føler at man gir noe til andre. De får fellesskap, tilhørighet, føler at de kommer til nytte og det at de har noe å se frem til oppleves meningsfullt. Flere ga også uttrykk for at det opplevdes godt for dem det å bli sett og være savnet om man ikke dukket opp. På tross av sine egne problemer klarer de å se seg selv som en ressurs for andre. Dette kommer også frem som en avgjørende faktor for at de fortsetter å møte opp på brukersenteret de tilhører;

”Jeg synes det er veldig koselig å være her og det som er viktigst for meg det er jo det at jeg føler at jeg kan gi noe, det at når jeg ikke er her så er man savna det synes jeg er viktig å kjenne på. Da føler man i alle fall at man gjør nytte for seg og at de synes det er greit at man er her. Sånn sett er det greit.”

Ei annen uttrykker viktigheten av å ha muligheten til å glede andre:

”Nei det hadde ikke.....det er grunnstammen for meg og, det å ha noe å gjøre. Jeg ser veldig frem til det. Jo det er veldig viktig, ha noe å gjøre.....: Det du gleder folk med, gir dobbelt så mye glede for meg altså..... Så frivillig arbeid og ha noe å gjøre, er veldig viktig. For det å svive opp og ned gågata og ta meg en kaffe et sted, det er ikke meg altså. ”.

Det å være til nytte for andre var svært betydningsfullt for brukerne, det å hjelpe andre til å få en bedre hverdag med å ha noen arbeidsoppgaver på brukersenteret, det å samtale og utveksle erfaringer og råd til andre i liknende situasjoner ga mening og styrke til hver enkelt:

”og også dette her hvis jeg kan hjelpe andre, med for eksempel en samtale og sånt noe og det at andre kan si det at det du sa, det har jeg tenkt mye på og jeg har gjort sånn og sånn og det har funka veldig greit. Da føler jeg at åhh.....altså en million hadde jo ikke gjort den samme gode følelsen .”

De er på en arena som gir de gode følelser gjennom å hjelpe andre med de ressursene de har til rådighet. Det å møte opp på disse stedene gir de masse til seg selv, de gir uttrykk for bedre selvfølelse og at de har en funksjon i samfunnet hvor de er nyttige for andre, på tross av de utfordringene de selv står ovenfor. Det å utveksle erfaringer setter deres egne problemer i et perspektiv og de styrker hverandre i den grad at de føler at det er noe de mestrer, og ikke minst en mulighet for å ha det sosialt og være i ett fellesskap. En informant fortalte at den muligheten hun fikk her til å hjelpe andre ga henne så mye tilbake at det førte til at hun i tillegg meldte seg som frivillig på en lindrende enhet:

”Også har jeg begynt som frivillig på lindrende enhet..... og det er en oppgave som jeg er veldig ydmyk ovenfor. Og det høres kanskje helt forferdelig ut, men det gir meg mye..... får perspektiv på livet at ikke alt er en selvfølge, så det er litt...litt sterke opplevelser der oppe, men, men det gir meg himla mye praktisk talt, selv en sånn plass som det.”

På tross av sine egne utfordringer viser det til en styrke og et behov, det å kunne gi til andre og også ha en forståelse for andres livssituasjon. Selv om noen av deres ressurser er svekket så klarer de å trekke frem de som er gode og bygge videre på dem.

5.2.2 Aktivisering

Det å ha noe meningsfullt å gå til viser som funnene over er særdeles viktig for disse individene. På den motsatte enden hvor de har opplevd å ikke ha noe å sysselsette seg med, verken skole, jobb eller aktiviteter i form av brukersenter kommer det en helt annen side frem. Det påvirker blant annet selvtilliten, det å ha troen på seg selv var blant noe av det de knyttet opp til mangel på sysselsetting. En ung informant forteller om den tiden hvor hun ikke hadde verken skole, jobb eller kommet i gang med å benytte seg av brukersenteret:

”ehh...hmmm....nei liksom viss noen spør hva driver du med for tiden? Nei ingen ting liksom...altså....det føles ikke så veldig bra ut når man sier det...ja jeg vet ikke.....

Intervjuer: det at du ikke kan fortelle når du møter noen hva du ((spontant svar))

Informant: driver med.....

Intervjuer: hva slags følelser var det du fikk da?

Informant: ehh.....hmmm.....skam, skam, ja.”

Informanten forteller da om en skamfølelse over seg selv og sin situasjon. Andre informanter er mer direkte og forteller om at det tomrommet de havnet i uten noe å gjøre eller gå til førte til en forverring av deres psykiske helse. Det som også kommer frem hos flere av informantene er at de i begynnelsen av dette tomrommet, enten det kom av sykemelding eller uføretrygd så var det i begynnelsen en form for lettelse, de kunne endelig senke skuldrene og situasjonen ble mer håndterbar. Det de forteller videre, er at det etter en viss tid, om lag seks måneder med et slik tomrom uten noen form for sysselsetting så starter forverringen av den psykiske helsen. Det oppleves da som en isolasjon, initiativløshet og en devaluering av seg selv i form av følelser som mislykkethet og at man ikke er en nødvendighet for andre:

”det var jo.....det ble jo....det var jo i begynnelsen okay for jeg var jo forferdelig sliten....og i begynnelsen var det en lettelse og slippe de faste båndene. Men så begynte jo det problemet med...at jeg er alt for sosial til å bare sitte inne og glane i veggen. Og jeg har alltid holdt på med mange hobbyer og elska det og, men da når jeg bare ble sittende inne så klarte jeg ikke det lenger. Om jeg satte i gang med noe jeg hadde lyst til så ble jeg altså så kvalm, måtte bare pakke det vekk igjen. For jeg var for mye alene. Og da begynte jeg å se rundt meg kan du si og da begynte panikkangsten å melde seg og.....så da dro jeg ut, selv på vinteren, var ute til 9 om kvelden for jeg klarte ikke være hjemme”

Hun forteller videre at etter perioden hvor hun ”slapp skuldrene” så begynte det å bygge på seg psykisk sett. Om det ble en slags forverring svarer hun:

”JA. Altså psyken ble jo mye, mye verre. Da etter at jeg hadde fått summet meg litt i et halvt år da.....det der med initiativløsheten....det jobber jeg jo fælt med ennå for jeg går jo til sånn samtale på DPS, der jobber vi med det. For det har jeg ikke klart å få helt tilbake. Når jeg får sånne perioder hvor jeg kan velge og ikke ha faste holdepunkter, da blir jeg bare sittende. Da har jeg ikke noe initiativ og det er psyken som gjør de tinga der.”

Selv om hun i dag er aktiv på et brukersenter, så sliter hun fremdeles ettervirkninger etter den perioden hvor hun ikke var sysselsatt. Hun forteller at det begynte å gå virkelig utover psyken etter et halvt år. En annen informant bekrefter også dette, at det etter en om lag seks måneders tid så begynner det å gå utover den psykiske helsen:

”det tar sin tid altså....den omstillinga der. Mange sier når de jobber; å gud nå hadde det vært godt å bli trygda sier de, men det er det når du er lei på jobb. Det hender at du møter veggen på jobb, det er et ork. Men de vet ikke hva de snakker om.....det kan være behagelig et halvt år kanskje, men etter et halvt år så begynner du å føle det at du er nødt til å finne på noe, eller så føler du deg rett og slett misslykka altså som individ.”

Ut i fra disse utsagnene og fra de andre informantene om hvor viktig det har vært for dem å få kontakt med brukersenteret, kan det se ut til fra et forebyggende perspektiv at dette burde muligens skjedd før. Det å iverksette tiltak bør skje før individene får denne følelsen av tomrom og mangel på noe meningsfullt i livet. Flere benytter seg av brukersentrene som en metode å holde seg selv oppe og holde den psykiske helsetilstanden på samme nivå eller forbedre den. Enkelte foretrekker også å bruke dette som hjelp, istedenfor profesjonell hjelp fra helsevesenet:

”.....nei altså nå....hjelp og hjelp utenfra, jeg får jo forferdelig mye hjelp fra disse her organisasjonene som jeg er engasjert i, jeg vil jo si at det er den flotteste form for hjelp, det er liksom sånn som du...du kan komme i et sånn fellesskap med likesinnede og sånt, det er utrolig mye galgenhumor der”

5.2.2.1 Informasjonen, hvor er den?

Det å ha et sted å gå til, høre til og ha muligheten til å bidra med noe verdsetter informantene svært mye. Det å ha muligheten til å komme til brukersenteret viser seg å være redningen for samtlige. De gir uttrykk for at de ville blitt dårligere psykisk, isolert seg og hatt større behov for helsehjelp, hadde det ikke vært for disse brukersentrene de benytter seg av. Her forteller ei om hvordan hun ville hatt det uten de frivillige tilbudene hun benytter seg av:

”.....da hadde jeg vel omtrent siddet som en grønnsak..... så, nei så jeg har ganske tett program sånt noe og må det eller så kan jeg lure unna og bli sittende å strikke hjemme og løse sudoku((ler))..... , jeg tror nok det at da hadde ikke jeg vært mye”

Med tanke på den store betydningen disse brukersentrene har er det oppsiktsvekkende det de videre forteller. Dette skal i utgangspunktet være lavterskeltilbud, det stilles ingen krav til søknader eller henvisninger, de kan komme ditt når de vil, uavhengig av sin livssituasjon. Det som kommer tydelig frem fra samtlige informanter er at det er en stor mangel på informasjon om disse tilbudene som eksisterer i nærmiljøet. Det er dårlig informasjon både fra første og andrelinjetjenestene som informantene har forholdt seg til. Informantene bruker sterke ord og gir uttrykk for at dette et stort problem. Måten de har kommet i kontakt med brukersentrene har fra samtlige skjedd ved tilfeldigheter gjennom venner, familie eller på eget initiativ. Ingen har fått informasjon verken fra lege, psykiatrisk sykepleier, Distriktpsikiatrisk senter(DPS) eller andre instanser:

” så de hører det fra andre instanser som de egentlig ikke skulle, de skulle hørt det fra de andre først. For det er de som skal informere om sånt noe, tilbud som fins der ute. Men det gjør de ikke og det er gjengs mellom alle altså, for de har hørt det fra en venninne eller andre bekjente. Ingen har hørt det fra primærlege eller helsevesen...det er dårlig, VELDIG dårlig.”

En annen forteller at hun var innlagt på DPS og var alvorlig syk, hun uttrykker en frustrasjon over å ikke få informasjon om hva slags muligheter hun hadde etter utskrivelse, altså mangel på informasjon:

”Ja der er det jo TOTALT svikt....altså bare på DPS, det henger noen brosjyrer der, men det er jo ikke akkurat det første du tenker på når du skal ut. NN((brukersenter)), det var jo noe jeg fant ut av via venner. Så det er INGEN informasjon om, altså sånn når du kommer ut herifra så anbefaler vi deg å....ingen informasjon. Det er det TOTALT mangel på, det er for svakt. ”

Flere gir uttrykk for at selv om disse brukersentrene er et lavterskeltilbud, så blir det allikevel en høy terskel for dem å selv ta initiativ og møte opp der alene:

”det var lederen her nede den gangen som jeg kjente, som starta opp her. Men altså terskelen den var HØY for å komme inn her for min del. Når jeg hørte mental helse...da tenkte jeg bare sånn psykiatriske pasienter og sånn. At det bare var raringer her..... men altså jeg ser det jo nå på som at folks mentale helse, den kan jo være både dårlig og god. ”.

De forteller at det ville vært lettere om de fikk informasjon om de ulike tilbudene og en form for hjelp å komme i gang på brukersentrene. Når de ikke har informasjon, så vet de heller ikke hvilke ressurser som ligger til rådighet i lokalsamfunnet. De står i fare for å miste en del av sin autonomi i form av å ta valg og ansvar for egen helse og velvære. De uttrykker at terskelen ville vært lavere om de for eksempel hadde en psykiatrisk sykepleier i ”ryggen”:

”ja og den terskelen kan man jo få hjelp av psykiatrisk sykepleier, hun kan jo bli med deg de første gangene, MEN du må jo vite at det finnes ikke sant..... og der svikter det veldig altså, det gjør det”

Noen ser også brukersenteret som en ”sti” på veien for å komme ut i arbeid igjen, de får sosialisert seg, samarbeider med andre, utfører oppgaver som de mestrer og får et fellesskap. På tross av at de syntes det var en høy terskel å ta kontakt med brukersentrene og at de hadde det tøft med tanke på sin helse så uttrykker samtlige at de har blitt tatt svært godt i mot:

”Dette var jo i begynnelsen av februar og jeg var jo laaangt nede psykisk, da tok jeg meg bare litt sammen og kjørte opp, også fikk jeg god kontakt der og smokk så var jeg liksom en del av den gjengen der da.

Funnene viser at det er særlig faktoren økonomi som påvirker individene i negativ retning med tanke på deres psykiske helse. Det blir en utrygghet og en uhåndterbarsituasjon som resulterer i en subjektiv opplevelse av nedsatt psykisk helse. På tross av sine helsemessige og økonomiske utfordringer så klarer de å iverksette tiltak i sine egne liv som bidrar til å styrke

deres psykiske helse i form av brukersenter. Det kommer frem at dette er så viktig for dem, slik at det har vært avgjørende for at de skulle klare å holde ”hodet over vann”. Paradokset her er at på tross av betydningen av disse tilbudene, så viser det seg å være en mulig svikt med tanke på informasjon om disse tilbudene som eksisterer i lokalsamfunnet. Det er i alle fall tilfellet ut i fra hva informantene forteller. Samtlige av informantene har her selv tatt initiativ og har ved tilfeldigheter fått tips om brukersentrene. Det undres da videre på hvor mange som holdes borte fra slike tilbud, da de verken har fått informasjon, eller kanskje ikke har mot nok til å dukke opp på slike steder på egenhånd. Samtidig kan det være tilfeldigheter som har ført til at det i dette utvalget er kun brukere som har en opplevelse av manglende informasjon.

6.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil funn som er presentert i kapittel 5.0 bli drøftet opp mot eksisterende teori og forskning. Hovedtemaene som kommer frem fra informantene var, *autonomi, utrygghet meningsfullhet og manglende informasjon*. I dette kapittelet vil disse temaene bli knyttet opp mot Antonovsky og Underlid's teori, samt annen forskning på området. I den første delen i dette kapittelet blir funnene diskutert opp mot den første problemstillingen, det tilsvarende blir gjort i del to, som knyttes til den andre problemstillingen.

6.1 Svekket autonomi

Funnene i kapittel 5.1 viser til flere konsekvenser av økonomiens innvirkninger på den psykiske helsen, blant annet svekket autonomi ved redusert selvråderett, handling og valgfrihet. De økonomiske problemene forplanter seg på ulike arenaer i livet. Opp til de sosioøkonomiske forhold er det økonomi samtlig av informantene trekker frem som en faktor som påvirker deres psykiske helse i negativ retning. Dette kan ha utspring i at økonomi og inntekt legger føring for andre sosioøkonomiske forhold som bolig, muligheten til handlefrihet og valgfrihet med fler. Andre faktorer som jobb og utdanning hadde mindre betydning på deres psykiske helse enn økonomi. Dette var subjektive uttalelser, samtidig var samtlige bevisste på at de ville hatt det bedre økonomisk om de eventuelt var i en fast jobb. Det er allikevel økonomien informantene trekker frem og som de "smaker" på og trekker frem som en negativ belastning i livet, og som en faktor som påvirker deres helse i negativ grad. Dette er også trekk som kommer frem i Underlid's (2005) studie. Det er ikke kun en essensiell påvirkning informantene retter utfordringen med tanke på økonomi og psykisk helse i mot. Dette viste seg i form av ulike påvirkninger knyttet til hvert enkelt individ. Mange av uttalelsene deres kan knyttes mot begrepet autonomi. De gir i stor grad uttrykk for at den økonomiske knappheten gir dem redusert selvråderett, frihet og valgmuligheter i eget liv.

I følge Beauchamp og Childress er autonomi:

"Autonomi eller selvbestemmelse innebærer å være seg selv uten å bli hindret verken av andres handlinger eller av psykiske eller fysiske begrensninger"(Stang, 2001, s. 187).

Den reduserte autonomien førte til redusert psykisk helse i form av at de ble isolerte fra venner, familie og samfunn. Underlid retter dette mot *relativ deprivasjon*, individene har så små økonomiske ressurser slik at de blir utelukket fra levemåter og aktiviteter som anses som normale, ønskelige og verdige i det samfunnet individet lever i (Underlid, 2005). De må utelukke aktiviteter, kjøp og sosiale møter på bakgrunn av de knappe økonomiske ressursene de har rådighet over (Underlid, 2008). Flere informanter fortalte om deres sterke ønske om å holde kontakt med venner og familie, men økonomien gjorde det til at de ikke hadde mulighet til det. De gir uttrykk for en isolering og marginalisering fra samfunnet, om ikke totalt, så har de vært i fare for det. Marginalisering er et flerdimensjonalt begrep som retter seg mot at det er fare for å stå utenfor i samfunnet innen ulike arenaer, blant annet er den ene dimensjonen innen marginalisering *sosial marginalisering* (Halvorsen, 1996, s. 13). Sosial marginalisering, eller fare for det ga samtlige uttrykk for i ulike former, særlig var det rettet mot venner, familie og samfunn generelt hvor knappe økonomiske ressurser førte til at de ikke fikk tilfredsstilt disse behovene.

*Knapphetstyrani*et beskriver Underlid som en balansegang mellom inntekter og utgifter hvor det er lite som skal til for å velte hele "lasset" (Underlid, 2005). Informantene måtte med tanke på sine økonomiske problemer prioritere bort sosialt samvær med tanke på andre utgifter som måtte komme først, om ikke ville økonomien "rase" sammen. Dette er gjenkjennelig med Underlid's teori hvor knappe økonomiske ressurser førte til utestengelse fra goder og aktiviteter som ellers er vanlige og ønskelige i samfunnet (Underlid, 2005, s. 91). De tar valgene selv, men allikevel så mister de selvråderetten og friheten til gjøre valg som bidrar til en bedre livstilværelse. Dette erfares å påvirke deres psykiske helse, samtlige av informantene retter den sosiale marginaliseringen mot at de ble svært isolerte og ensomme. Dette ga de uttrykk for at var svært tungt å erfare. Denne konsekvensen av *knapphetstyrani*et opplevdes som den verste effekten (Underlid, 2005, s. 112). Underlid knytter også individenes reduserte handlingsrom og valgfrihet opp til svekket autonomi, blant annet knyttes det mot fritidsaktiviteter, materielle behov, sosiale, biologiske, boligsituasjon med flere.

Behovet for sosialt samvær er avhengig av mange faktorer, det er et grunnleggende behov for mennesker. Abraham Maslow er grunnleggeren for behovspyramiden, den er hierarkisk oppdelt og viser til menneskets grunnleggende behov. Etter de fysiske behovene som kosthold, beskyttelse med flere, kommer det sosiale behov som omhandler blant annet sosial kontakt og det å høre til i sosiale sammenhenger (Halse, 2000, s. 244).

Knapphetstyraniet og dets konsekvenser som sosial marginalisering som igjen fører til opplevelse av nedsatt psykisk helse kan rettes opp til Antonovsky og hans begrep *Opplevelse av Sammenheng(OAS/SOC)*. Helsen befinner seg ifølge han alltid på et kontinuum, man beveger seg i løpet av livet på kontinuumet mellom helse og uhelse. For at man skal opprettholde helsen, eller at det går mot den positive siden, mot bedre helse er man i følge Antonovsky avhengig av ulike *motstandsressurser*. Disse er med på å bedre individenes mulighet til Opplevelse av Sammenheng, da særlig med tanke på om spenning utvikler seg til stress eller ikke(Antonovsky, 2012;Antonovsky, 1996; Langeland, 2014). Det informantene gir uttrykk for i denne studien er at de opplever en u håndterbar situasjon hvor de har mangel på økonomi som en motstandsressurs. Den manglende økonomiske ressursen fører til at de blir sosialt marginalisert og isolert som igjen reduserer deres psykiske helse. På kontinuumet kan de i denne sammenheng være på siden som retter seg til motstandsunderskudd.

Med bakgrunn i informantenes uttalelser kan det se ut til at de har en redusert SOC, dette er dog bare en refleksjon, da det ikke foreligger målinger direkte knyttet til det. Med de manglende motstandsressursene som de trenger til rådighet oppleves situasjonen som u håndterbar. I den Salutogene modell er *håndterbarhet* en av essensene i SOC, som retter seg mot i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å kunne takle kravene man blir stilt ovenfor av stimuliene(Antonovsky, 2012, s. 40). I dette tilfellet kan det tolkes ditt hen at informantene ikke har tilstrekkelige ressurser, det er et motstandsunderskudd, slik at det resulterer i isolasjon, ensomhet og sosial marginalisering. De har behov for sosialt samvær, men manglende ressurser fører til at stimuliene resulterer i stress i form av nedsatt psykisk helse.

Muligheten for å velge selv hvor de ville bo, var manglende for flere av informantene. Noen anså det som et midlertidig oppholdssted, noen syntes det var for lite og en fortalte at hun ennå måtte bo hjemme hos foreldrene og at denne konsekvensen av reduserte økonomiske ressurser påvirket den psykiske helsen i negativ grad. Flere av informantene bodde under forhold som de selv anså som ikke- ønskelige. Dette kan rettes opp mot Underlid's(2005) teori om svekket autonomi og Antonovsky's(2012) begrep SOC. Det blir en svekket selvrådighet over egen boligsituasjon, de mister sin autonomi på dette området da de ikke kan velge bosted ut fra ønske og behov, men på bakgrunn av økonomiske ressurser.

6.2 Utrygghet

Et overordnet tema/begrep som kom frem etter informantenes uttalelser var utrygghet. De lever med bekymringer og usikkerhet med tanke på økonomien og konsekvenser de vil få om regninger ikke blir betalt. Utrygghet blir her rettet mot en følelse, en subjektiv opplevelse som utløses av bakenforliggende faktorer. Det ga blant annet utslag i stressreaksjoner, redsel og usikkerhet for fremtiden. En uhåndterbar situasjon hvor individene lever under *knapphetstyraniet* som tidligere er beskrevet, utarter seg i form av ulike fysiske og psykiske reaksjoner. Utryggheten blir igjen rettet opp mot ulike begrep som informantene selv ga uttrykk for at påvirket deres livskvalitet, lykke og håp. De fleste individer har opplevd det å ha det ”trangt” økonomisk og kjent på stress knyttet til dette, utvalget i studien har eller har hatt en nedsatt psykisk helse. Det de gir uttrykk for er i hovedsak at økonomien har forverret deres psykiske helse og at økonomien er for enkelte var en utløsende faktor som gjorde at de hadde behov for helsehjelp. De ga uttrykk for uro, bekymringer, redsel, angst, søvnproblemer, trykk i brystet, nedstemthet, frykt og håpløshet med flere. Rapporterte psykiske plager knyttet til sosioøkonomiske forhold kommer også frem i tidligere forskning og teori (Rognerud et al., 2002; Molarius et al., 2009; Myklestad et al., 2008; Underlid, 2005). Samtidig som det gis uttrykk for at økonomien er en faktor som påvirker den psykiske helsen, kan man også se det fra den andre vinkelen; at det er den psykiske helsen som påvirker individets økonomi og sosioøkonomiske forhold, hva som er årsak til hva er en gjennomgående problemstilling i forskningen (Mykletun, Knudsen & Mathisen, 2009; Dalgard, 2008; Myrvold, Berglund & Helgesen, 2008; Murali & Oyebode, 2004; Rognerud et al., 2002).

Utsagnene har en del likheter med resultatene til Underlid, hvor hele tre fjerdedeler av utvalget rapporterte at helsen deres hadde forverret seg på grunn av de økonomiske problemene. De rapporterte blant annet om psykiske plager som matthet, svimmelhet, uro, nervøsitet, plutselig frykt uten grunn, håpløshet og bekymringer (Underlid, 2005, s. 74). De rapporterte videre at de økonomiske problemene forverret disse plagene. Depressive følelser ble blant annet rapportert ved økonomiske vanskeligheter (Underlid, 2005, s. 166). De psykiske plagene som mitt utvalg rapporterte kan igjen rettes mot den dårlige økonomien de levde med. Det ga både fysiske og psykiske kroppslige utslag. Det var særlig de store utgiftspostene som ga størst utrygghet, da med tanke på utgifter til bolig, strøm og liknende.

På den måten graderer de sine økonomiske problemer ut i fra konsekvensene det vil kunne få. Det å prioritere økonomien rundt bolig stod høyt, mens det som regnes som sosiale aktiviteter eller utgifter til interesser måtte prioriteres ned. Økonomiens innvirkninger på individene kommer sterkt frem når enkelte fortalte at økonomien hadde så stort negativ effekt på helsen at det var en avgjørende faktor som førte til at de trengte profesjonell helsehjelp. Situasjonen oppleves u håndterbar, noe som kan rette seg mot individets Opplevelse av Sammenheng(OAS/SOC). Individet har muligens ikke de motstandsressursene som er nødvendig for at stress ikke skal utvikle seg(Antonovsky, 2012; Antonovsky, 1996). Her skal det understrekes at det mest sannsynlig ikke bare er økonomi som mangler som en ressurs, men et mangfold av faktorer som virker inn. Allikevel kan det rettes mot at det er den økonomiske ressursen, altså mangelen på den som har vært utslagsgivende i disse tilfellene, det er den faktoren som ”vippet de av pinnen”. Hvordan man takler en stressende situasjon, som i disse tilfellene er økonomiske problemer avhenger i følge Antonovsky av hvor sterk SOC man har(Antonovsky, 2012; Antonovsky, 1996). Individene mister en opplevelse av sammenheng hvor de ikke klarer å mestre den situasjonen de har kommet opp i, noe som resulterer i svekket helse og behov for hjelp.

Det individene forteller er at de økonomiske faktorene har vært utslagsgivende med tanke på psykiske plager og i verste fall resultert i innleggelse på institusjon. Motsatt kan man undre seg over om individene hadde hatt gode økonomiske ressurser til rådighet, ville de da fått så påtrengende psykiske plager som her kommer frem? I dette utvalget er det individer som har erfart å ha nedsatt psykisk helse, det de forteller er at de reduserte økonomiske ressursene ga utslag i økt subjektiv opplevelse av psykiske plager. For dette utvalget ville økonomi, om den var god muligens vært en motstandsressurs? Motstandsressurser er faktorer som gjør det lettere for mennesker å oppfatte deres liv som konsistente, strukturerte og forståelige. Motstandsressurser kan blant annet være penger(Lindstrøm & Eriksson, 2006). Vi vil møte spenning i mange ulike situasjoner i livet, men om det går over til stress avhenger av om vi tar i bruk de motstandsressursene vi har tilgjengelige(Antonovsky, 2012, Antonovsky, 1996; Langeland, 2014). Om man mangler motstandsressurser, eller ikke tar de som er tilgjengelig i bruk, resulterer i en svekket mulighet for å håndtere slike utfordringer som utvalget i denne studien har på en god og selvprofiterende måte. Samtidig er det viktig å påpeke at psykiske plager og lidelser rammer alle samfunnslag(Eikemo, 2008). Av den grunn er det viktig å være bevisst at selv om utvalget i denne studien gir uttrykk for økonomiens konsekvenser på helsen, ville et annet utvalg kanskje ikke fremhevet det i det hele tatt. Det jeg forsøker å få frem her

er at alle har en psykisk helse, men for noen kan det oppleves at enkelte faktorer forverrer den i høyere grad enn andre. Dette er relativt, det er mange faktorer som kan påvirke et individs psykiske helse, men hvordan faktorene *oppleves* å påvirke den, er vesentlig å få frem.

Det å oppleve trygghet ble fremhevet hos enkelte i utvalget, særlig var det en som henviste til behovspyramiden og at trygghet scorer høyt på den hierarkiske pyramiden. Før behovet for trygghet trengs å oppfylles, må de fysiologiske behovene være dekt først i følge Maslow's behovspyramide(Halse, 2000). Selv disse fysiologiske behovene var det flere av informantene som strevde med å få dekt, da særlig med tanke på mat og husholdningsartikler. De var avhengige av nettverket sitt for å skaffe mat, enten direkte ved å spise hos dem, eller å få mat som har gått ut på dato. Ved å være avhengige av dette henviser de det til en følelse av ydmykhet, fortvilelse og skam ved å være i den situasjonen de er i. De får bekymringer med tanke på om deres mest basale behov blir dekt. Dette er også funn som kommer frem i Underlid's *Fattigdommens Psykologi*(2005). Der vises det til en utrygghetsopplevelse knyttet til matmangel og hvordan respondentene er så ille ute at de ikke engang kan velge å prioritere, det er ingen midler igjen slik at man kan ta slike valg. Som tidligere nevnt prioriterte utvalget i min studie de fysiologiske behovene i første rekke før de sosiale, dette kommer også overens med det Maslow uttrykker; hvert behov styres av motivasjon, det er først når det foregående behovet er dekt og tilfredsstilt individet vil søke mot et høyere behov(Halse, 2000, s. 245). Enkelte av informantene var i noen tilfeller avhengig av venner for å få dekt behovet for mat. Det sosiale nettverket blir da en ressurs, en motstandsressurs(Antonovsky, 2012; Antonovsky, 1996) som de har til rådighet og som blir benyttet.

6.3 Det som gir mening og gir styrke

Det at de hadde muligheten til å benytte seg av det aktuelle brukersentret de tilhørte hadde stor betydning for samtlige i utvalget. Det som var noe påfallende var at flere av informantene understrekte at det etter om lag *seks* måneders tid uten sysselsetting begynte det virkelig å gå utover psyken. Dette skjer da samtidig hvor de har økonomiske problemer, det oppleves da som at det blir dobbelt opp med faktorer som påvirker deres psykiske helse i negativ grad. Dette utartete seg i form av isolasjon, ensomhet, skam, følelse av marginalisering, nedsatt selvtillit med flere. Det å ikke ha noe å gjøre i løpet av dagen som ga de mening, gjorde

negative utslag på den psykiske helsen. Samtlige av informantene hadde opplevd en kortere eller lengre periode hvor de ikke hadde noen form for sysselsetting, verken jobb, skole eller aktiviteter gjennom brukersenter. Det kommer frem i disse funnene at de opplever et slags "limbo", ett tomrom hvor de verken føler de hører til noe sted eller gjør noe de selv opplever som meningsfullt. Det er her i disse periodene informantene viser til at det skjer en forverring av den psykiske helsen. Brukersentrene sørget for at de aktiviserte seg selv og det ga de mening og styrke i hverdagen. De fikk en følelse av å være delaktige i noe meningsfullt som ga de sosialt samvær og følelsen av å høre til et sted. På denne måten iverksetter de tiltak som hjelper dem å holde helsen på det Antonovsky(2012) kaller ett kontinuum i form av at den forbedres, eller ikke forverres. Brukersenteret blir en ressurs i livet deres, de opplever brukersenteret som en ressurs som er til rådighet for at de skal takle de kravene de står ovenfor, dette kaller Antonovsky for *håndterbarhet*. Begrepet *meningsfullhet* kan også knyttes opp til dette, de psykiske utfordringene de står ovenfor finner de en mening i ved å delta på brukersentrene. Kravene er utfordringer det er verdt å engasjere seg i(Antonovsky 2012; Antonovsky, 1996). Ut i fra hvordan individenes effekt av å delta på brukersenter kan man se det som en form for mestringsstrategi, en mestring av livstilværelsen og den psykiske helsen.

Informantenes erfaringer opp til mangel på sysselsetting og dets konsekvenser kan knyttes opp til teorien til Underlid(2005) som både omhandler *sosial devaluering*, *truet selvbilde* og *selvrespekt*. Den sosiale devalueringen kommer blant annet frem i form av en skam følelse rettet mot hva andre tenker om en. Det å møte kjente følte tungt for enkelte av informantene når de ikke hadde noen form for sysselsetting. Den sosiale devalueringen rettet seg til at de er i en uønsket situasjon hvor de føler mindre verdighet og tap av ressurser, i tillegg blir det en sosial marginalisering hvor de føler at de står utenfor samfunnet på en måte som ikke er vanlig, eller akseptert. I Underlid's utvalg rettet den sosiale devalueringen seg mot hvordan de fattige beskrev seg selv sett i fra andres ståsted, hvordan trodde de andre utenforstående beskrev dem(Underlid, 2005). Alle og en hver har vært i situasjoner hvor det er av interesse å fortelle hva du holder på med i form av skole eller jobb. Sett fra samfunnet skal vi være produktive og gi noe tilbake til fellesskapet, for å imøtekomme slike og liknende "krav" er det å være sysselsatt av stor betydning. Arbeid er en arena som skaper identitet, mulighet for mestring og økt selvtillit, arbeidsledighet og marginalisering fra sysselsetting påvirker individers psykiske helse i negativ grad(Helsedirektoratet, 2010). Flere studier viser til at manglende sysselsetting fører til økt rapportering om psykiske plager, i en norsk studie kommer det blant annet frem at 54 prosent av de som ikke var sysselsatt rapporterte om

psykiske plager, mens de som var sysselsatt rapporterte 19 prosent det tilsvarende(Dahl & Birkelund, 1999). Sysselsetting er her rettet opp mot arbeid eller utdanning. De uten arbeid/skole hadde tre ganger så høy andel psykiske plager sammenlignet med de som var i arbeid eller skole(Myklestad et al., 2008, s. 17). I studien jeg har gjennomført er det flere av informantene som rapporterer om symptomer som kan knyttes til angst og depresjon, slik som trykk i brystkassa, panikkanfall, søvnløshet, isolasjon med flere, dette er også funn som har vist seg i tidligere studier(Molarius et al., 2009).

Det å ha en arena hvor de hadde mulighet for å aktivisere seg ut i fra det de selv orket og mestret var viktig. Flere informanter brukte begrepet sysselsatt opp til deres deltagelse på brukersenteret, de følte at de gjorde noe meningsfullt og bidro i samfunnet. Spesielt var det avgjørende at de fikk sosialisert seg og delt erfaringer og på den måten motvirket isolasjonen og forverring av deres psykiske helse. Noen liknende funn kommer frem i en studie som er knyttet opp til rusmisbrukere og lavterskeltilbud. Informantene fremhever der blant annet at tilbudet ga de en trygghet/kontinuitet i hverdagen, sosialt samvær og at de deltar i et inkluderende miljø (Ness et al., 2013). Dette viser også en studie fra 2001 som viser til hvordan individer opplever sin livstilværelse før og etter et program/aktivitet og fokuserer særlig på mennesker med psykiske lidelser og deres sosiale behov(Davidson et al., 2001). Alternativene som informantene kom med var passivitet, isolasjon og ensomhet. Som den ene informanten fortalte: "*Jeg ble veldig isolert.....*Noen liknende funn kommer frem i Davidson et al. (2001), som viser til at individene følte seg isolert før de startet med aktiviteter. Dette samsvarer med en del av de funn som kommer frem i denne studien, perioden uten aktivitet/sysselsetting førte til en subjektiv opplevelse av forverret psykisk helse. Informantene i mitt utvalg erfarer at det å benytte seg av brukersentret er en lags mestringsstrategi i hverdagen, ut i fra de knappe økonomiske ressursene som fører til isolasjon har de funnet andre arenaer som hvor de ikke er avhengige av økonomi for å få dekt sitt sosiale behov. I en sammenheng hvor det er snakk om knappe ressurser forsøker de å finne tiltak og strategier som holder helsen og deres behov i sjakk. Underlid understreker at han i fattigdomssammenheng ikke vil bruke begrepet mestrings, men *psykososiale overlevelsesstrategier*(Underlid, 2005). Selv om han bruker dette begrepet rettet mot fattigdom og det politiske sviket som årsak til fattigdom, vil dette begrepet kunne knyttes til de individene som er intervjuet i denne studien. I stedetfor å fokusere på mestringsbegrepet, blir det fokus på hvilke overlevelsesstrategier individene iverksetter i eget liv. Det å benytte seg av nettverk i form av venner, familie og brukersenter i kommunen kan rettes mot en

overlevelsestrategi av psykososiale dimensjoner, som bidrar til at individet finner mening og styrke i en vanskelig livstilværelse med både helsemessige og behovsmessige utfordringer.

6.4 Noe som kan forbedres?

I denne studien viser det seg at det å ha noe meningsfullt å holde på med er svært betydningsfullt. Det at de har mulighet å benytte seg av disse brukersentrene fører de ut av isolasjon og ensomhet og bidrar til at de får en bedre opplevelse av deres subjektive psykiske helse, den er for de en forebyggende faktor. Innen det forebyggende arbeidet rettet mot psykisk helse har det blitt et sterkere fokus på at det skal skje bort i fra helsevesenet og andre aktører skal på banen(Dalgard et al., 2011). Frivillige organisasjoner er en av de aktørene som i stor grad blir fremhevet i denne rapporten. I de kommunene informantene mine kommer fra er det flere frivillige organisasjoner som har tilbud til mennesker med psykiske lidelser/plager, det kommer også frem av de brukersentrene de benytter.

Det som er noe urovekkende funn er det informantene trekker frem som manglende informasjon om tilbud som er i nærmiljøet. Enkelte bruker uttrykk som *total svikt* på dette området. Ingen av informantene hadde fått informasjon fra helsevesenet om disse tilbudene. I 2007 la regjeringen frem ny stortingsmelding, som fokuserer på frivillighet og at det skal bli et høyere satsingsområde(St. meld nr. 39, 2006-2007). Blant annet trekkes det frem at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av økonomi og bosted. Samhandlingsreformen som kom i 2009, legger vekt på kommunens rolle når det kommer til forebyggende arbeid(St meld nr. 47, 2008-2009). Rapporten som Dalgard et al. la frem i 2011, viser til at ett godt samarbeid mellom kommunen og de frivillige organisasjonen vil øke muligheten for å nå aktuelle helsepolitiske mål.

Kunnskapsoversikten som kom i 2014 viser til ulike mål rettet mot sosial ulikhet i helse blant annet er det ene målet:

”Sørge for økonomisk og sosial trygghet. Det er ikke mulig å inkludere alle i ordinært arbeidsliv. Mennesker som blir stående utenfor arbeidslivet har behov for økonomisk og sosial trygghet. De som står langt fra arbeidslivet må sikres økonomiske stønader

som er til å leve av og tilbys sosiale arenaer med meningsfulle aktiviteter for å motvirke sosial isolasjon og fallende selvfølelse og mestring. (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014, s. 185).

Det informantene i denne studien gir uttrykk for er at de har en sosial arena (brukersenter) som gir de meningsfulle aktiviteter som drar de ut av isolasjon og styrker deres selvfølelse og mestring av livstilværelsen. For å tilby sosiale arenaer som forebygger isolasjon, fallende selvfølelse og mestring, så er man avhengig av å vite hvilke ressurser som er tilgjengelige. Som den ene informanten sa: *MEN du må jo vite at det finnes ikke sant.....*

Begrepet brukermedvirkning er ofte brukt i dagens helsepolitikk, det retter seg mot individets mulighet for medbestemmelse og at man er ekspert på seg selv og hva som er godt for blant annet ens egen helse. Brukermedvirkning er medvirkning på ulike nivå, blant annet på systemnivå og individnivå (Regjeringen, 2008). Bemyndigelse/empowerment er også et aktuelt begrep her. Det handler om å gi personer myndighet til å selv bestemme over faktorer som de opplever som viktige i sitt liv (Stang, 2001). Utvalget i denne studien gir uttrykk for at det er tilfeldigheter som gjorde at de fikk informasjon om de ulike tilbudene i kommunen. Individene er ekspert på egen helse og ved tilstrekkelig informasjon om eksisterende ressurser har de hatt mulighet for å iverksette tiltak i eget liv som gagnar dem. Motsatt vil det være vanskelig å være en aktiv bruker og komme med medvirkninger når tilstrekkelig informasjon om aktuelle ressurser ikke er tilstede. Det å ta slike valg kan rettes opp til Opplevelse av Sammenheng, individet opplever en sammenheng/mestring av tilværelsen (Antonovsky, 2012). Det at individene iverksetter tiltak i eget liv som å være aktive brukere på brukersentre med kan ses på som en mestring av de utfordringene de har i eget liv. På den måten kan de få en Opplevelse av Sammenheng, noe som er avgjørende for at individet skal bevare eller bevege seg mot helseenden på kontinuumet (Antonovsky, 2012). Selv om utvalget i denne studien gir uttrykk for manglende informasjon, ser jeg at dette kan komme av tilfeldigheter. Min egen erfaring er at det i psykisk helsearbeid er et mer helhetlig arbeid hvor det også rettes tiltak som er aktuelle etter utskrivelse. For å konkludere med at dette er et problem i denne regionen er man avhengig av videre undersøkelse på dette både på individ og systemnivå. Tilfeldigheter gjorde at utvalget i denne studien fikk kontakt med brukersentrene, istedenfor å konkludere med at det er en svikt i kommunikasjonen mellom ulike instanser, vil det her heller være hensiktsmessig å konkludere med at individene i dette utvalget har sterke ressurser og pågangsmot til rådighet, da de på tross av sine utfordringer mestrer å iverksette helsefremmende tiltak i eget liv.

6.5 Styrker og svakheter ved studien

Kvalitativt design ble i denne studien valgt for å besvare problemstillingene. Det har vært hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode ettersom den søker å gå i dybden og en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013). Valget av metode har også vært hensiktsmessig da den retter seg mot erfaringer og individenes opplevelse av verden sett fra intervjupersonenes side (Kvale & Brinkmann, 2012). Kvalitative data kan samles inn ved flere ulike metoder, i denne studien har jeg valgt et semistrukturert intervju. Valg av metode for datainnsamling retter seg mot studiens validitet, om problemstillingen blir besvart ut i fra valgt av type datainnsamling (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg vil nå drøfte studiens styrker og svakheter opp mot validitet og reliabilitet. Selv om det i kapittel 4.7 ble presentert studiens validitet og reliabilitet velger jeg nå med et tilbakeblikk å drøfte det avslutningsvis.

6.5.1 Vurdering av studiens reliabilitet.

Reliabiliteten knytter seg til hvor vidt resultatene er reproduserbare av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg har som tidligere nevnt vært bevisst omkring studiens reliabilitet med tanke på repliserbarhet. Ettersom det var semistrukturert intervju, med åpenhet omkring spørsmål vil en annen forsker stilt andre spørsmål enn meg, på tross av at intervjuguiden ligger til grunn. Reliabiliteten har blitt styrket gjennom nøyaktig transkribering av lydbåndene, med gjentagende lytting og sikring av overførbarheten fra lyd til tekst. Man kan her styrke reliabiliteten ved at en annen forsker også transkriberer og deretter sammenlikner tekstene (Malterud, 2003). Dette har ikke blitt gjort med årsak i de etiske rammene som foreligger i denne studien. Thagaard (2013) knytter studiens reliabilitet til en nøye redegjørelse for hvordan dataene har kommet frem under forskningsprosessen. Dette har jeg gjort i metodekapittelet som inngående beskriver datainnsamlingen fra utvalgsprosedyre til selve analyseprosessen. Det skal også frembringes at min forforståelse kan ha lagt en føring på resultatene uten at det har vært ønskelig. Men som De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) fremhever, så er ikke forforståelse negativt så lenge forskeren drøfter betydningen av denne og den gjøres eksplisitt. Jeg har i studien gjort rede for min bakgrunn og under prosessen hatt et bevisst forhold til min forforståelse på feltet. Reliabiliteten av dataene som foreligger avhenger mye av utvalget i studien, funnene som kommer frem er

avhengig av informantenes bakgrunn. Både en styrke og en svakhet kan her rettes mot en noe homogent utvalg med tanke på bakgrunn og erfaringer. Dette speiler seg i funnene som kommer frem, reliabiliteten blir da styrket opp til validiteten, hvor studiens funn trekkes opp til tidligere forskning og teori.

6.5.2 Vurdering av studiens validitet

En studies validitet heves ved at tolkningene og funnene styrkes når ulike studier bekrefter hverandre (Thagaad, 2013). Selv om jeg i starten og midtveis i prosessen opplevde det noe vanskelig å finne teori og studier som kunne knyttes til eventuelle funn, er det i kapittel 2.0, 3.0 og ikke minst i diskusjonsdelen 6.0 frembrakt teori og forskning som kan knyttes til tema og problemstillingene. Svakheten er muligens at det er hovedvekt på kvantitative funn og ikke kvalitative, men allikevel gjenspeiler disse mye av de funn som foreligger i denne studien. Det er i tillegg lagt vekt på teori og forskning hvor det kan rettes paralleller ved at deres funn og teori kan styrke mine egne. Det har ikke vært en aktiv søken etter teori og forskning som svekker mine funn, men jeg har tatt med forskning og teori som nyanserer mine egne funn. Validiteten er også rettet mot hvordan dataene er tolket, det er gjort systematiske analyser med koding og uttalelser fra informantene er ikke tatt ut av sammenheng. Ut i fra analysen og presentasjon av funnene har det ligget i bakhodet at de skal være gjenkjennelige for utvalget i denne studien. For øvrig så viser jeg til kapittel 4.7 som viser til studiens validitet og reliabilitet.

Det at det er noe homogent utvalg belyser seg i deres erfaringer og ytringer som kommer frem. For å styrke denne studien ytterligere kunne det vært hensiktsmessig med et større utvalg og da gjerne med ulike bakgrunner. Dette ville kunne nyansere de funn som er resultatene i denne studien. Det er fra min side vært et rasjonelt blick på egen studie. De funn som foreligger i denne studien er avhengige av både meg som forsker og utvalget. Har de ytret seg ut i fra hva de tror jeg vil vite og ”behage” meg som forsker? Hva om utvalget var rekruttert fra andre brukersenter? Det er mange spørsmål som dukker opp i ettertid. Jeg føler i alle fall at jeg har gjort det ytterste for at studiens validitet og reliabilitet skulle bli styrket så godt som mulig.

7.0 Konklusjon

Gjennom denne studien har det kommet frem flere momenter og funn som kan rettes opp mot problemstillingene mine. Jeg vil her gjøre en kort oppsummering av disse funnene som kom frem i studien som er med på å besvare problemstillingene. Til slutt legger jeg også frem noen forslag for videre arbeid og forskning.

7.1 Oppsummering av funn knyttet til problemstillingene.

Problemstilling 1: *Hvordan opplever og erfarer enkeltindivider at knappe økonomiske ressurser påvirker deres psykiske helse?*

- Det er særlig faktoren økonomi som har en negativ innvirkning på individenes psykiske helse. De lever med knappe økonomiske ressurser noe som gir økte psykiske plager. Dette være seg søvnløshet, utrygghet, redsel, bekymringer, symptomer på angst, panikk anfall, depressive symptomer, isolasjon, dårligere selvtillit, med flere.
- De knappe økonomiske ressursene fører til en fare for sosial marginalisering, det gir særlig utslag i form av isolasjon og ensomhet som igjen påvirker den psykiske helsen.
- De økonomiske ressursene kan i enkelte tilfeller bli så u håndterbare at enkeltindivider erfarer et større behov for helsehjelp ved en forverring av den subjektive opplevelsen egen psykiske helse.

Problemstilling 2: *"Hva gir mening og styrke for disse individene og er det noe som bør forbedres?"*

- Det å ikke være sysselsatt i form av fravær av jobb, skole eller brukersenter ga en subjektiv opplevelse av forverring av egen psykisk helse. Det førte til isolasjon, sosial marginalisering eller fare for det og økt symptomtrykk.
- Det å være aktiv på et brukersenter anses som en meningsfull aktivitet. De kommer bort fra isolasjon og får sosialt samvær. Ved å benytte seg av brukersentrene holder de livstilværelsen i sjakk og det blir en slags motpol som styrker deres psykiske helse.
- Det var for samtlige tilfeldigheter som gjorde at de kom i kontakt med brukersentrene. De ga uttrykk for manglende informasjon om eksisterende tilbud fra offentlige hjelpeinstanser.

I denne studien har jeg vært interessert i å fange opp individers opplevelser og erfaringer omkring psykisk helse og sosioøkonomiske faktorer. Det har også vært av betydning å undersøke hva de opplever som meningsfullt og styrkende. I et folkehelseperspektiv hvor vi har store utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse ser jeg det som avgjørende at vi må ned på individnivå for å få en bredere forståelse omkring hvordan dette kan forebygges og hvilke tiltak som kan iverksettes. Med bakgrunn i tema i denne studien vil det kunne være av interesse å forske videre på individer som havner inn under kategorien ”lavere sosioøkonomisk status”. Det er mange spørsmål man kan stille seg videre; hvordan erfarer individene at ulikheten påvirker dem?, hvilke tiltak veier opp for de utfordringene de lever med?, hvordan samarbeider offentlige innstanser med eksisterende ressurser og tiltak som er i nærmiljøet? Er det en spesiell periode særskilte tiltak bør iverksettes? Hvilke tiltak kan bidra til å få flere med nedsatt psykisk helse ut i arbeid? Selv har jeg fått svar på noe av det jeg lurte på i denne studien, men det foreligger allikevel mange ubesvarte spørsmål. For å imøtekomme de utfordringene vi har i Norge opp til folkehelse tror jeg det vil være hensiktsmessig med flere studier som spisser seg ned på et individnivå, kunnskap og erfaring bør komme fra de som vet best hvor ”skoen trykker”. Vi har mangfold av dokumentasjon på at det er et aktuelt problem, nå bør det muligens fokusere ytterligere på hvordan de kan håndteres og forebygges.

Redusert ulikhet vil øke velferden og livskvaliteten for oss alle(Wilkinson & Pickett, 2011).

LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11- 17. Hentet fra:

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html>

Antonovsky, A.(2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Borg, K. & Kristiansen, K.(2009). *Medforskning- å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, D.,T. & Thomassen, A.(2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid; om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. London: SAGE Publications.

Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K.,A.(2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dahl, E. & Birkelund, G. E. (1999). Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 40(1), 3-32.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Studies on social and economic determinants of population health, No. 3. Copenhagen; World Health Organization- EUROPE.

Dalgard, O., S.(2008). Psykisk helse og sosial ulikhet. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, Vol 5(3), 247-256.

Dalgard, O.,S., Mathisen, K., S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L., E.(2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. FHI-rapport 2011:1. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

Davidson, H., Haglund, K.E., Stayner, D. A., Rakefeldt, J., Chinman, M.J. & Tebes, J.K.(2001). "It was just realizing...that life isn't one big horror": A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 275-292.

Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/prj/24/3/275/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene(2013). *Ansvar*. Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Ansvar/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene(2010). *Forskerrollen*. Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>

Earle, S., Lloyd, C., E., Sidell, M., & Spurr, S.(2007). *Theory and research in promoting public health*. London: Sage Publications.

Eikemo, T., A.(2008). Små klasseulikheter i psykisk helse i Norge. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*. 5(3), 223-235. Hentet fra

http://www.idunn.no/file/pdf/33204736/tph_2008_03_pdf.pdf#page=23

Edwards, V. A. I. (2008 s. 202). Relativ fattigdom, akademisering, sunn fornuft og nødvendig empati. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 5(Nr 3), 202.

Elstad, J., I.(2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse, teorier og forklaringer. 07/2005. *Sosial- og helsedirektoratet*. Hentet fra:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer/Sider/default.aspx>

Fog, J.(1995). *Med samtalen som utgangspunkt; Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Folkehelseinstituttet. (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. 2007:1. *Faktarapport*.

Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1AE74B1D58.pdf>

Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities. *WHO Europe*. Hentet fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf

Fossheim, H. J.(2009). Informert samtykke. *De internasjonale forskningsetiske komiteer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/>

Førde, R.(2013). Personer med psykisk lidelse. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Gilje, N. & Grimen, H.(1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger; Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Halse, J.(2000). Abraham Maslow og den humanistiske psykologi. I J. Jerlang(Red.), *Utviklingspsykologiske teorier* (s.239-259). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Halvorsen, K.(Red). (1996). *Mestring av marginalitet. Å leve og overleve som sosialklient*. Halden: Cappelen Akademisk Forlag as.

Helsedirektoratet.(2009). *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse* [brosjyre]. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet.(2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Vol 1/2010. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet.pdf>

Helsedirektoratet(2012). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2012*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsedirektoratets-arlige-rapport-om-arbeidet-med-a-utjevne-sosiale-helseforskjeller-folkehelsepolitisk-rapport-2012/Publikasjoner/is-2075.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet.(2013). *Meld. St. 34(2012-2013). Folkehelsemeldingen.*

Bergen: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDDPDFS.pdf>

Hem, M., H.(2009). Personer med psykisk lidelse. *De nasjonale forskningsetiske komiteene.*

Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-med-psykisk-lidelse/>

Kvale, S. & Brinkmann, S.(2012). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, E.(2014). Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering. Vol 1/2014. *NAPHA- rapport.* Hentet fra

<http://www.psykiskhelsearbeid.no/content/7288/NY-RAPPORT-Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-NAPHA>

Larsen, A.K.(2008). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode.* Bergen: Fagbokforlaget.

Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 21-35. Hentet fra:

<http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4510/3647>

Lindstrøm, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244. Hentet fra:

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full.pdf+html>

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta- Analysis. *American Journal of Epidemiology*. 157(2), 98-112. Hentet fra:

<http://aje.oxfordjournals.org/content/157/2/98.full.pdf+html>

Lorenz, R.(2007). *Sunhedens kilde. Oplevelsen af sammenhæng*. Viborg: Dansk psykologisk Forlag.

Mackenbach, J.,P., Kunst, A.,E., Cavelaars, A., EJM., Groenhof, F. & Geurts, J., JM.(1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 9066(349), 1655-1659. Hentet fra:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673696072261#>

Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Eriksson, H., G., Linden-Bostrøm, M., Nordstrøm, E., Persson, C., Sahlqvist, L., Starrin, B., & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors – a population- based study in Sweden. *BMC Public Health*, 2009 (9), 302. Hentet fra
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-302.pdf>

Murali, V., & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol 10, 216- 224. Hentet fra:
<http://apt.rcpsych.org/content/10/3/216.full.pdf+html>

Myklestad, I., Rognerud, M., & Johansen, R.(2008). Levekårsundersøkelsen 2005, utsatte grupper og psykisk helse. Vol 8/2008. *rapport- folkehelseinstituttet*. Hentet fra:
<http://www.fhi.no/dokumenter/836ae5a58e.pdf>

Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathisen, K.,S.(2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Vol 8/2009. *rapport-folkehelseinstituttet*. Hentet fra
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92:::0:0

Myrvold, T.,M., Berglund, F. & Helgesen, M., K.(2008). Psykisk sykes levekår. Vol 32/2008. *NIBR-rapport*. Hentet fra <http://www.nibr.no/filer/2008-32.pdf>

Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbygg, L., Solberg, P. & Torkelsen H. I.(2013). Å delta med det du kan: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10(3), 219- 228. Hentet fra http://www.idunn.no/ts/tph/2013/03/aa_delta_med_det_du_kan_betydningen_av_meningsfulle_akti?mostRead=true

Norvoll, R.(Red).(2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver-en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nystrøm, M. & Dahlberg, K. (2001). Pre-understanding and openness- a relationship without hope?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15 (4), 339-346. Doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00043.x

Personopplysningsloven(2001). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL_1

Regjeringen.(2008). *Brukermedvirkning*. Hentet 03.05.2014, fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803

Robinson, P. & Englander, M.(2007). Den deskriptive fenomenologiske humanvetenskaplige metoden. *Vård i Norden*, 27(1), 57-59. Hentet fra: <http://search.proquest.com/docview/607318851/fulltextPDF/ED41D73EC7C482FPQ/2?accountid=45259>

Rognerud, M. Strand, B., H. & Dalgard, O., S.(2002). Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 I. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 239-248. Hentet fra <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/372/348>

Skärsäter, I., Langius, A., Ågren, H., Häggström, L. & Dencker, K.(2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 258-264. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e41a8357-b2a5-4e3b-9583-4b91acc286f9%40sessionmgr115&vid=4&hid=120>

Sosial- og helsedirektoratet.(2005). Gradientutfordringen: *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-sosial--og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse/Sider/default.aspx>

Stang, I.(2001). *Makt og bemyndigelse. – om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå.(2007). *På liv og død; helsestatistikk i 150 år*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/sa94.pdf>

St. meld nr 20 2006-2007(2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. [Oslo]: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>

St. meld nr. 39 2006-2007(2007). *Frivillighet for alle*. [Oslo]: Kultur- og kirke departementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-39-2007-.html?id=477331>

St. meld. Nr 47 2008-2009(2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Sundt, E.(1870) om fattigforholdene i Christiania: fra den ved Christiania repræsentantskabs beslutning af 9de september 1868 nedsatt komitte. Christiania: J.Chr Gundersens Bogtrykkeri.

Hentet fra

<http://www.nb.no/nbsok/nb/d3cad081ae910b43d8cf052f590c7860.nbdigital?lang=no#0>

Thagaard, T.(2013). *Systematikk og innlevelse; En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorød, A., B.(2006). En normal barndom? Foreldrestrategier for å skjerme barn fra konsekvenser av å leve med lav inntekt. Vol 2/2006. *NOVA-rapport*. Hentet fra:

http://www.nova.no/asset/1796/1/1796_1.pdf

Underlid, K.(2005). *Fattigdommens psykologi, oppleving av fattigdom i det moderne Noreg*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Underlid, K.(2008). Fattigdommens lukt og smak. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 213- 223.

WHO (2007). *What is mental health?* Hentet fra

<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

WHO.(2008). *Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: Helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene*. [brosjyre] Genève: Verdens helse organisasjon.

Wilkinson.R. & Pickett, K.(2011). *Ulikhetens pris- Hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. Oslo: Res Publica.

Åslund, C., Starrin, B. & Nilsson, W., K.(2014). Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: the influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 13:22.

Hentet fra <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-9276-13-22.pdf>

VEDLEGG 1

Vil du være med å dele dine erfaringer?

Jeg heter Hilde og er student ved Universitetet i Agder. Jeg er tidligere utdannet sykepleier og har jobbet innen psykisk helse, nå tar jeg en Master i Folkehelsevitenskap.

I forbindelse med dette har jeg en oppgave/studie som omhandler psykisk helse og sosial ulikhet.

Studien er i hovedsak ute etter enkelt personers opplevelse og erfaring knyttet til hvordan deres psykiske helse og sosiale forhold som jobb, utdanning og økonomi virker inn på hverandre og deres liv/hverdag.

Om du har en psykisk plage/lidelse vil jeg gjerne høre dine erfaringer rundt de aktuelle temaene. Det er ønskelig med 5- 10 deltakere som vil stille opp på enkeltintervju. Det vil da skje gjennom et kvalitativt intervju, dette intervjuet vil foregå som en samtale hvor vi tar en kopp kaffe og prater rundt de aktuelle tema(bli tatt opp på lydbånd). Lengden på intervjuet kommer an på hvor mye du ønsker å si, men ca 30 min +/-.

Her er en oversikt over temaer som vil bli tatt opp under intervjuet:

- dagsenter/møteplass
- psykisk helse(ikke utdypende, men kort og bla hvordan helsen din påvirker hverdagen og andre forhold)
- økonomi
- utdanning
- hvordan din psykiske helse og sosioøkonomiske forhold(utdanning, jobb, økonomi) påvirker hverandre i ditt liv.

Jeg vil gjerne gjøre oppmerksom på at intervjuet er frivillig. Om du er villig til å være deltaker så kan du når som helst trekke deg eller unnlate å svare på enkelte spørsmål. I tillegg er dette et anonymt intervju slik at navn og andre opplysninger som er personidentifiserende ikke vil bli brukt.

Intervjuet vil foregå på ditt dagsenter/møteplass om det lar seg gjøre.
Intervjuene skal helst være gjennomført før November er over.

Jeg håper det er noen av dere som har lyst til å dele sine erfaringer, dette er viktig for at vi skal kunne få bedre innsikt og forståelse i din brukergruppes liv.

Har du spørsmål eller ønsker å delta, ta gjerne kontakt med meg:

Student; Hilde Kongstein

Tlf: 93446706

Mail: hildek684@hotmail.com

VEDLEGG 2. (4 SIDER).

Intervjuguide:

Innledning:

Først og fremst vil jeg takke deg for at du vil delta i denne undersøkelsen. Den er som nevnt tidligere knyttet opp til min Master i Folkehelse. Ved denne undersøkelsen så ønsker jeg å kartlegge om psykisk helse og sosioøkonomisk status kan påvirke hverandre. De data som kommer frem vil forhåpentligvis kunne bli benyttet for å få en bedre forståelse for din brukergruppe. Vi skal i denne undersøkelsen ikke gå inn på din personlige psykiske helse på et dypt plan, men det er ønskelig å høre dine erfaringer omkring økonomi, utdanning og jobb om dette påvirker din psykiske helse i ulik grad. Om du føler det er vanskelige spørsmål sier du bare stopp og det er helt greit om du ikke ønsker å svare. Du kan også trekke deg fra intervjuet når som helst uten å måtte begrunne dette til meg. Er det noe du ikke forstår eller vil at jeg skal gjenta spørsmål så bare si i fra.

Basis informasjon:

Kjønn:

Alder:

Sivilstand:

Barn:

Arbeidssituasjon:

Utdanningsgrad/skolegang:

Bolig:

Dagsenter:

- Kan du fortelle om hverdagen din her på dagsenteret?

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Trivsel?- arbeidsoppgaver?- sosialt?- Gir det deg glede? |
|---|

Psykisk helse:

For å få en helhet i intervjuet så trenger jeg bakgrunnsinformasjon om deg, vil du fortelle kort om din psykiske helse?

- plaget lenge?

hvordan opplever du at dette påvirker din utfoldelse i arbeid, skole og økonomi?

- opplever du noen

begrensninger/muligheter i forhold til dette?

- opplevelse om at psykiske helsen har ligget til grunn for utdanning, arbeid og økonomi?

Utdanning:

Kan du fortelle om din skolegang og utdanning?

- om ikke utdanning, erfaring med at den psykiske helsen har påvirket/hindret dette?

Begrunn.

- hvordan oppleves det å ha/ikke ha utdanning med tanke på din helsetilstand?

- ser du for deg at du vil ta utdanning eller utøve denne i fremtiden?

Arbeidssituasjon:

Føler du at dagsenteret er med på å gi deg muligheter i forhold til videre muligheter i arbeidslivet?

- følge opp fra tidligere info om arbeidssituasjon.
- hvilke muligheter ser du foran deg med tanke på jobb?
- Hvordan oppleves dette?

Med tanke på din arbeidssituasjon, opplever du at dette påvirker din psykiske helse?

- pos eller neg retning, begrunn.
- selvfølelse
- på hvilken måte påvirker dette din psykiske helse?
- ses muligheter for fremtiden?

Økonomi:

Hva slags fritidsinteresser har du?

- får du deltatt på det du ønsker? Hindrer økonomien?
- prioriteringer.
- hverdagen prioritere bort, hvordan påvirker dette helsen?

Hva slags opplevelse har du i forhold til at din økonomiske situasjon påvirker din psykiske helse?

- merkes det på helsen når det er gode/dårlige tider?
- øker behovet for helsehjelp i takt med dårlig økonomi?
- hva gjør du når pengene ikke strekker til?
- mye bekymringer?

Sosioøkonomiske forhold:

Vi har snakket tidligere om jobbsituasjon, skolegang og økonomi. Har du noen opplevelse eller erfaring om at disse forholdene gjør Det vanskeligere for deg å bli fri for dine psykiske plager?

- fortell gjerne om hvordan dette oppleves.
- erfaring med å komme inn i en "ond sirkel"?
- alle disse forholdene henger ofte sammen med helse, tanker om hvordan dette kan endres/forebygges?

Avslutning:

Før vi avslutter intervjuet vil jeg nå spørre deg om det er noe du føler du ikke har fått sakt som du vil få frem?

Takk for at du deltok, det har vært til stor hjelp.

VEDLEGG 3.

Sosial ulikhet i psykisk helse. En studie knyttet til Master i folkehelsevitenskap.

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse; informasjonsskriv med samtykkeerklæring og frivillighet.

Hensikten med denne studien er å kartlegge samspillet mellom sosioøkonomiske forhold (inntekt, bolig, utdanning) og psykisk helse. Det er ønskelig at du er med i denne studien da du har erfaringer og kunnskap som vil være nyttig å få dokumentert for din brukergruppe.

Du vil være anonym; dine ytringer ikke vil kunne bli direkte gjenkjennelige med deg. Intervjuet som er tatt opp på lydband vil bli omgjort til tekstform, så fort dette er gjort vil all lydfil av intervjuet bli slettet. Prosjekt slutt er satt til 01.12.2014.

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger:

Blir brukt i min utarbeidelse av masteroppgave og at min veileder Anne Brita Thorød kan få innsyn i data. Det vil kunne bli aktuelt at dokumentasjonen kan publiseres i tidsskrifter eller blir brukt for videre forskning.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se under).

Student/Intervjuer: Hilde Kongstein. E-post: hildek684@hotmail.com. TLF: 93446706.

Veileder: Førstelektor Anne Brita Thorød, Universitetet i Agder, Institutt for psykososial helse. E-post: anne.b.thorod@uia.no. TLF: 99232352.

**Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:
Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien**

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4.

Dagligliv; bolig, utdanning, utgifter. (eksempel).

Utsagn	Kortform	Stikkord/kategori/begrep

VEDLEGG 5 (1 AV 2 SIDER)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Brita Thorød
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 20.08.2013

Vår ref:35120 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35120	<i>Sosial ulikhet og psykisk helse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Brita Thorød</i>
<i>Student</i>	<i>Hilde Kongstein</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

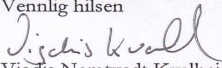
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

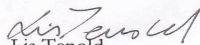
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77



Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Kongstein, Margretes vei 24, 4633 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrsvarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

VEDLEGG 5 (2 AV 2).

 **Personvernombudet for forskning** 

Prosjektvurdering - Kommentar

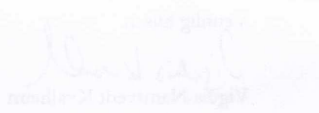
Prosjektnr: 35120

Det gis muntlig og skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet godt utformet, men forutsetter at skrevet også tilføyes informasjon om dato for prosjektslutt. I meldeskjemaet er angitt 01.12.2014. Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes personvernombudet@nsd.uib før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med prosjektnummer).

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



VEDLEGG 6

19.4.2014

Skriv ut melding i Outlook.com

[Skriv ut](#)

[Lukk](#)

VS: REK sør-øst 2013/1701 Sosial ulikhet og psykisk helse

Fra: Anne Brita Thorød (anne.b.thorod@uia.no)

Sendt: 21. oktober 2013 14:27:30

Til: Hilde . (hildek684@hotmail.com)

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

Sendt: 27. september 2013 09:38

Til: Anne Brita Thorød

Emne: Sv: REK sør-øst 2013/1701 Sosial ulikhet og psykisk helse

Hei.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 19.09.2013. Leder av REK sør-øst C har nå vurdert henvendelsen.

Formålet med prosjektet er å intervju et utvalg personer med psykiske plager, og undersøke deres tanker og holdninger knyttet til sosiale utfordringer ved deres situasjon. Formålet med prosjektet er således å skaffe til veie kunnskap om mestringsstrategier, ikke ny kunnskap om deltakernes helse og sykdom per se.

I helseforskningslovens § 4 første ledd forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjektet faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Prosjektet kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Mvh

--

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

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

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

Besøksadresse: Nydalen Allé 37b, Nydalen, 0424 Oslo.

<http://helseforskning.etikkom.no>

