



Diakonhjemmet - *Engasjert for mennesket*

Tema: Psykiske lidelser, stigmatisering

På hvilken måte kan stigmatisering av psykiske lidelser påvirke sykdomsutvikling og sosial deltakelse?

Kandidater: Ingeborg Røthe Lekve, Linda Sørensen

Diakonhjemmet Høgskole Rogaland

Bacheloroppgave

Bachelor i Vernepleie

Kull: VP11

Antall ord: 12609

Dato: 22.05.2014

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn/ståsted	2
1.2	Avgrensinger	3
1.3	Problemstilling.....	3
1.4	Begrepsfestning	4
2	Forskningsmetode	6
2.1	Generelt om metode.....	6
2.1.1	Kvalitativ metode	6
2.1.2	Systematisk litteraturstudie	7
2.1.3	Kvantitativ metode	7
2.2	Metodevalg	7
2.3	Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming	8
2.4	Kvalitativt forskningsintervju.....	9
2.4.1	Informantutvalg.....	9
2.4.2	Gjennomføring av intervju	10
2.4.3	Transkribering	12
2.5	Metodevalg for analyse	13
2.6	Litteraturutvalg	14
2.7	Validitet og reliabilitet.....	15
2.8	Mulige feilkilder	16
2.9	Etiske utfordringer	17
3	Datapresentasjon	20
3.1	Avviks- og stemplingsteori.....	21
3.2	Stigma og selvstigma.....	22
3.3	Stigma og sykdomsutvikling	24
3.4	Sosial deltakelse	25
3.5	Arbeidsliv	27
3.6	Media og stigmatisering	28
3.7	Stigma – utbredelse før og nå	30
4	Drøfting	32
5	Oppsummering/avslutning	35

Vedlegg I.....	I
Vedlegg II.....	II
Vedlegg III.....	III

1 Innledning

Mennesker som har en psykisk lidelse, eller som har psykiske plager opplever på mange måter en dobbel byrde. Personene må, i følge en hovedfagsoppgave fra Universitetet i Oslo, først håndtere symptomene og mestre sin livssituasjon, i tillegg må vedkommende forholde seg til feiloppfatninger og fordommer som finnes i befolkningen angående psykiske lidelser (Kongsrud og Vattø, 2008). Fordommene kan komme til uttrykk i form av språket som anvendes når man omtaler mennesker som har en psykisk lidelse, eller ved diskriminering som begrenser muligheter for deltakelse i samfunnet. Den psykiske lidelsen kan således utgjøre et stigma (ibid.).

Stigma ble på 1960- tallet et viktig begrep innen avvikssosiologi og samfunnsvitenskapen. Fenomenet brukes av stemplingsteoretikere og tradisjonelle sosiologer som Erwin Goffman (Store norske leksikon, 2005). Tenkning om stigmatisering har sitt utspring fra Erwin Goffman. Han gav ut boken “Stigma” i 1963, der han utdyper omgivelsens betydning for selvidentitet og for forløp ved sosiale avvik og sykdom, herunder psykiske lidelser. Goffman utviklet begrepene stigma og stigmatisering for å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer og samhandling mellom den syke og andre mennesker. Stigma blir således et sosialt fenomen som har røtter i sosiale relasjoner, og som skapes av samfunnets kultur og strukturer (Goffman, 1975). Goffman definerer stigmatisering som en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept og en prosess hvor andres reaksjoner ødelegger en normal identitet. Et stigma er en generalisering der en persons spesifikke handlingsmønster eller særtrekk definerer vedkommendes allmenne karakter (Norvoll, 2013).

I 1950 og 1960-årene ble den sosiologiske forskning opptatt av å forstå psykiske lidelser ut fra et avviks- eller stemplingsperspektiv. Man ville med dette utfordre den positivistiske forståelsen av avvik, som blant annet psykiske lidelser, rus og kriminalitet, ved å utvikle alternative teorier om sosiale årsaker til slike problemer. Ut ifra de alternative teoriene som ble utviklet, mente man at psykisk sykdom er et resultat av sosiale prosesser, og dermed noe annet enn biologisk sykdom. Retningen fikk stor betydning for forståelsen av psykiske lidelser innenfor samfunnsvitenskapen fordi den utfordret den tradisjonelle tenkningen om psykisk sykdom (Norvoll, 2013).

Da dette primært er en øvingsoppgave i bruk av forskningsmetode på bachelornivå, mener vi det er det urealistisk å tro at denne studien vil ha reelle konsekvenser for personer med

psykiske plager med tanke på stigmatisering. Men vi ser også nytten samt viktigheten av å sette søkelyset på temaet psykiske lidelser og stigmatisering. Forskning på dette temaet som blir publisert og/eller offentliggjort, kan bidra til å øke kunnskapsnivået til befolkningen generelt. Dette kan igjen redusere de fordommer og negative holdninger folk har om psykiske lidelser, med andre ord redusere stigma.

Denne oppgaven er på mange måter bygd opp som første delen av vernepleierens arbeidsmodell. Vi har gjennomgående tatt hensyn til de tre sentrale områdene i denne modellen: etiske, omsorgspolitiske og juridiske vurderinger. Vurderinger i forhold til disse kan anses som grunnleggende og gjennomgående for all vernepleiefaglig virksomhet. Fasene i modellen, fra kartlegging til evaluering er selve grunnstrukturen for tilrettelegging av endringsprosesser i miljøarbeid. Første del av modellen, behovskartlegging, består av to faser; kartlegging og analyse. Kartleggingen skal utføres i nært samarbeid med de involverte parter, med mål om å finne hva som kan understøtte positiv utvikling og livskvalitet. For å innhente data benyttes en egnet metode, i dette tilfelle intervju, for å kunne gjøre en bredest mulig vurdering. På bakgrunn av innhentet data, drøftes dette opp mot relevant teori og forskning, samt erfaringsbasert kunnskap for å kunne analysere den aktuelle situasjonen (Fellesorganisasjonen, 2008).

1.1 Bakgrunn/ståsted

Vi er to kvinner som går tredje året på vernepleierutdanningen på Diakonhjemmet høyskole i Sandnes. Da vi skulle ta fatt på Bacheloroppgaven, og komme frem til et tema vi begge hadde interesse og engasjement for, var temaet psykiske lidelser og stigmatisering det som først slo oss som aktuelt å skrive om. Vi jobber begge innenfor psykisk helsevern, og har hatt nær kontakt med mennesker som har en eller annen form for psykisk lidelse. Vi har også sett hvordan aviser, TV og andre medier er med på å opprettholde myter og fordommer som lever blant befolkningen, i forhold til psykiske lidelser. Da vi også har nær pasientkontakt, har vi fått noe innblikk i hva disse fordommene kan bety for mennesker som lider av en psykisk lidelse. På bakgrunn av dette har vi valgt å studere hva stigmatisering av psykiske lidelser kan føre til på individnivå.

1.2 Avgrensinger

Vi har valgt å avgrense vår forskning til å omhandle voksne mennesker med psykiske lidelser i Norge. Når vi har valgt å fokusere på voksne er dette fordi temaet ungdom og psykiske lidelser er relativt stort i seg selv, og med tanke på oppgavens omfang fant vi det nødvendig å foreta denne avgrensingen for ikke å sitte igjen med uoverkommelige mengder data.

Dette er en øvingsoppgave i bruk av forskningsmetode, og vi vil forholde oss til de lover, regler samt etiske prinsipper som gjelder for reelle forskningsprosjekter. Derfor vil vi i enkelte deler av oppgaven referere til oss selv som forskere, og oppgaven som et forskningsprosjekt. Dette gjelder primært metodekapittelet, da det er her forskningsmetodikken kommer tydeligst frem.

Vi har valgt å benytte oss av en informant som selv har hatt psykiske plager. Da vi er underlagt retningslinjer som er fastsatt av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste), som tilsier at vi ikke har anledning til å benytte informanter som er underlagt offentlig forvaltning, var det nødvendig for oss å finne en informant som på nåværende tidspunkt ikke var klinisk syk men samtidig kunne gi oss relevant informasjon fra et brukerperspektiv.

Intervjudeltaker fra intervju med brukerperspektiv vil bli omtalt som Informant 1, og intervjudeltaker fra intervju med fagperspektiv vil bli omtalt som Informant 2.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av valgt tema: psykiske lidelser, stigmatisering, vår arbeidsbakgrunn innenfor psykiatrisk divisjon, samt at tema er samfunnsaktuelt, har vi kommet frem til at vi vil finne ut mer om hvordan påvirkning stigmatisering kan ha på sykdomsutvikling og sosial deltakelse hos personer med psykiske plager i Norge. Med dette i tankene har vi formulert problemstillingen.

Problemstilling: På hvilken måte kan stigmatisering av psykiske lidelser påvirke sykdomsutvikling og sosial deltakelse hos voksne med psykiske plager i Norge?

For å få en bredere forståelse av fenomenet stigma, vil vi presentere teori på hvordan stigma utarter seg, samt belyse hvordan stigma kan oppstå på individnivå og på samfunnsnivå. Vi vil også se på hvordan media påvirker fordommene blant befolkningen, samt hvordan holdninger det er i samfunnet i forhold til stigma før og nå.

Vi mener det er relevant for vernepleiere å ha bred kunnskap om stigmatisering for, for å kunne forebygge og yte bedre og god omsorg til personer med psykiske lidelser. Vernepleiere jobber innenfor ulike sektorer, og kommer således tett innpå mennesker som er utsatt og sårbare for stigmatiserende og diskriminerende holdninger. Derfor er det viktig at vernepleiere har et høyt kunnskapsnivå og går foran med et godt eksempel når det gjelder antistigma og antidiskriminering.

Diskriminerende og stigmatiserende holdninger er i strid med I FN's verdenserklæring om menneskerettigheter (FN, 2014) der det står det i artikkel 7 at alle har krav på samme beskyttelse mot diskriminering i strid med denne erklæring mot enhver oppfordring til slik diskriminering. Det er ifølge Fos yrkesetiske grunnlagsdokument (Fellesorganisasjonen, 2002) en vernepleiers oppgave å arbeide for et inkluderende samfunn, og dermed jobbe for hindre at diskriminering forekommer.

1.4 Begrepsfestning

Ofte legges det ulik betydning i begrep. For å få en dypere forståelse av hva vi vil frem til med vår problemstilling, vil vi her definere begrepene som er benyttet.

Et stigma består av de egenskapene som tillegges en person, og de stereotype oppfatningene som vi tillegger dem som hører til i samme gruppe, eller har samme type diagnose. Stigma er negative forestillinger knyttet til betegnelse, det kan være rase, seksuell legning, religion, kjønn eller psykisk lidelse (Jensen, Dybvig og Johannessen, 2009). Stigma kan ses på som er paraplybetegnelse som omfatter stereotyper, fordommer diskriminering, samt den stigmatisertes skam, angst og redsel for omgivelsenes fiendtlighet og bortstøtning.

Det er vanlig å skille mellom begrepene psykiske plager og psykiske lidelser. Det finnes ingen generelt aksepterte definisjoner på begrepet psykiske plager. Vi har i denne oppgaven brukt begrepet om tilstander som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser (Folkehelseinstituttet, 2014).

Psykisk lidelse er, ifølge Snoek og Engedal (2008) en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelser som vi innenfor vår kulturkrets ser på som sykelige eller behandlingstrengende. Det omfatter diagnostiserte lidelser, alt fra angst og depresjoner, til mer omfattende lidelser som schizofreni (Folkehelseinstituttet, 2014).

Med å påvirke mener vi i problemstillingen å ha innflytelse på, eller virke inn på.

I begrepet sykdomsutvikling legger vi forløpet eller prosessen ved sykdom. Vi tenker spesifikt på oppdagelse og eventuell diagnostisering, behandlingsprosessen og prognosene ved psykisk sykdom.

Med begrepet sosial mener vi, som det er vanlig i samfunnsvitenskapen, det som har noe å gjøre med forholdet mellom mennesker (Bø og Schiefloe, 2007). Med sosial deltakelse mener vi herunder å ha venner og delta i vanlige sosiale aktiviteter som er åpne for alle, samt mulighet for deltakelse i arbeidslivet.

Med begrepet voksne legger vi myndige mennesker over 18 år.

2 Forskningsmetode

Metode er en fremgangsmåte for å finne, og eventuelt behandle informasjon. «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, s. 196).

Gjennom bruk av metode undersøkes virkeligheten på en systematisk måte, der man ser etter noe spesielt. Slik blir blikket skjerpet på et utvalgt tema, valget av metode vil bestemme hva man skal se etter eller oppdage (Halvorsen, 2008). Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Man skiller mellom to typer metode; kvantitativ og kvalitativ og vi vil videre kort presentere de tre metodene som var aktuelle for oss å benytte i prosessen med å skrive vår bacheloroppgave.

2.1 *Generelt om metode*

2.1.1 Kvalitativ metode

Tradisjonelt har kvalitative metoder blitt forbundet med forskning som innebærer en nær kontakt mellom forsker og de som studeres. En viktig målsetning med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Fortolkning har derfor særlig stor betydning i kvalitativ forskning. Kvalitative metoder omfatter observasjon, intervju, analyse av foreliggende tekster og visuelle uttrykksformer og analyse av audio- og videoopptak. Disse metodene har gradvis blitt mer akseptert og benyttet innenfor samfunnsvitenskapen. Kvalitative tilnærminger gir grunnlag for fordypning i de sosiale fenomenene vi studerer (Thagaard, 2013). I kvalitative metoder søker man å ha et “jeg-du-forhold” til de som studeres (Dalland, 2007).

2.1.2 Systematisk litteraturstudie

Mulrow og Oxman definerer systematisk litteraturstudie som en studie som utgår fra et tydelig formulert spørsmål, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Siteret i: Forsberg og Wengström, 2013, s.27). Videre kjennetegnes en systematisk litteraturstudie ved at den forsøker å identifisere alle relevante forskningsartikler innen ett bestemt område, litteratursøk omfatter både publiserte og ikke-publiserte artikler, man foretar en systematisk bedømming av hver artikkels validitet, og statistiske metoder benyttes for å analysere resultat fra flere lignende artikler dersom dette er mulig og fordelaktig (ibid.).

Systematisk litteraturstudie er en metode som hører inn under kvalitativ metode.

2.1.3 Kvantitativ metode

De kvantitative metodene gjør det mulig å samle data som kan beskrive fenomenet ved hjelp av tall. De tar sikte på å forme informasjon om til målbare enheter, som så gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner slik som å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Forskere som benytter kvantitative metoder ser fenomenet utenfra, og tilstreber nøytralitet og avstand. Man har et "jag-det-forhold" til de som studeres (Dalland, 2007).

2.2 Metodevalg

Vår studie vil basere seg på enkeltpersoner og deres personlige mening om hvordan stigmatisering påvirker sykdomsutvikling og sosial deltagelse. Derfor har vi valgt å benytte oss av kvalitativ metode som verktøy for datainnsamling i dette forskningsprosjektet.

Kvalitative metoder egner seg godt til å studere personlige og sensitive emner, som kan omfatte private forhold i personens liv. Når forskningsspørsmålene betinger et tillitsforhold mellom forsker og person i felten, kan kvalitative metoder være særlig velegnet (Thagaard, 2013).

2.3 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Forskerens refleksjoner over egne erfaringer kan derfor danne et utgangspunkt for forskningen (Thagaard, 2013). Fordi fenomenologiske studier utforsker den meningen personen tillegger sine erfaringer av et fenomen, mener vi dette er det rette vitenskapsteoretiske grunnlaget når vi skal undersøke hvordan stigmatisering av psykiske lidelser påvirker den sosiale deltakelsen og sykdomsutvikling hos voksne med psykiske plager.

Hermeneutikken blir ofte omtalt som fortolkningslære, og er blitt en samlebetegnelse på en gruppe innbyrdes forskjellige tanketradisjoner – en type filosofi som studerer språk, kommunikasjon og fortolkning av tekster, samt forståelse av disse (Olsson og Sörensen, 2003). Det sentrale for den hermeneutiske forståelsen er fortolkningen av en spesifiserbar mening og de spørsmålene som i denne hensikt blir stilt til en tekst eller et intervju (ibid.). Hensikten med et hermeneutisk forskningsperspektiv er å fange opplevelser og uttrykk, fortolke og forstå sammenhenger og muligheten til å forklare.

Når vi velger å kombinere fenomenologi og hermeneutikk er dette fordi vi ser at våre egne erfaringer danner grunnlag for det temaet vi har valgt, jamfør Thagaard (2013), og ønsker her å oppnå en dypere forståelse av stigmatisering, samt hvordan mennesker som blir utsatt for dette fenomenet kan bli påvirket. Vi søker altså subjektets erfaring rundt temaet. Vi så i tillegg at det var nødvendig for oss å lese litteratur som omhandler de tre fenomenene vårt forskningsprosjekt primært tar opp; stigma, sykdomsutvikling og sosial deltakelse, for å få en dypere og mer helhetlig forståelse rundt disse. Samtidig vil hermeneutikken bli en naturlig del av oppgaven, da vi vil tolke sekundærdata i form av fagbøker og artikler som allerede er publisert, samtidig som vi vil generere egne primærdata gjennom kvalitative intervju. Disse må også tolkes og vurderes, og den hermeneutiske tilnærmingen vil være et hjelpemiddel i denne prosessen. Samtidig mener vi at ved å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, vil det bidra til å kvalitetssikre det arbeidet vi gjør. Dette fordi vi har en solid vitenskapsteoretisk tilnærming som legger føringer for hvordan vi nærmer oss de data vi velger å bruke i oppgaven.

2.4 Kvalitativt forskningsintervju

For å innhente nødvendig datainformasjon, har vi valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode. Et intervju er en form for utveksling av synspunkter eller meninger mellom to personer. Det aktuelle temaet opptar begge parter, der den ene styrer meningsutvekslingen i størst grad. Forskningsintervju har som mål å produsere kunnskap gjennom å være en profesjonell samtale mellom intervjuer og informant. Det skal samle beskrivelse og forståelse av informantenes livsverden, særlig i forhold til det aktuelle fenomen, i dette tilfelle stigma (Kvale og Brinkmann, 2012).

Ved å benytte fenomenologisk innfallsvinkel på det kvalitative intervjuet vil vi strebe etter å utøve åpenhet ovenfor informantens historier og synsvinkel i intervjuet. Strukturen på intervjuet ligner mer på en samtale med et tema. Denne metoden er semistrukturert, det vil si at det utarbeides en intervjuguide (Vedlegg I) som kan inneholde forslag til spørsmål og temaer man skal innom i løpet av intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2012).

2.4.1 Informantutvalg

Spørsmål om hvem forskeren skal få informasjon av, innebærer å definere det utvalgte undersøkelsen baserer seg på (Thagaard, 2013).

For å finne data til vår problemstilling: «På hvilken måte kan stigmatisering av psykiske lidelser påvirke sykdomsutvikling og sosial deltakelse hos voksne med psykiske plager i Norge?» måtte vi dedusere hvor vi kunne finne de svar vi behøvde, og videre bestemme hvem som faktisk sitter på disse svarene. Det første som falt oss naturlig, var personer som selv har hatt psykiske plager. En person som selv har hatt psykiske plager, kan ha erfaringer i forhold til å ha opplevd stigma. Denne personen tror vi derfor kan komme med relevant informasjon om hvordan stigma kan påvirke personens sykdomsutvikling, samt hans eller hennes sosiale deltakelse. Vår andre tanke var at en fagperson kan ha informasjon fra sin praksis. I utgangspunktet ser vi for oss at en fagperson kan ha mer teoretisk kunnskap i forhold til hvordan sykdomsutviklingen kan påvirkes. Vi tror også at både informanten med brukerperspektiv og fagpersonen vil kunne ha innspill som omhandler viktigheten av å redusere stigma, og hvordan dette kan gjøres.

Kvalitative studier baserer seg på strategisk utvalg, som innebærer at man velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013).

På grunnlag av dette har vi valgt å intervju en person som tidligere har hatt psykiske plager. Denne personen har vi kjennskap til via kurs personen har avholdt. Vi vil også intervju en fagperson som jobber med mennesker som har psykiske plager, samt har skrevet fagbøker som omhandler ulike psykiske lidelser og stigmatisering. Fordelen med å intervju en fagperson er at svarene ofte er gjennomtenkt, samt en fagperson vil sannsynligvis benytte mye av den samme terminologien som vi som intervjuere, noe som kan minske muligheten for misforståelser (Dalland, 2007).

De to intervjupersonene har to ulike grunnlag for å svare på spørsmål angående temaet psykiske lidelser og stigmatisering, henholdsvis bruker- og fagperspektiv, som kan knyttes direkte opp mot relevant teori rundt temaet. Strategien bak informantutvalget styres således av relevant teori, og blir definert som teoretisk utvelging (Thagaard, 2013).

2.4.2 Gjennomføring av intervju

Da vi hadde funnet ut hvilke to informanter vi ønsket å intervju, forfattet vi et informasjonsskriv (Vedlegg II) som ble sendt til de to ønskede informantene, via mail. I denne mailen presenterte vi oss selv, og forklarte formålet med intervjuet. Vi presenterte tema for oppgaven vår, og den foreløpige problemstillingen. Vi informerte også om at vi ønsket å benytte en båndopptager for å ta opp intervjuet. Korrespondansen mellom oss og informantene var via mail gjennom hele den forberedende prosessen. Når vi hadde fått positivt svar fra informantene, avtalte vi tid og sted for intervjuet. Vi gav informantene mulighet til å velge sted, da vi tenkte det ville være gunstig å avholde intervjuet en plass informantene følte seg trygg og bekvem. Begge informantene valgte sine egne kontor som intervjusted. Da vi hadde fått bekreftet intervjuene, satt vi sammen en samtykkeerklæring (Vedlegg III) med hjelp av malen til NSD. Denne fikk begge informantene utdelt før intervjuet startet. Informantene ble informert om krav til nytt samtykke om det skulle oppstå vesentlige endringer i forskningsprosjektet, samt deres rett til å trekke samtykke tilbake i henhold til Helseforskningsloven (2008) § 15 og 16. For at samtykke skal være gyldig, må samtykke være frivillig. Vi informerte om hensikten med prosjektet, samt at samtykket når som helst kan trekkes tilbake. Det ble en utfordring i forhold til hvor mye informasjon vi på

forhånd skulle gi om prosjektet. Hvis vi gav for mye informasjon, kunne dette påvirke intervjuet og dermed utfallet av studiet. Vi valgte derfor å ikke gi informasjon utover informasjonsskrivet som vi sendte informantene i første korrespondanse.

På dagen for intervjuet møttes vi intervjuere i forkant av avtalt tid med informanten for å se gjennom intervjuguiden samt gjøre nødvendige forberedninger. Vi avtalte at en skulle være hovedintervjuer og slik fristilt fra intervjuguiden. Den andre skulle da sikre at informanten svarte på de faktiske spørsmål på forhånd skrevet ned i intervjuguiden. Således kunne vi sikre at vi oppnådde den informasjon vi behøvde. På slikt vis tenkte vi at nyttig informasjon, og nye tema relevante for oss som vi ikke tidligere hadde tenkt på, vil kunne komme frem.

Første intervju var med informanten med brukerperspektiv. Vi møtte opp på avtalt sted til avtalt tid, og ble tatt i mot av informanten. Hun viste oss inn på kontoret hvor intervjuet skulle gjennomføres. På grunn av begrenset plass, ble intervjuerne sittende ved siden av hverandre og informanten satt rett over oss på andre siden av et skrivebord. Før selve intervjuet startet fikk informanten utdelt samtykkeerklæringen som hun skrev under på. Hun fikk også tilbud om å beholde et eksemplar selv, noe hun takket nei til. Vi spurte så om hun hadde noen spørsmål eller noe hun ville ta opp med oss før vi startet. Informanten nevnte da at hun hadde lurt litt på hvordan vi hadde tenkt å gjennomføre intervjuet, og at hun hadde vurdert å spørre oss på forhånd om en eventuell intervjuguide. Dette sa hun var for å kunne forberede seg, og gi oss de svarene vi ønsket. Vi snakket litt rundt dette, og forklarte at vi ønsket å gjennomføre intervjuet ustrukturert for slik å kunne følge opp tema og svar som dukket opp underveis. Når vi var klare for å sette i gang, informerte vi om at vi satt på båndopptageren.

Gjennom hele intervjuet var det god flyt, og informanten fikk snakke uten avbrytelser. Vi ble ikke utsatt for forstyrrelser, med unntak av informantens telefon som ringte en gang under selve intervjuet. Når informanten kom inn på tema vi synes var relevante og viktige, stilte vi oppfølgingsspørsmål og hun utdypet videre. Vi stilte også spørsmål der vi fikk bekreftet at vår tolkning av det som ble fortalt stemte. Disse spørsmålene var av typen “du sier at ... , forstår jeg deg rett når du mener ...?”. Selve intervjuet varte i ca 60 minutter, og etterpå hadde vi en samtale rundt hvordan både informantens opplevelse og vår opplevelse under intervjuet hadde vært. Informanten bad oss også om å ta kontakt dersom vi hadde oppfølgingsspørsmål, eller om vi trengte mer utdypning av svar.

Andre intervju var med en person med faglig tilnærming til temaet psykiske lidelser og stigmatisering. Informanten har jobbet spesifikt opp mot anti-stigma arbeid, og har et faglig

ståsted som gjør at han var høyst aktuell å bruke som informant. I forkant hadde vi gjort oss opp en formening om at denne informanten kunne bidra med data som omhandlet sykdomsutvikling i forhold til psykiske lidelser, og hva stigma kan ha å si for dette.

Vi møtte opp på informantens arbeidsplass, som avtalt, og informanten møtte oss og tok oss med til sitt kontor. Intervjuerne ble sittende i en buet sofa, mens informanten satt ovenfor oss. Dette opplevdes som en god ytre ramme for intervjuet, da informanten lett kunne oppnå øyekontakt med begge intervjuerne, og det ble en åpen atmosfære. Informanten fikk utdelt samtykkeerklæringen, og fikk tilbud om å beholde ett eksemplar av denne selv, noe han takket ja til. Før intervjuet startet fikk informanten informasjon om prosjektet, og vi spurte om han hadde noen spørsmål før vi startet, noe han ikke hadde.

Vi hadde som nevnt tidligere bestemt hvem som skulle ha hovedfokus på å stille de innledende spørsmålene, men på grunn av sykdom hos en av intervjuerne falt det seg naturlig å dele på denne oppgaven. Dette førte til at det ble noe redusert flyt i intervjuet kontra vårt første intervju. Informanten fikk snakke fritt uten at vi avbrøt, eller styrte samtalen inn på andre tema. Det var heller ikke eksterne avbrytelser i løpet av intervjuet som kunne forstyrre intervjusituasjonen.

Selve intervjuet varte i overkant av 30 minutter, og etter intervjuet var over stilte informanten spørsmål om hva som var grunnen til at vi hadde valgt akkurat dette temaet. Vi hadde en kort samtale om dette der vi redegjorde for vår bakgrunn og vårt ståsted. Informanten fikk også beskjed om at han har rett til å lese gjennom sitt bidrag til oppgaven, dersom han ønsket dette. Informanten gav uttrykk for at han gjerne ville lese oppgaven når den var ferdigstilt.

2.4.3 Transkribering

Vi har valgt å benytte oss av hjelpemiddelet båndopptaker i våre intervju, med henblikk på senere dokumentasjon og analyse. Dette valget er begrunnet i at vi da kunne konsentrere oss om intervjuets emne og dynamikk. Når man har benyttet en båndopptaker, og intervjuet er ferdig, gjenstår arbeidet med å overføre talen til skriftspråk. Kvale og Brinkmann (2012) sier at når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, så blir intervjusamtalen strukturert slik at den er bedre egnet for analyse, blir lettere å få en oversikt over og struktureringen er i seg selv en begynnelse på analysen.

Transkripsjon fra lydopptak til tekst er forbundet med en rekke tekniske og fortolkningsmessige problemstillinger (Kvale og Brinkmann, 2012). Det er spesielt knyttet

problem opp mot ordrett talespråk versus skriftspråk. Man må ta stilling til om man skal transkribere uttalelser ordrett, ha med alle gjentakelser og registrering av alle "ehe"-er og lignende, eller skal intervjuet omformes til en mer formell skriftlig stil (ibid.).

Vi valgte, i vår transkripsjon av intervjuene, å unnlate dialektuttrykk, gjentakelser og andre fyllord som "ehh" "sant" og lignende. Vi mener dette ikke reduserer validiteten til transkripsjonen, da vi ikke skal foreta en konversasjonsanalyse. I følge Kvale og Brinkmann (2012) er det ikke nødvendig å transkribere alle pauser, fyllord og overlappinger i samtale, når det dreier seg om meningsanalyse.

Vi valgte å transkribere hvert vårt intervju i sin helhet. Dette valgte vi for å få en mest mulig kontinuitet i transkriberinger, og fordi vi så at dette var en tidsbesparende metode. Samtidig valgte vi å høre gjennom intervjuene på lydbånd sammen, i forkant av transkriberingen, slik at vi hadde et mer solid referansepunkt når vi leste de ferdige transkriberte intervjuene.

2.5 Metodevalg for analyse

Vi har valgt å benytte oss av meningsfortetting som verktøy i prosessen med å analysere intervjuene våre. Den formen for meningsfortetting som vi har benyttet oss av er en fenomenologisk meningsfortetting. Dette har som formål å konsentrere meningsinnholdet i en form, slik at innholdet lar seg presentere relativt kortfattet og den implisitte meningen i det som ble sagt i intervjuet blir hentet frem (Kvale og Brinkmann, 2012). Meningsfortetting medfører, i korte trekk, en forkortelse av intervjupersonens uttalelser der lange setninger komprimeres til kortere, hvor den umiddelbare meningen i det som blir sagt gjengis med få ord (ibid.).

Når vi velger å bruke meningsfortetting som verktøy for systematisering og analyse, er det fem trinn vi må forholde oss til, jamfør Kvale og Brinkmann (2012). Vi vil her presentere disse kort, da gjennomsiktighet i analysedelen vil gjøre oppgaven vår mer reliabel.

Trinn 1: Etter at vi hadde transkribert intervjuene (jamfør kapittel 2.4.3) leste vi gjennom begge intervjuene i sin helhet. Dette for å gjenskape hukommelsen og for å få frem helheten i intervjuene. Vi fikk bedre oversikt over tema som var blitt tatt opp, samt vi så at det var emner som var mer og mindre relevant for problemstillingen vår. Dette fører oss direkte til **trinn 2:** Vi delte systematisk opp intervjuet i naturlige deler etter innhold i hver enkelt del. Dette gjorde dataene mer oversiktlig og videre arbeid ble mer systematisk. **Trinn 3:** Her begynner "fortettingsarbeidet". Vi så tidlig at de transkriberte intervjuene hadde tidvis veldig

lange og omstendelige setningsoppbygninger, i dette trinnet søkte vi å uttrykke det sentrale tema i hver enhet så enkelt og klart som mulig. Dette førte til at vi satt igjen med en god del komprimert data. **Trinn 4:** Innholdet i hver enhet (de nå ferdigkomprimerte dataene) ses i lys av problemstillingen. Dette ble en prosess der de mest relevante data, i forhold til vår problemstilling, ble valgt ut og de som ikke hadde direkte relevans ble tilsidesatt. **Trinn 5:** Her tok vi de viktigste emnene i intervjudelen (enheten) og forsøkte å binde de sammen i en sammenfattende beskrivelse. Dette førte til at vi nå hadde korte, tydelige beskrivelser av informantens utsagn.

Videre i prosessen hadde vi en tematisk bearbeiding av det meningsfortettede intervjuet. Vi tok for oss problemstillingen vår, og satte opp tema som vi mente var relevante for å svare på denne. Så gikk vi igjennom intervjuet og sorterte svarene under det aktuelle tema. Her så vi at noen tema dukket opp flere ganger, mens andre var mindre berørt. I følge Dalland (2007) er det en forutsetning for å bruke denne metoden, at vi har benyttet samme intervjuguide i de ulike intervjuene. Da vi kun hadde brukt en ustrukturert intervjuguide, var dette noe vi måtte vurdere. Vi kom frem til at utgangspunktet vårt var den samme ustrukturerte intervjuguiden i begge intervju, og at temaene som var blitt tatt opp utover denne i stor grad samsvarte. Derfor mente vi at metoden trygt kunne anvendes uten å gå ut over reliabiliteten eller validiteten på oppgaven.

2.6 Litteraturutvalg

Det finnes mye litteratur om emnene denne oppgaven omhandler, og den faglige relevansen varierer. Vi har derfor vært nødt til å avgrense mengden. Vi startet litteratursøket med å undersøke hva av vår pensumlitteratur som var relevant for oppgaven, og vi har i utgangspunktet forsøkt å benytte litteratur av nyere dato der dette har vært tilgjengelig. Med nyere litteratur mener vi her faglitteratur som ikke er mer enn 10-12 år gammel. Samtidig har vi sett at noen tema er omtalt i eldre litteratur, men referert til i nyere bøker. I disse tilfellene har vi valgt å benytte oss av originallitteraturen der dette har latt seg gjøre, selv om den er av eldre dato.

Vi har søkt etter norske forskningsartikler om temaet psykiske lidelser og stigmatisering. Vi benyttet søkemotorene BIBSYS, Swemed, Pubmed, Idunn, Google scholar og PsykARTICLES via Helsebiblioteket med søkeordene «stigmatisering, psykiske lidelser». Der fant vi få norske artikler som var direkte relevante for vår problemstilling. Vi søkte derfor

etter engelskspråklige artikler med søkeordene «selfstigma of mental illness». Vi fikk da opp 3950000 treff, og fant blant disse en artikkel som var relevant til vårt tema: Self-stigma in people with mental illness (Watson, Corrigan, Larson og Sells, 2007). Siden artikkelsøket kom etter intervjuene var gjennomført, så vi at fenomenet selv-stigma var høyst aktuelt for helheten i vår oppgave.

2.7 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet kan knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013). Det er ulike måter å styrke reliabiliteten til et prosjekt på. I utgangspunktet henviser begrepet reliabilitet til om en annen forsker, som anvender de samme metodene, ville kommet frem til samme resultat (ibid.). Dette blir med andre ord et spørsmål om repliserbarhet, som igjen er knyttet til en positivistisk forskningslogikk, som fremhever nøytralitet som et relevant forskningsideal (ibid.). I vår oppgave, som har en kvalitativ tilnærming, blir data produsert i nær samhandling med personene vi bruker som informanter. En måte for å styrke reliabiliteten i vår oppgave blir å argumentere for reliabiliteten, ved å redegjøre for hvordan våre data er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen. Vi vil også gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig. Dette innebærer, ifølge Thagaard (2013) å gi en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og analysemetoder slik at forskningsprosjektet kan vurderes trinn for trinn. Det blir også fremhevet at man bør legge vekt på teoretisk gjennomsiktighet, ved å beskrive det teoretiske ståstedet som representerer grunnlaget for våre tolkninger (Thagaard, 2013).

Gjennomsiktigheten som her kan styrke vår kvalitative oppgave, ligger i å skille klart og tydelig hva som er våre primær- og sekundærdata fra det som er våre egne tolkninger. Reliabiliteten av oppgaven kan også styrkes ved at flere forskere deltar i prosjektet (ibid.).

Validitet er knyttet til tolkning av data. Validitet handler om gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til, og man kan vurdere validiteten av forskningen med henblikk på spørsmålet om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2013). Gjennomsiktighet er også her et sentralt begrep. Vi vil tydeliggjøre grunnlaget for fortolkningen ved å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjoner vi kommer frem til. «Forskeren styrker validiteten ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen» (Thagaard, 2013, s. 205).

Generalisering er en måte å styrke validiteten av forskningen på. Generalisering innebærer å overføre data fra informantene/personer vi har intervjuet, til å gjelde for personer vi ikke har intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2012). I denne undersøkelsen har det vært få utvalgte, og disse har ytret subjektive synspunkter og opplevelser. Våre funn bør derfor ikke benyttes til generalisering.

2.8 Mulige feilkilder

Vi har gjennom denne prosessen søkt å redegjøre for alle valg vi har tatt. Den største feilkilden som må vurderes er at oppgavens omfang setter begrensninger for hva vi kunne ha med av informasjon, antall informanter i dataproduksjonen, og at selve tidsperspektivet satt føringer for hvor dypt vi kunne gå inn i stoffet.

Det faktum at vi har valgt å benytte oss av en fenomenologisk tilnærming, som søker å gå i dybden av enkeltindividers subjektive opplevelse av et fenomen, kan i seg selv være en feilkilde, da vi faktisk bare får informasjon om den enkeltes opplevelse av fenomenet. Vi ser at det temaet vi ønsker å undersøke, er i så stor grad et personlig tema med store individuelle forskjeller, at det faktisk ikke ville latt seg gjøre å studere dette på en mer generell måte.

Vi har vurdert hvorvidt antall informanter er en reell feilkilde, som kan redusere reliabiliteten og validiteten på oppgaven vår. Vi kom frem til at antall informanter ikke var til hindre for at oppgaven vår fremstår som valid og reliabel. Dette er i tråd med Thagaard (2013) som skriver at antall informanter i en kvalitativ studie ikke bør være større enn at man har mulighet til å gjennomføre omfattende analyser av innsamlet data. Etter intervjuene var transkribert så vi at vi fikk rikelig med data, og data som ville gi oss svar på problemstillingen vår. Vi ser også at dersom vi hadde brukt flere informanter, kunne vi fått et mer nyansert bilde, og muligens andre syn på temaet, som ville åpnet for en mer “motstridene” drøfting.

I selve intervjusituasjonen kan kommunikasjonen i seg selv være en feilkilde. Har informanten oppfattet spørsmålene riktig? Hvis det er tilfelle kan det føre til redusert pålitelighet.

Ved å benytte kvalitativt intervju som metode er det mange muligheter for feilkilder da vi må bruke oss selv. All informasjon har på et nivå passert gjennom oss, det er vi som har gjort utvalg av informanter og litteratur, og andre avgjørelser som valg av metode. Dette påvirkes til en viss grad av vår personlighet. Det påvirkes også av vår forforståelse, våre fordommer.

Forforståelse beskrives som påvirkning av vår måte å se virkeligheten på (Thurén, 2009). Alt vi opplever, tolker vi som noe. For at denne forforståelsen ikke skal innvirke negativt på forskningen, er det viktig å være den bevisst. Det er naturlig å bruke egen erfaring, opplevelser, bakgrunn, kultur og eventuelt religion når man skal tolke. Derfor har vi prøvd å sette oss inn i informantenes sted for å kunne tolke hva de mener i intervjuet. Vi hadde en formening om hvilke svar vi kom til å finne underveis i denne oppgaven. Ved at vi var oss bevisst denne forforståelsen, kunne vi lettere skille den fra nye inntrykk vi fikk i arbeidet med denne oppgaven (Dalland, 2007). Når vi begge har jobberfaring fra psykiatrien, kan dette farge vår forutdannelse. Vi har således vært bevisst at denne forutforståelse ikke skal farge resultatene i oppgaven.

Informanten med brukerperspektiv har også en faglig bakgrunn. Dette kan ha ført til feilkilder i den grad informanten svarer på grunnlag av faglig erfaring i stedet for brukererfaring. Vi har også tatt i betraktning at informanten med brukerperspektiv nå jobber innenfor helsesektoren, og således jobber med mennesker som har økt kompetanse og kjennskap til psykiske lidelser. Om vi hadde valgt en informant som jobbet innenfor en annen sektor, kunne informasjonen kanskje blitt annerledes.

2.9 Etiske utfordringer

Som utøvende forskere fordret det at vi forholdt oss til de etiske prinsipper som gjelder internt i forskningsmiljøet. De valg vi foretar i løpet av denne forskningsprosessen, kan ha konsekvenser for de som deltar, altså informantene. Vi har benyttet en veileder utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for humaniora og samfunnsfag, heretter omtalt som NESH. (Ettikom, 2009). Denne veilederen er i utgangspunktet utarbeidet for «ekte» forskningsprosjekt, men vi har valgt å bruke den som en del av vår læreprosess om metodebruk. Vi er også pliktet til å forholde oss til Helseforskningsloven (2008), der § 5, forsvarlighet er svært sentral:

«Medisinsk og helsefaglig forskning skal organiseres og utøves forsvarlig.

Forskningen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Medisinsk og helsefaglig forskning skal vareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold.»

Dette er i tråd med FOs etiske prinsipper der vi som vernepleiere skal behandle alle mennesker med respekt (Fellesorganisasjonen, 2002).

Vi har valgt å benytte kvalitativt forskningsintervju som metode. Vi vil derfor komme tett innpå intervjuobjektene, og må forholde oss til særskilte retningslinjer i forhold til personopplysninger. NESH (2006, s. 14) definerer personopplysninger slik: «Opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en enkeltperson. En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer eller andre persontydelige kjennetegn». De opplysninger vi har innehatt har vært innelåst under arbeidet, og vil bli destruert etter prosjektets slutt. Dette er et prosjekt til bacheloroppgave ved Diakonhjemmet høgskole, og vi har derfor meldeplikt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Høgskolen har en avtale med NSD, i denne forbindelse var det derfor ikke behov for oss å søke tillatelse til prosjektet. Vi innhentet informantenes samtykke i henhold NESH etiske prinsipper, samt Helseforskningsloven (2008) kapittel 4, § 13; hovedregel om samtykke der det i de to første avsnittene står:

Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov. Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Samtykket skal bygge på spesifikk informasjon om et konkret forskningsprosjekt med mindre det er adgang til å avgi et bredt samtykke.

All informasjon vi innhentet fra informantene oppbevarte vi konfidensielt, dette i henhold til Personopplysningsloven (2000) § 13 om informasjonssikkerhet, samt kravet til konfidensialitet. Dette prinsippet innebærer: «De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på. Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres, og det stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner oppbevares og tilintetgjøres» (NESH, 2006, s. 18). Dette er i tråd med forsvarlighetskravet som er nedfelt i Helseforskningsloven (2008) § 5. Vi vurderte hvor vidt vi skulle anonymisere informanten som var fagperson, og kom frem til at vi anonymiserer med bakgrunn av respekt for informantens privatliv og det faktum at han uttaler seg som privatperson og ikke i kraft av sin profesjon.

Vi har et ansvar for å forhindre at informantene utsettes for skade eller belastninger (NESH, 2006). Temaet som tas opp kan være utfordrende for informantene, her tenker vi spesielt på

informanten med brukerperspektiv som kanskje har en tung fortid. Samtidig kan intervjusamtalen være en anledning til å reflektere. Dette var hensyn vi måtte ta da vi laget intervjuguiden.

3 Datapresentasjon

Vi har valgt å presentere primærdata fra intervjuene, og sekundærdata i form av relevant litteratur og forskning i dette kapittelet. I neste kapittel vil vi drøfte disse dataene opp mot hverandre, samt benytte våre egne tanker og erfaringer. Vi har valgt å gjøre det på denne måten fordi vi mener det blir mer oversiktlig, samtidig som det bidrar til å gjøre oppgaven gjennomsliktig med at det kommer tydelig frem hva som er primær- og sekundærdata og hva som er våre personlige refleksjoner og tolkninger av data.

Andelen av den norske befolkning som får en form for psykiske lidelse i løpet av livet, er omtrent 40 % (Folkehelseinstituttet, 2014). Psykiske lidelser er et helseproblem som gir smerte i kropp og sinn. Psykiske lidelser/plager kan være alt fra milde former for angst, depresjon og enkle fobier til alvorlige sykdommer som for eksempel depresjoner, schizofreni, psykoser og bipolare lidelser (Jensen, Dybvig og Johannessen, 2009). Ofte gir sinnslidelser også sosial uførhet, som igjen kan skape ensomhet og sosial isolasjon og stenger dem som rammes ute fra fellesskapet. Det er derfor viktig at personer på alle områder i samfunnet, spesielt vernepleiere, tenker og handler med omtanke, innlevelse og kreativitet. Vernepleiere har, i følge yrkesetiske grunnlagsdokument, plikt til å samarbeide med andre etater og instanser for å få et helhetlig og godt tjenestetilbud. Vernepleiere skal også strebe mot å bekjempe diskriminering (Fellesorganisasjonen, 2002). Det er ikke gjort på en dag å fjerne fordommer og svikt i kunnskap hos befolkningen. Samhandlingsprosjektet i Indre Sogn (Sosial- og helsedepartementet, 1995) har erfart at det finnes "terskler" som hindrer mennesker som sliter med psykiske plager, i å søke hjelp. Den første terskelen er beskrevet som motstand mot å definere seg selv, eller personer som står en nær, som psykisk syk. Dette kan skyldes det stigmaet folk flest har av gruppen psykisk syke. En forskning fra Chicago med 71 deltakere med alvorlig psykiske lidelser fylte alle deltakerne ut skjemaet: Self-Stigma of Mental Illness Scale for å kartlegge selvstigmeprosessen, deriblant selvfølelse. Forskningen viste at om det finnes fordommer i et samfunn kan dette føre til negative tanker om en selv hos mennesker med psykiske lidelser (Watsen, Corrigan, Larson og Sells, 2007).

3.1 Avviks- og stemplingsteori

Avviksteorien viser hvordan psykiatrien og psykisk helsearbeid er nært knyttet til moralske forhold og moralske prosesser i samfunnet. Med sosiale avvik menes her at personer kan forstyrre samfunnets moralske orden ved å bryte samfunnet normer og regler for akseptabel oppførsel. Samfunnet vil reagere på avvik med sosial kontroll av den avvikende, gjennom formelle og uformelle sanksjoner. De formelle sanksjonene utføres blant annet av politi og domstoler, mens de uformelle sanksjonene utføres i alminnelige sosiale samhandlinger. Slike uformelle sanksjoner kan være at man trekker seg vekk fra den avvikende, irettesetter eller ler av vedkommende. De uformelle sanksjonene kan også ta form både av en utelukkelse fra det sosiale fellesskapet, eller som overdreven oppmerksomhet på den avvikende person (Norvoll, 2013).

Stemplingsteorien fremhever at sosiale avvik er skapt gjennom et resultat av sosial kontroll. Det som fremstår som avvik, skyldes at atferden av andre defineres eller stemples som avvikende. Avviket er derfor ikke en del av handlingen, men i den reaksjonen som andre har på den. Andres stempling kan både frembringe og forsterke avvik. Personen kan så reagere på andres negative anerkjennelse ved å utvikle sekundære avvik.

Lemert (Norvoll, 2013) beskrev psykisk sykdom som avvik, og fokuserte på de sosiale kontrollmekanismene som oppstår ved sosiale avvik fra normene i samfunnet. Han var opptatt av å se på betydningen av den sosiale reaksjonen for at avviket blir stabilisert over tid.

Han delte avvikene inn i primært avvik og sekundært avvik. Primært avvik er den opprinnelige avvikende handling som eksempelvis kan oppfattes som annerledes atferd enn det som er normen i samfunnet. Med denne atferden kan det følges en sosial reaksjon fra samfunnet. Denne sosiale reaksjonen kan føre til forverring av avviksatferden. Eksempelvis kan personen med annerledes atferd bli oppfattet som psykisk syk, blir så lagt inn på psykiatrisk institusjon, gjør der erfaringer med å være psykiatrisk pasient, blir stemplet psykiatrisk pasient, og kan i ettertid oppleve utelukkelse fra familie, venner, jobb, og sosiale sammenhenger. Dette kan føre til bytte av rolle fra eksempelvis bror eller kjæreste, til rollen som psykiatrisk pasient og dermed bidra til endret i selvfølelse. Noe som kan lede til sekundært avvik, som er responsen den avvikende har på den sosiale reaksjonen på hans eller hennes annerledes atferd. Dette kan føre til at personen utsettes for endringer i selvfølelse. Den sosiale reaksjonen på det første avviket kan føre til at vedkommende isoleres og drives inn i en sekundær reaksjon, som igjen forsterker det opprinnelige avviket ved at den avvikende lever opp til de nye forventningene til ham som syk (Norvoll, 2013).

Avviks- og stemplingsteoriene framhevet at utelukkelse fra det vanlige sosiale livet kan bli svært avgjørende for den enkeltes selvidentitet og sosiale tilhørighet fordi vedkommende kan ta til seg omgivelsenes negative reaksjoner gjennom stigmatisering og selvstempling. Dette kan også føre til at vedkommende forblir i avvikende subkulturer, noe som igjen kan påvirke identitet og sykdomsforløp (Norvoll, 2013).

3.2 Stigma og selvstigma

Et stigma består av de egenskapene som vi tillegger en person, og de stereotype oppfatningene vi tillegger de som hører til i samme gruppe, eller har samme type diagnose. Stigma er negative forestillinger knyttet til en betegnelse, men det kan også være utstøting (Jensen, Dybvig og Johannessen, 2009). En person som blir stigmatisert vil kunne kjenne seg igjen i de dårlige egenskapene stigmaet forbindes med, og dermed bli svekket i sin evne til å kreve rettferdighet og likestilling.

Informant 2 sier at årsakene til stigmatiserende holdninger, at disse oppstår og holdes ved like, er at man gjennom de vil skape avstand til det vi er redd for i oss selv. Dette er i tråd med hva Erwin Goffmans teorier om stigmatisering sier; Goffman (1975) mener at stigmatisering oppstår på grunn av en frykt for det ukjente, man kan bli usikker når man møter avvikende adferd i sosiale sammenhenger. Stigmatisering er direkte knyttet til sosial eksklusjon ved at den kan føre til dehumanisering, diskriminering og ekskludering i sosiale sammenhenger, både privat og i arbeidslivet. Stigmatiseringsprosessen og diskrimineringen som følge av denne, har en tendens til å dehumanisere eller avpersonalisere. Dette kan innebære at omgivelsene bare ser sykdommen og ikke personen, og redusere deres oppfattelse av vedkommende til “bare” å være en psykisk syk, og ikke et fullverdig medlem av samfunnet. Man betrakter vedkommende som en fremmed, og skaper således et skille mellom “de” og “vi” som opprettholder avstandsforhold og avmaktssituasjon. Dette bekreftes gjennom Informant 1 sitt utsagn om at hun er veldig forsiktig i forhold til å snakke med andre om sin sykdom. Hun begrunner dette med at hun er redd for å skremme de hun snakker med, men også det faktum at det er vanskelig for andre å forstå.

Informant 2 forteller at det er stigma knyttet til forskjellige forhold, og trekker frem selvstigma. Selvstigma betyr at man identifiserer seg med de egenskapene som forbindes med

stigmaet, en begynner å tro på de fordommene andre har om en, og personer begynner å få tanker om seg selv som en lidelse mer enn en person med muligheter. I følge Jensen, Dybvig og Johannessen (2009) gir dette selvstigmaet grunnlag for dårlig selvbilde, som kan følges av handlingslammelse og en følelse av håpløshet. Det kan også bidra til at noen mister håpet om å bli frisk eller kunne få et bedre liv. Noen kan også trekke seg ut av fellesskap, eller unnlate å søke hjelp. Informant 2 påpeker at det er veldig farlig om man bidrar til at de som i perioder i sitt liv er pasienter, får slike selvoppfatninger. Videre sier han at dette er noe man må jobbe med i behandlingen, holdningen til pasienter og også i familien.

Menneskers bevissthet om seg selv og omverdenen dannes og utvikles gjennom samspill med andre mennesker, og de fortolkninger individet gjør av sin erfaring med andre i en situasjon. Selvopplevelsen vil påvirkes av omgivelsenes reaksjon på vedkommende lidelse, den endrede sosiale posisjonen som sykdommen kan føre til, og den pågående interaksjonsprosessen mellom den syke og omgivelsene. Negative reaksjoner fra de sosiale omgivelsene kan føre til en negativ selvidentitet fordi vedkommende ubevisst retter de fordomsfulle og stigmatiserende holdninger mot seg selv (Elstad og Norvoll, 2013). De utvikler en opplevelse av seg selv som fundamentalt annerledes enn “vanlige” mennesker.

Informant 1 kunne fortelle at hun synes det var veldig viktig å sette fokus på tema psykiske lidelser og stigmatisering. Hun trekker frem at vi nå, i 2014, snakker om at vi har kommet langt i forhold til dette temaet, noe hun ikke mener stemmer. Hun påpeker videre at den som stigmatiserer mest, er henne selv. Hun utdyper dette med å si at hun er sin egen verste fiende, har vært syk og hatt forskjellige lidelser, men likevel kjenner hun at det er vanskelig å være like anti-stigma på seg selv, som det hun er ovenfor andre.

Teorier om selvstempling viser betydningen av samspillet mellom individets lidelse og omgivelsenes reaksjoner på forløpet ved psykiske lidelser (Elstad og Norvoll, 2013). Dette viser hvor viktig det kan være å styrke det sosiale selvet og selvfølelsen til personer med psykiske lidelser, gjennom mer positive og aktive sosiale roller. En sentral utfordring er med andre ord å skape bedre muligheter for et positivt selvbilde ved psykiske lidelse, både innenfor psykiske helsetjenester og ute i samfunnet.

3.3 *Stigma og sykdomsutvikling*

Et problem med stigmatisering av mennesker som har, eller som er på vei inn i en, psykisk lidelse er at det kan føre til at de rammede unnlater å søke hjelp. Det kan også lede til at pårørende og andre som kunne hjulpet vedkommende til behandling vegrer seg for å gjøre dette (Jensen, Dybvig, Johannessen, 2009).

Informant 2 forteller at han har sett og snakket med mange pasienter som sliter med å forstå at dette er noe de kan komme ut av, at de ikke er dømt til ett liv som psykisk syk, men at de må jobbe seg gjennom ting. Han sier man har mye erfaring med at særlig ungdom er redde for å oppsøke hjelp, på grunn av den skammen som er knyttet til psykiske lidelser i ungdomsmiljøet, og den redselen for hvordan det skal gå med dem.

Nyere studier finner at stigmatisering kan føre til prosesser som bidrar til å forverre levekårene for personer med psykiske lidelser, gjennom å redusere deres sjanser i arbeidslivet og skade deres sosiale nettverk. Slike forhold øker også faren for tilbakefall, eller bidrar til at den psykiske lidelsen blir langvarig (Norvoll, 2013).

Scheffs sosiologiske teori om psykisk sykdom understreker samfunnets påvirkning på sykdomsutvikling. Han mener at psykiske avvik ikke nødvendigvis skyldes indre patologi, men kan ha sammenheng med indre og ytre faktorer. Disse ytre faktorene, som kan være samfunnets innlærte syn eller forestillinger på psykiske lidelser, mener Scheff kan forsterke en persons sykdomsutvikling (Norvoll, 2013).

I forhold til sykdomsutvikling sier Informant 2 at så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, så er det lurt og bra å få hjelp. Det er vist at dersom pasienter starter opp behandling tidlig i sin sykdomsfase, bedres langtidsprognosene betraktelig. Informant 2 påpeker at måten man oppnår tidlig behandling på er via informasjonskampanjer, samtidig som man har lavterskeltilbud tilgjengelig.

Informant 1 understreker viktigheten av å vite om tilbudet som finnes. «Jeg visste ikke tilbudet rundt meg, så jeg bare presset meg. I dag ser jeg det at jeg ønsket at jeg hadde visst mer om det tilbudet som fantes. Da hadde jeg kanskje ikke mistet så mange år av livet mitt. Men det nytter ikke å gråte over spilt melk».

Videre forteller Informant 2 at det er mange pårørende familier, som tror at dersom du får en psykisk lidelse så blir du ikke frisk igjen, at det er noe du har med deg resten av livet. Dette mener informantene ikke er sant. Han sier at de fleste, nesten alle som får en psykisk lidelse, mottar behandling og kommer ut av den aktuelle tilstanden. Han trekker frem at det ikke er mange spesialiteter på sykehuset som har så gode behandlingsresultater som psykiatrien.

Videre påpeker han at det er noen få som får livslange følgetilstander, og at det ofte er de som blir brukt som stereotype betegnelser på psykiatriske pasienter. De fanger vår oppmerksomhet, og det skapes et bilde i oss på hva en psykiatrisk pasient er; noe kronisk og langvarig. Disse stereotypene som vokser frem i vår bevissthet, ligger der og maler et annet bilde av hva en psykiatrisk pasient er, noe annet enn hva det er i virkeligheten. Han mener det bildet som henger igjen danner grunnlaget for stigma.

I ethvert samfunn finnes det forestillinger om hvordan psykiske lidelser arter seg, det dannes stereotyper (Norvoll, 2013). Disse stereotypene er i følge Norvoll og Elstad (2013) generelle oppfatninger og forventninger til personer som tilhører en avvikende gruppe. Denne typifiseringen kan føre til at en sosial gruppe blir uriktig generalisert, negativ sosial typifisering og diskriminerende reaksjoner kan medføre individuell stigmatisering. Disse forestillingene er gjerne innarbeidet allerede i barndommen. Slengord som «Du er gal», «Er du helt syk i hodet» medvirker til å mystifisere psykiatrien (Norvoll, 2013).

I følge Informant 2 har det seg slik at i den regionen han jobber (Rogaland), der det er kontinuerlig informasjonstiltak, så kommer folk mye tidligere til behandling, og de søker hjelp tidligere enn hva de gjør i andre regioner. Han forteller også at undersøkelser har vist at dersom du for eksempel får en psykoselidelse i Rogaland er sjansen for at du skal være helt frisk etter 10 år mer enn dobbelt så stor enn om du får en psykoselidelse i Oslo.

3.4 Sosial deltakelse

Sosial integrasjon er en politisk målsetning jamfør satsningsområde i opptrappingsplanen (Regjeringen, 2013) om økt forståelse blant befolkningen på feltet psykisk helse. Likevel er det mange med psykiske plager som har utfordringer med sosial deltakelse. «Selv om mange opplever ekskludering og stigmatisering, deltar mange personer med psykiske vansker aktivt i sosiale sammenhenger, og noen møter få stigmatiserende reaksjoner. Erfaringene kan dermed variere på individnivå» (Elstad og Norvoll, 2013).

Vi spurte Informant 1 om hennes erfaring rundt sosialt nettverk og vennskap under sykdomsforløpet. Informant 1 forklarer hvordan hennes sosiale nettverk reagerte på hennes psykiske lidelse og hvordan nettverket hennes forandret seg. Hun forteller at en ting var det å faktisk bli syk, men hun opplevde det også som å falle ut av hele samfunnet. Hun beskriver

det som å gå fra “samfunnsborger til bruker på tre sekunder”. Videre forteller hun at veien tilbake til samfunnsborger var lang og tung. Hun uttrykker at hun mistet mye på veien, spesielt med tanke på det nettverket hun tidligere hadde. Hun forteller at hun før alltid var den vennene tok kontakt med, at hun var drivkraften i venneflokkene og den som hjalp alle andre. Plutselig forandret dette seg til at hun var den som trengte hjelp, og ingen i hennes nettverk visste hvordan de skulle takle dette. Videre sier hun at selv den dag i dag, lever hun et ganske ensomt liv.

Informant 1 forklarer at hun ble veldig forandret når hun var syk, dette kan bli sett på som en annerledeshet. Denne annerledesheten bryter med det normale, og fører til noe Goffman kaller for «en engstelig, uforankret interaksjon» (Elstad og Norvoll, 2013). Han mener dette kan være en naturlig menneskelig reaksjon på avvikende atferd i sosiale sammenhenger.

Informant 1 tror reaksjonen fra nettverket handler om usikkerhet, at mange mangler kunnskap om psykiske lidelser. Goffman (Siteret i Elstad og Norvoll, 2013) mener at stigmatisering kan føre til en dehumanisering; man ser ikke menneske, bare sykdommen. Dette kan føre til at den psykisk syke får en ny type identitet som kan overskygge den opprinnelige identiteten.

Informant 1 sier hun gikk fort fra samfunnsborger til bruker, som blir en type identitet eller rolle.

Stigmatisering kan, ifølge teorien om den symbolske interaksjon påvirke en pasient med psykiske lidelsers sosiale deltakelse. Den symbolske interaksjonisme mener at påvirkninger utenifra, eksempelvis fra samfunnet, miljøet og nettverk, former selvet, og dermed selvfølelsen. Selvet utvikler seg hele livet, og når en blir psykisk syk, kan selvoppfatningen forandres og påvirkes av omgivelsenes reaksjoner på vedkommendes lidelser (Norvoll, 2013).

Viktigheten av nettverk og vennskap er betydelig for mennesker. Ingen kan over tid leve uten omfattende hjelp og omsorg fra andre. På så måte er vi alle, på et eller annet stadiet, avhengig av andre hele livet. I følge Maslow er sosiale relasjoner med andre mennesker et av våre grunnleggende behov (Håkonsen, 2009). Fyrand (2005) understøtter dette, og mener at våre basale behov er; kjærlighet, aksept, verdsetting, tilhørighet, identitet og trygghet.

Informant 1 forteller om hvordan hennes “sosiale antenner” ble påvirket av sykdomsforløpet. Hun sier det er veldig mye snakk om sykdom, enten det er hos lege, terapeut, psykiatrisk sykepleier eller om du er innlagt. Det blir en felles interesse, og det eneste du kan snakke om. Hun forteller at hun husker godt første gangen hun begynte å snakke med folk, etter hun ble skrevet ut av institusjon, om selvskading og suicidforsøk. Hun opplevde da virkelig å

skremme de hun snakket med. Hun sier at for henne var det helt naturlig å spørre “kutter ikke du deg opp?”.

Sosiale relasjoner er, ifølge Tøssebro (1996), rangert som en av de viktigste faktorene på om en føler seg tilfreds eller ikke. Dette er viktig for å oppnå god livskvalitet. Sosiale relasjoner kan kanskje bidra til at en pasient med psykiske plager eller lidelser opprettholder og kanskje øker sin livskvalitet. Manglende sosialt nettverk kan påvirke psykiske helse fordi personlige forhold ikke dekkes, samt at hjelp og støtte fra andre kan være mangelfull.

3.5 Arbeidsliv

Den nasjonale oppfølgingsplanen arbeid og psykisk helse har tiltak som skal gjennomføres i perioden 2013-2016 (Regjeringen, 2013). Denne planen er en videreføring av nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse som varte fra 2007 til 2012 (Regjeringen, 2007), som hadde målsetning om større åpenhet rundt psykiske problemer i arbeidslivet. Dette målet videreføres i oppfølgingsplanen. Videre har planen mål om å redusere fordommer og fremme positive holdninger til personer med psykiske problemer samt deres deltakelse i arbeidslivet. Dette skal gjøre med å øke informasjonen i arbeidslivet med konkrete tiltak som eksempelvis gjennomføring av schizofrenidagene og Verdensdagen for psykisk helse.

Stemplingsteorien påpeker at avvikende atferd, som eksempelvis en psykisk lidelse kan føre til, kan medføre opplevelse av stigma også på arbeidsplassen. Jensen, Dybvig og Johannessen (2009) trekker frem at det er særlig når pasienter skal ta del i samfunnslivet at de opplever hvordan stigmatiseringen arter seg i praksis. Det være seg ekskludering fra arbeidsmarkedet og andre sosiale sammenhenger, usynliggjøring eller latterliggjøring. Fordommer og diskriminerende holdninger har vært lenge kjent, det er også kjent at personer med psykiske lidelser blir forskjellsbehandlet.

Informanten 1 fortalte at hun hadde opplevd situasjoner som hun knyttet til stigmatisering; Etter at Informant 1 var ferdig utdannet, søkte hun på en jobb i helsesektoren. På jobbintervjuet var det i tillegg til avdelingsleder to psykologer. Informanten forteller at hun ikke fikk stillingen hun søkte på, men fikk i stede tilbud om en helgestilling som hun takket ja til. I ettertid viste det seg at det var de to psykologene som ikke ville hun skulle få jobben, da de trodde hun ikke var klar til å begynne å jobbe. «Så det var tøft», forteller hun.

Videre forteller Informant 1 at det stort sett har vært få episoder der Informant 1 har følt seg stigmatisert. Hun trekker frem to episoder i arbeidslivet, som tydeliggjør noen av problemene ved det å ha vært innlagt i psykiatrisk institusjon; En mannlig avdelingsleder hun jobbet under, viste seg å ha vært nattevakt på en av de institusjonene hun hadde vært innlagt på. Siden Informant 1 har alle sine journalnotater visste hun at denne mannen hadde vært koblet inn i en del utageringssituasjoner. Informant 1 forteller at hun var veldig skeptisk til hvordan det skulle bli å ha han som nærmeste leder, men det viste seg at han behandlet Informanten profesjonelt hele tiden, og nevnte ikke noe om hennes fortid. Dette var noe Informant 1 satt stor pris på.

På spørsmål om Informant 2 mener det er mye stigmatisering i arbeidslivet svarer han at det er blitt mye bedre. Han sier at det henger nok mye igjen, men at det nå er mange arbeidsgivere som prioriterer å ta inn mennesker som har langvarige psykiske lidelser. Det har det skjedd en fantastisk utvikling blant arbeidsgivere de siste årene, og i arbeidslivet generelt. Før var det veldig vektlagt at personer måtte ut i vernet arbeid eller vernet arbeidssituasjon. Nå er det mer at en går ut i vanlig arbeid, og får litt støtte, avhengig av de behovene man har, i den vanlige arbeidssituasjonen.

Videre sier han at psykiske lidelser er blitt mer normalisert, en person kan ha en angstlidelse, kommer ut av det og gå tilbake på arbeid, det kreves egentlig ikke noe spesielt fra arbeidsgiver eller noen andre.

Informant 1 forteller hvordan selvstigma har påvirket henne i arbeidslivet;

Hun sier at det har hindret henne i å føle seg faglig trygg, det har ført til at hun trakk seg ut av diskusjoner og sensurerte seg selv. Grunnen til dette sier hun var tanken om at de andre sikkert ikke ville tro på henne, på grunn av hennes bakgrunn med psykiske plager. Informant 1 reflekterer også over at hun nok har vært oversensitiv, fortolket og forfortolket veldig mye. Hun sier det skyldes hennes selvstigmatisering.

3.6 Media og stigmatisering

Informant 2 forteller at media skaper og opprettholder stigmatiserende holdninger. Han kommer med et eksempel på hvordan mediene fremstiller psykiatriske pasienter; for noen måneder siden var det en serie på NRK som omhandlet drap knyttet til personer som hadde en

psykisk lidelse. Dette var ett oppdrag NRK hadde tatt fra den engelske tabloidavisen The Sun. I serien blandet de sinnslidelser, personlighetsforstyrrelser og alle andre psykiatriske diagnoser sammen.

Er det en reell fare for økt vold ved psykisk lidelser? Forskerne har et noe delt syn på dette, men studier viser at det kun er en liten andel personer som har en psykisk lidelse, som står for en liten del av volden i et samfunn. Dette skaper et misforhold mellom den reelle faren knyttet til mennesker med psykiske lidelser, og de oppfatninger som råder i samfunnet. Det vil si at denne forestillingen av farlighet kan være sosialt og kulturelt konstruert. Forskning fra USA og England viser at mediene systematisk overfokuserer på vold av psykiatriske pasienter. Her i Norge er det ikke utført mye forskning på området, men som våre informanter påpeker, er det et problem at det er knyttet farlighet opp mot psykiatriske pasienter. Dette påpekes også av bruker- og fagmiljøer i Norge (Elstad og Norvoll, 2013).

Fremstillingen av personer med psykiske lidelser som farlige, kan gi grobunn for stigmatisering og sosial isolasjon (Elstad og Norvoll, 2013). Informant 2 trekker særlig frem og presiserer at det ikke er noe økt farlighet knyttet til psykiatriske pasienter, dersom pasienten er skikkelig behandlet. Farligheten er knyttet til om den aktuelle tilstanden ikke er kommet i behandling, eller ikke er adekvat behandlet. Videre nevner Informant 2 at farligheten kun er noe økt knyttet til visse psykoselidelser. «Det er klart at alt vi gjør, og prøver å få til i forhold til å bedre holdninger og bedre forståelsen rundt psykiske lidelser, så skal det bare to avisoppslag til og så må vi nesten starte på nytt igjen».

Informant 1 sier det er for mye negativ omtale av psykiatrien i media. «Det er bare skrekkhistoriene som blir fremstilt». Hun påpeker også at når det er blitt begått grove lovbrudd eller drap, så er media raskt ute med å knytte personen opp til en diagnose, eller til opphold i psykiatrien. Hun mener også at selve fremstillingen av psykiatrien er for mørkmalt. Informant 2 forteller også om det stigma som er knyttet til selve behandlingsapparatet, psykologer og psykiatere. Han sier at noen ynder å fremstille det som om en psykiater ikke har en vellykket dag på jobben uten at han har fått tvangsinnlagt eller tvangsmedisiner noen. Videre avkrefter Informant 2 dette med å fortelle at det faktisk ikke er spesialisthelsetjenesten som tvangsinnlegger mennesker, det er alltid familie, pårørende eller lokalsamfunnet som ber om at personer blir tatt hånd om og tatt vare på. Videre er det opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere om vilkårene er til stede, og i 30 - 40% av tilfellene av de som blir forsøkt tvangsinnlagt, så er ikke vilkårene tilstede lovmessig. Informanten 2 påpeker at det er mange vanskelige arenaer rundt dette, og spesielt det faktum at det er knyttet stigma til det å være

tvangsinnlagt.

3.7 Stigma – utbredelse før og nå

Gjennom TIPS-prosjektet blir det gjort jevnlig opinionsundersøkelser i befolkningen for å undersøke holdninger og kunnskap om psykiske lidelser. Stigma knyttet til psykiske lidelser har tradisjonelt vært ganske høyt, men man ser gjennom undersøkelser at dette ikke er så høyt lenger. Det er blitt en mye bedre aksept for det å ha en psykisk lidelse, og også det å omgås personer med en psykisk lidelse. Så det har vært en veldig positiv utvikling i de siste 25-30 årene, forteller Informant 2.

Dette mener han skyldes informasjon og holdningsskapende arbeid, men også det faktum at kjente mennesker har stått frem offentlig med sine plager. Videre nevner han omstruktureringen av helsevesenet, med nedlegging av store asyl, og at man flyttet behandlingen av psykiatriske pasienter inn på det somatiske sykehuset. Tanken som lå bak dette var å alminneliggjøre psykiske lidelser. Informant 2 mener det er viktig å få frem at dette med psykiske lidelser ikke er noe som rammer andre, men det rammer oss og våre familier. Informant 2 påpeker at det fortsatt er utfordringer knyttet til stigma, og at det til stadighet dukker opp nye utfordringer, så informasjonstiltak og holdningsskapende arbeid må holdes høyt oppe kontinuerlig.

I en stor undersøkelse som ble gjort i 2009, ble 1001 personer ringt opp og spurt om kjennskapen til blant annet psykiske lidelser. En tilsvarende undersøkelse ble utført i 2006, og om man sammenligner disse resultatene ser vi en stor økning i kjennskapen hos befolkningen generelt (Jensen, Dybvig og Johannessen, 2009). I den samme undersøkelsen svarte 52% at de selv hadde hatt eller kjente noen godt som hadde hatt psykiske lidelser i løpet av de tre siste årene (ibid.).

Informant 2 tror at stigma kan være noe av forklaringen på hvorfor folk vegrer seg for å snakke om sine psykiske plager. Videre trekker han frem at temaet psykiske lidelser berører veldig personlige ting. Disse lidelsene oppstår i relasjoner, og ofte i nære relasjoner, så det er vanskelige relasjonelle og følelsesmessige ting det dreier seg om. Informant 2 mener at man må være litt tilbakeholden med å fortelle om hva som er problemet i en familie til hele verden, det har man ikke lyst til og det er heller ikke formålstjenlig. Han sier at man må tenke på de

bakenforliggende årsakene og forhold, som ikke har med lidelsen i seg selv å gjøre, men som kanskje er triggere.

Informant 2 mener utfordringen i våre dager, når det kommer til stigmatisering, særlig ligger hos unge mennesker. Han trekker frem at dette har med kunnskap og forståelse å gjøre. Unge mennesker vet ofte ikke hva det er som foregår og rører seg inni dem følelsesmessig, og det gjør dem ekstra redde og engstelige. Samtidig er skammen rundt psykiske lidelser mer utbredt i ungdomsmiljøer, mener Informant 2.

4 Drøfting

Som det kommer frem i datapresentasjonen er det mange forhold som spiller inn når det kommer til temaet psykiske lidelser og stigmatisering. Vi ser at det er en balansegang mellom det å snakke åpent og ærlig rundt sine psykiske plager, og det å brette ut vanskelige relasjonelle forhold for alle som vil høre.

I følge teorien oppstår et stigma som en reaksjon på det som vi opplever som fremmed eller annerledes i vår sosiale samhandling. Det kan da være en naturlig måte å bekjempe blant annet stigmatisering av psykiske lidelser, ved å snakke rundt temaet og informere våre nærmeste om hva det innebærer å ha denne type sykdom. En av målsetningene rundt antistigma-arbeid er å alminneliggjøre, men ikke ufarliggjøre psykiske lidelser. Slik vi har forstått dette går det på det faktum at psykiske lidelser kan ramme alle, i alle samfunnslag. Det er ikke noen som er immun mot psykiske lidelser. Samtidig er det viktig å ikke ufarliggjøre disse lidelsene, rett og slett på bakgrunn av det faktum at psykiske lidelser som ikke blir behandlet *kan* være farlig, både for individet sykdommen rammer og også i enkelte tilfeller samfunnet.

Vi tror det kan være fullt mulig å ha en åpen og ærlig dialog rundt temaet, uten å stå i fare for å utlevere nære relasjoner. Man kan snakke offentlig rundt sine problemer på en måte som gjør det hele personlig, men ikke privat. Således kan man dele og videreformidle erfaringer rundt dette temaet, uten å “henge ut skittentøyet” og kanskje utlevere de som står oss nærmest.

Med tanke på antistigma-arbeid rundt i Norges land er der mange positive hendelser de siste årene. Regjeringen har begynt å få opp øynene for at psykiske lidelser faktisk er et utbredt nasjonalt problem, og har i sine offisielle planer satt fokus på opplysningsarbeid og holdnings- og kompetansehevende tiltak. Det er satt mer fokus på forebygging, og den helsemessige, men òg den økonomiske gevinsten tidlig intervensjon har. Som vi har vist i datapresentasjonen er det en sammenheng mellom når man i sykdomsforløpet kommer til behandling, og hvordan langtidsprognosene blir. Når det kommer til sykdomsutvikling er det mye som tyder på at det å komme tidlig i behandling hjelper på langtidsprognosene. Kort sagt; jo tidligere man oppsøker, og får hjelp for sine plager, jo bedre er sjansen for at man får et bedre og mer positivt sykdomsforløp. I datapresentasjonen kommer det frem at stigma kan føre til at personer med påbegynnende psykiske lidelser vegrer seg for å søke hjelp, dette gjelder også pårørende eller andre som står personen nær. Her var Informant 2 tydelig på at

han mente at stigma i forhold til å søke hjelp, var mest utbredt i ungdomsmiljøene. Flere studier viser også at stigma kan øke faren for tilbakefall, samt øke sjansene for langvarig psykisk lidelse.

Samtidig vet man at det fortsatt er, i alle aldersgrupper i samfunnet, knyttet skam opp mot det å ha en psykisk lidelse. Problemet blir, slik Informant 1 påpekte, at vi snakker fint om at stigmatisering og skam ikke er så utbredt nå i 2014, samtidig som vi har en lang vei igjen å gå. Informant 1 kom også med opplysninger som vi syntes var meget interessante. Hun sa at hun ikke hadde opplevd så mye stigma fra omgivelsene, men hun kjente at hun hadde mye selvstigma. Med dette til ettertanke kan det godt være at anti-stigma kampanjer har redusert det generelle samfunnsstigma som tidligere har vært veldig sterk, men er det nok fokus på å øke selvbildet og identiteten til de individer med psykiske lidelser?

Prosjekter som TIPS-prosjektet og store arrangementer som schizofreni-dagene og Verdensdagen for psykisk helse, har vært med på å danne et mer nyansert bilde av psykiske lidelser. Ved hjelp av nasjonale og lokale kampanje har spesielt TIPS-prosjektet vært med på å synliggjøre temaet psykiske lidelser. Vi tenker at ved å ha kampanjer som setter fokus på psykiske lidelser, og det faktum at dette er noe som kan ramme alle og enhver, bidrar dette til å alminneliggjøre psykiske lidelser, og forhåpentligvis reduserer stigmatisering. Måten disse kampanjene kan redusere stigmatisering på er ved at de tar vekk “det fremmede” elementet ved psykiske lidelser.

I følge dataene som vi har presentert ser vi at stigmatisering fremdeles er et problem i dagens samfunn. Samtidig ser vi tendenser til at mannen i gata har mer generell kunnskap og kjennskap til psykiske lidelser nå enn tidligere. Det er også en positiv trend at mennesker som er kjent i det offentlige rom, faktisk våger å stå frem med sine plager. Dette kan bidra til at man får nye assosiasjoner når man tenker på gruppen “psykiatriske pasienter”, og man kan forbinde denne gruppen med et kjent ansikt. Dette også er med på å redusere stigma i den forstand at man tenker på mennesket bak sykdommen, og ikke mennesket som sykdom. Mye kan tyde på at media har en stor medvirkende rolle i forhold til å opprettholde et feilaktig syn på psykisk sykdom. Vi tror måten media fremstiller psykiatriske pasienter, og psykisk sykdom på kan fører til en økende grad av skepsis, feiltolkninger og opprettholdelse av stereotyper. Spesielt tema knyttet til farlighet rundt psykisk syke er noe som media meget sterkt er med på å knytte fordommer opp mot.

På bakgrunn av opplysninger fra våre informanter sitter vi igjen med et inntrykk av at der er mindre stigmatisering i arbeidslivet nå enn tidligere. Kanskje hadde vi fått et annet inntrykk om vi hadde valgt å intervju flere informanter, gjerne med en annen yrkesbakgrunn enn hva

Informant 1 hadde. Informant 2, som observerer fra et annet perspektiv, og skal hjelpe pasienter med å komme videre med livet, bekrefter også at der har vært store endringer på arbeidsmarkedet. Dette kan tyde på at trenden har snudd, og at arbeidsgivere er mer opplyst om hva det innebærer å ha en psykisk lidelse.

Vi fant i analysen av våre data at stigmatisering kan føre til at personer med psykiske lidelser kan begynne å tro på fordommene som kan komme av stigmatisering. Det kan føre til at de begynner å identifisere seg med stigmaet, som igjen kan føre til dårlig selvbilde. Dette gjør at selvopplevelsen kan påvirkes til det negative. Vi har sett at dette kan føre til at de dermed trekker seg ut av fellesskapet, kanskje nettopp fordi de har fått en annen identitet, eller som informant 1 sier, at man er redd for at andre ikke forstår.

Er behandlingsapparatet og samfunnet godt nok rustet og har gode nok ressurser til å bidra med å styrke nettverk og bidra til å øke sosial kompetanse hos de menneskene som trenger hjelp til dette? Vi ser ved å analysere de data vi har innhentet at sosial deltagelse er svært viktig for å forebygge psykiske plager, og for å hindre tilbakefall. En forutsetning for at mennesker klarer å være fungerende sosialt aktiv, er dog at de har tro på seg selv. Innehar man da et selvstigma som sier at en er redusert til ens aktuelle lidelse, og ikke er en samfunnsborger på lik linje som andre mennesker, ligger ikke forholdene til rette for aktiv sosial deltagelse. Informant 1 bekrefter dette når hun forteller om sitt rollebytte fra samfunnsborger til bruker da hun var syk.

5 Oppsummering/avslutning

Vi har i denne oppgaven søkt å finne svar på temaet: psykiske lidelser; stigmatisering, samt problemstillingen: På hvilken måte kan stigmatisering av psykiske lidelser påvirke sykdomsutvikling og sosial deltakelse hos voksne med psykiske plager i Norge? For å få en dypere forståelse av hva vi vil frem til med problemstillingen, har vi begrepsfestet de sentrale begrepene. Vi strebet etter å følge en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming i oppgaven fordi vi søkte subjektets erfaring rundt fenomenet stigma. Vi valgte å benytte kvalitativt forskningsintervju som metode hvor to nøye utvalgte informanter med henholdsvis brukererfaring/perspektiv og fagperspektiv ble våre kilder til primærdata. Disse dataene, sammen med sekundærdata i form av relevant litteratur og forskning ble presentert i datapresentasjonen, og dannet grunnlaget for analyse og våre tolkninger av materialet. Dette ble videre presentert i eget kapittel. Grunnen til at vi valgte å presentere primær- og sekundærdata og vår tolkning av disse hver for seg, var for således å markere et tydelig skille og bidra til å styrke reliabiliteten i oppgaven.

Ut ifra funn i denne oppgaven ser vi at antistigma-arbeid er noe som hele tiden må tilstrebes, da stigmatisering fortsatt forekommer. Vår oppfattelse er at selvstigma er et fenomen som kanskje er mer utstrakt enn stigmatisering fra samfunnet. Vi fant at det er for lite forskning i Norge på hvilke påvirkninger stigma har på sykdomsutvikling og sosial deltakelse hos personer med psykiske lidelser. Vil det si at det fokuseres alt for lite på dette området? Eller har det en direkte sammenheng med at stigmatiserende holdninger oppstår i møte med det vi frykter i oss selv, og således noe vi ikke ønsker å snakke om? Ut ifra funnene fant vi at stigma kan påvirke sosial deltakelse og sykdomsutvikling i en negativ retning. Vi har sett at stigmatisering kan påvirke sosial deltakelse på flere måter; Stigma kan føre til dårlig selvbilde, som kan påvirke sosial deltakelse. Stigma kan medføre selvstigma, som kan føre til endret selvbilde, som kan påvirke sosial deltakelse. Stigma kan direkte påvirke sosial deltakelse ved at individer blir ekskludert og utestengt. I forhold til sykdomsutvikling ser vi at det stigma som fortsatt er knyttet til psykiske lidelser kan føre til at individer som opplever psykiske plager, vegrer seg for å oppsøke hjelp. Dette igjen kan føre til et unødvendig forlenget sykdomsforløp, og redusere sjansen for gode langtidsprognoser.

Vi mener derfor at dette er et viktig tema som det er et klart behov for å fokusere og forskes mer på, slik at en kan få en bredere forståelse for nytten av forebygging og konsekvensene stigma kan ha for personer med psykiske plager eller lidelser.

Da dette har vært en øvingsoppgave i bruk av forskningsmetode, har vi som helt uerfarne på området fått et innblikk i hva det vil si å bruke forskningsmetoder systematisk. Vi ser at vår uerfarenhet gjør at resultatet og funnene kunne vært annerledes om dette hadde vært en reell forskning med erfarne forskere. Vi har gjennomgående i hele prosessen vært kritisk til vårt eget arbeid, og ydmyk i rollen som “forsker”. Dette mener vi har bidratt til at oppgaven i sin helhet kan sees på som både reliabel og valid.

Litteraturliste

- Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn: med innledning av Howard S. Becker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bø, I. & Schiefloe, P., M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital: Innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elstad, T. & Norvoll, R. (2013). Sosial eksklusjon og inklusjon. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: samfunnvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ettikom. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 20. Mars 2014 fra <https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20%282010%29.pdf>
- Fellesorganisasjonen (2002, 20-24. november). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Hentet 26. Mars 2014 fra https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf
- Fellesorganisasjonen (2008). *Om vernepleieryrket*. Hentet 9. Mai 2014 fra https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf
- FN (2014). Fns verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet 20. Mai 2014 fra

<http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaring-om-menneskerettigheter>

Folkehelseinstituttet (2014). *Psykisk helse i Norge*. Hentet 05. Mars 2014 fra

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. utg. Stockholm: Natur och kultur.

Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Goffman, E. (1975). *Stigma*. Danmark: Gyldedals samfunnsbibliotek.

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Bedriftsøkonomisk forlag.

Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 2. Juni 2008 nr 44*. Hentet 25. Mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_2#%C2%A77

Helse- og sosialdepartementet (u.å.) *Et løft for psykisk helse*. Hentet 3. Mai 2014 fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2001/0021/ddd/pdfv/139665-opptrappingsplanen.pdf#search=opptrappingsplanen®j_oss=1

Håkonsen, K., M. (2009). *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, M., J., F (Red.), Dybvig, S. & Johannessen, J., O. (2009). *Stigma- antistigma: Stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes?* 2 utg. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Kongsrud, T., H. & Vattø, I., E. (2008). *Psykiske lidelser og opplevd stigma*. (Hovedoppgave.

Universitetet i Oslo.) Hentet 13. Mars 2014 fra

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18444/HOVEDOPPGAVENmedvedlegg.pdf?sequence=1>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NESH (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humanoria, juss og teologi*. Oslo: Forskningsetiske komiteer.

Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Personopplysningsloven (2000). *Lov om behandling av personopplysninger av 14. April 2000 nr 31*. Hentet 26. Mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Regjeringen (2007) Opptappingsplan for arbeid og psykisk helse. Hentet 10. Mai 2014 fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>

Regjeringen (2013). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Hentet 10. Mai 2014 fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>

Snoek, J., E. og Engedal, K. (2008). *Psykisatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3 utg. Otta: Akribe forlag.

Sosial- og helsedepartementet (1995). *Hjelp: Om førstehjelp ved psykiske lidelser*. [Brosjyre] Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Store norske leksikon (2005). *Stigma- samfunnsvitenskap*. Hentet 29. April 2014 fra

<http://snl.no/stigma%2Fsamfunnsvitenskap>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E. & Sells, M. (2007). Self- stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.

Vedlegg I

Intervjuguide

Introduksjon:

- Bacheloroppgave
- Psykiske lidelser, stigmatisering
- Aktuelt, viktig
- Lydopptaker
- Informert samtykke, retten til å trekke tilbake
- Spørsmål før intervjuet

Spørsmål:

- Kan ikke du fortelle litt om deg selv, din bakgrunn?
- Hva tenker du om temaet psykiske lidelser og stigma?
 - Hvordan påvirker stigma personer med psykiske lidelser?
 - Sykdomsutvikling
 - TIPS-prosjektet
 - Sosial deltakelse
- Hva kan stigma føre til?
 - Konsekvens
 - Dine opplevelser/erfaringer
 - Følelser
 - Tidlig intervensjon
 - Selv-stigma

Vedlegg II

Hei [Navn på informant]

Vi er to kvinner som går tredje året på vernepleierutdanningen ved Diakonhjemmet høyskole i Sandnes. Vi holder nå på med å skrive vår Bacheloroppgave med tema psykiske lidelser; stigmatisering. I arbeidet med oppgaven har vi formulert en foreløpig problemstilling som er;

"Hvordan kan stigmatisering av psykiske lidelser påvirke sykdomsutvikling samt sosial deltakelse hos voksne med psykiske plager i Norge?".

Vi har sett for oss å gjennomføre to intervju rundt denne problemstillingen, ett med en fagperson og ett med en brukerrepresentant. I den sammenheng lurer vi på om du har mulighet og interesse for å stille opp som informant?

Vi er interessert i å benytte en analog båndopptaker som hjelpemiddel i intervjuprosessen, og selve intervjuet ser vi for oss vil ta ca 60 min.

Til informasjon vil vi meddele at denne oppgaven er en studentoppgave og er kun til internt bruk ved høyskolen, og vil således ikke bli publisert eller offentliggjort på noen måte.

Vi håper denne henvendelsen blir positivt mottatt, og ser frem til å høre fra deg.

Med vennlig hilsen

Ingeborg Røthe Lekve og Linda Sørensen

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

BACHELOR I VERNEPLEIE

Bakgrunn og formål

Vi er to kvinner som går tredje året på vernepleierutdanningen ved Diakonhjemmet høyskole i Sandnes. Vi holder nå på med å skrive vår Bacheloroppgave med tema psykiske lidelser, stigmatisering. I arbeidet med oppgaven har vi formulert en foreløpig problemstilling som er;

"Hvordan kan stigmatisering av psykiske lidelser påvirke sykdomsutvikling samt sosial deltakelse hos voksne med psykiske plager i Norge?".

Vi har sett for oss å gjennomføre to intervju rundt denne problemstillingen, ett med en fagperson og ett med en brukerrepresentant

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi er interessert i å benytte en digital båndopptaker som hjelpemiddel i intervjuprosessen, og selve intervjuet ser vi for oss vil ta ca 60 min.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. denne oppgaven er kun til internt bruk ved høgskolen, og vil således ikke bli publisert eller offentliggjort på noen måte.

Vi vil anonymisere alle data som blir gitt i løpet av intervjuet.

Prosjektet skal etter planen avsluttet 10.06.14. All data som er blitt innhentet blir da slettet fra båndopptaker, og det er kun anonymiserte data som blir igjen i den ferdige oppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert

Dersom du senere har spørsmål til studien, ta kontakt med Linda Sørensen Tlf: 99458787

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Via Diakonhjemmet Høgskole sin generelle avtale om forskning.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)