

Møter i mørket

Økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv

Meetings in the dark

Economic health problems, subsidies and social life

Knut Tore Sælør

Førsteamanuensis

Institutt for helse- sosial- og velferdsgag, Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge

Knut.Tore.Salor@usn.no

Knut Ivar Bjørlykhaug

Ph.d.-stipendiat

Institutt for helse- sosial- og velferdsgag, Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge

Knut.Bjorlykhaug@usn.no

Rose-Marie Bank

Medforsker

Institutt for helse- sosial- og velferdsgag, Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge

Rose-Marie.Bank@usn.no

Therese A. Johnson

Erfaringskonsulent

Institutt for helse- sosial- og velferdsgag, Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge

Johnson.Therese@gmail.com

SAMMENDRAG

At dårlig økonomi er negativt for helsen er godt dokumentert. Mange med psykisk helseproblemer opplever å ha dårlig økonomi, og sosial støtte og tilhørighet synes avgjørende for å bedre situasjonen. Gjennom et recovery-orientert prosjekt i Asker kommune er det etablert en venneklubb. Hensikten har vært å møte utfordringer knyttet til mangel på sosiale arenaer og muligheter for deltakelse i sosiale sammenhenger. Ulike aktiviteter subsidiert med prosjektmidler er gjennomført i regi av medlemmer i venneklubben. I denne utforskende studien har vi undersøkt erfaringer med å delta i venneklubben, samt deltakernes opplevde sammenheng mellom økonomi og deltakelse i sosiale sammenhenger.

Studien bygger på datamateriale fra to fokusgruppeintervjuer. Lydopptak fra intervjuene ble transkribert og deretter tematisk analysert. Det ble utarbeidet tre overordnede temaer; «En arena som muliggjør», «Økonomiske helseproblemer» og «Dyrt å delta». Funnene har støtte i tidligere forskning og indikerer at kommunalt psykisk helsearbeid må være mangfoldig, og ta hensyn til sammenhengene mellom levekår og psykisk helse. Vi har løftet funnene inn i en større sammenheng der det å drøfte strukturelle grep og omfordeling av både makt og økonomiske midler synes rimelig.

Nøkkelord:

recovery, sosial støtte, psykisk helse, økonomi, sosial ulikhet

ABSTRACT

It is well documented that poor economic status has a negative influence on health. Many people with mental health problems are struggling with economic problems, and social support and social belonging seem crucial to improve the situation. A recovery-oriented project in Asker municipality resulted in the establishment of a club of friends. The purpose was to meet challenges related to lack of social arenas and increase possibilities for participation in social settings. Various activities subsidized with project funding are conducted by members of the club. In this explorative study, we have examined experiences connected to participation in the club and the relation between economic status and participation in social arenas. The study is based on data from two focus group interviews. Audio recordings were transcribed verbatim and the text was thematically analyzed. Three themes were identified: «An arena that enables», «Economic health problems» and «Expensive participation». Our findings reflect recent research and indicate that local mental health services must be diverse and show consideration for the connection between living conditions and mental health. When viewing our findings in a broad context it seems reasonable to discuss structural changes and redistribution of both power and financial means.

Keywords:

recovery, supported socialization, mental health, economy, inequality

INNLEDNING OG BAKGRUNN

Mange med brukererfaringer fra psykisk helse- og rustjenester formidler behov for støtte til økt livskvalitet. Ønsker om jobb, økonomisk forutsigbarhet, å ha det moro, være sammen med andre og å føle seg nyttig blir løftet fram (Karlsson & Borg, 2017). Mange som strever med langvarige psykisk helsevansker erfarer å ha dårlig økonomi. Sammenhenger mellom helsevansker og dårlig økonomi er tydelig (Wilkinson & Pickett, 2011). «Fattige» har gjennom levekårsundersøkelser vist seg å ha dobbelt så høy forekomst av depresjon,

angst og andre psykisk helsevansker sammenliknet med resten av befolkningen (Claussen, 2014).

Å bidra til økt livskvalitet hos personer som erfarer psykisk uhelse kan innebære politisk arbeid, påvirkning av rammebetingelser i tjenestene, og nye tilnærminger i samarbeidet med folk som erfarer vanskelige livssituasjoner (Karlsson & Borg, 2017). For å oppleve god psykisk helse blir sosial støtte og sosial tilhørighet fremhevet som avgjørende dimensjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Karlsson & Borg, 2013; Starrin, 2009; Taylor, 2011). Sosial støtte inkluderer blant annet det å bli tatt vare på, anerkjennelse i relasjon til andre mennesker og det å inngå som del av et større nettverk (Folkehelseinstituttet, 2015). Det kan også knyttes til det som kalles «instrumentell støtte», eksempelvis praktisk bistand eller pengeoverføringer som bidrar til sosial deltakelse (Davidson, Shahar, Stayner, Rakfeldt, Tebes & Chinman, 2004).

Flere studier tyder på at psykisk helseproblemer øker i takt med mindre sosial støtte (Barstad & Sandvik, 2015; Folkehelseinstituttet, 2015). Mange personer som sliter med psykisk helse- og rusvansker beskriver at det er vanskelig å delta i sosiale sammenhenger av flere grunner. Ifølge Karlsson og Borg (2013) opplever mange som sliter med sin psykiske helse det å delta i det sosiale livet som utfordrende, både på et mellommenneskelig plan og på bakgrunn av økonomiske årsaker:

... meningsfulle aktiviteter hjelper, og gode venner, familie og likeverdig deltakelse i samfunnet er viktig for menneskeverdet. Mange av disse områdene forutsetter et økonomisk grunnlag. Det koster penger å gå på et treningsinstitutt. For å se ordentlig ut på et jobbintervju, trengs kanskje en ny bukse og nye sko. For å gå på en fotballkamp, må man ha penger til transport og billetten. Deltakelse på samfunnsarenaer i Norge er dyrt (Karlsson & Borg, 2013, 91).

Fra et folkehelseperspektiv er stress, ensomhet, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring sentrale utfordringer (Helsedirektoratet, 2014a).

I et svensk forskningsprosjekt fikk personer med ulike psykisk helseproblemer og økonomiske utfordringer utbetalt 500 svenske kroner over en periode på ni måneder. Inspirert av «Supported Socialization» (Davidson mfl., 2004) kunne pengene brukes til å gjennomføre aktiviteter eller innkjøp i tråd med deltakernes ønsker. Deltakerne oppga å ha et bedre selvbilde enn tidligere, var mer fornøyd med eget nettverk og rapporterte reduserte symptomer knyttet til angst og depresjon (Topor, Ljungqvist, Bohman, Malmborg & Quijote, 2015). For mange er det altså hundrelapper det står og faller på.

Et mangfold av forskning løfter fram vennskap, håp og det å ha tilstrekkelig med penger som sentrale dimensjoner for opplevelsen av sosial støtte. Alle disse faktorene kan øke mulighetene for deltakelse og økt livskvalitet (Boucher, Groleau & Whitley, 2016; Davidson, 2011; Davidson, Haglund, Stayner, Rakfeldt, Chinman & Tebes, 2001; Sælør, Ness & Semb, 2015; Topor, Ljungqvist & Strandberg, 2016a, 2016b).

For personer med alvorlige psykisk helseutfordringer er hverdagslivet og sosiale forhold vesentlige for å komme seg (Borg, 2007). Psykisk helseutfordringer har innvirkning på hverdagslivet og kan påvirke både arbeid, fritidsaktiviteter og økonomien til personen det gjelder og eventuell familie (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Vi mener at recoveryperspektivet er særdeles relevant i den sammenheng, fordi det trekker fram faktorer

personer med psykisk helseproblemer *selv* erfarer at bidrar til bedring, mening eller et verdig liv. Recovery-begrepet handler blant annet om evnen til å håndtere symptomer og å gjenvinne en form for styring, mestring og ansvar i eget liv. Det dreier seg om å søke etter personlige ressurser, både alene og i samarbeid og samspill med andre. Det dynamiske forholdet mellom personen med psykisk helseproblemer og omgivelsene står sentralt (Borg mfl., 2013). Et ledd i recoveryprosessen kan innebære å utvikle eller gjenoppta viktige personlige og sosiale forbindelser, og å finne tilhørighet og tilknytning til ulike sosiale arenaer.

Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Universitetet i Sørøst-Norge, Asker kommune, Virksomhet psykisk helse og rus og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) utviklet i samarbeid prosjektet Recoveryverksteder i Asker kommune (Karls-son & Borg, 2017). Her har mangelen på sosiale arenaer, det å kunne delta på aktiviteter og utvikle nettverk, vært tilbakevendende tema. I den sammenheng har økonomi ofte blitt pekt på som en begrensende faktor. Det har også blitt tydelig at økonomiske begrensninger i en velstående kommune som Asker kan oppleves ekstra belastende for den det gjelder.

En av aktivitetene deltakere på recoveryverkstedet selv har utviklet, er det som har blitt kalt Recovery Venneklubb i Asker. Her har hensikten vært å møte noen av de utfordringene som er nevnt ovenfor, særlig å utvikle nettverk og kunne møtes gjennom ulike aktiviteter. Våren 2015 ble det innvilget 70 000 kroner fra Legat til fremme av folkehelsen. Midlene har blitt brukt til aktiviteter i venneklubben med mål om å bidra til meningsfulle aktiviteter og økt deltakelse i lokalmiljøet. I tråd med recoveryverkstedets grunnlagstanke har det vært opp til deltakerne i venneklubben å enes om hva midlene skal brukes til.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan deltakerne har erfart å være med i venneklubben. Videre er det et mål å utforske hvordan deltakerne har opplevd sammenhenger mellom økonomi og det å delta i sosiale sammenhenger.

Forskningsspørsmålene vi søker å belyse ble formulert som:

- Hvordan beskriver deltakerne sine erfaringer med å være med i venneklubben?
- Hvordan beskriver deltakerne eventuelle sammenhenger mellom egen økonomi og deltakelse i sosiale sammenhenger?

METODOLOGI

Vitenskapsfilosofisk ståsted

For å belyse forskningsspørsmålene fikk studien en kvalitativ og utforskende design (Malterud, 2011). Epistemologisk er studien forankret i sosialkonstruksjonismen, som kan forstås på en rekke måter (Wenneberg, 2000). Med et slikt ståsted anses ikke kunnskap som endelig eller en objektiv sannhet. Våre diskurser om virkeligheten er samtidig en del av den, og kunnskapsutvikling vil alltid være betinget av kulturelle og sosiale prosesser. Vi forsket ikke *på*, men *med* de menneskene som deltok i vår studie. Vi som forskere og forfattere har bidratt til å konstruere kunnskap om fenomenene som er i fokus. Det vi presenterer må ses som et resultat av samarbeid mellom de som har deltatt, oss som forskere og det forskningsmiljøet vi er en del av (Gergen, 2015; McNamee, 2010).

Forfatternes forforståelse

Artikkelens forfattere er på ulike måter involvert i arbeid og forskning rundt tema knyttet til psykisk helse- og rusrelaterede utfordringer. Alle er vi del av et arbeidsmiljø hvor recovery-perspektivet står sentralt, og hvor forklaringene på disse utfordringene diskuteres og forstås med utgangspunkt i sosiale og strukturelle faktorer like mye som individuelle og medisinske. Flere av oss har erfart ulike helseproblemer og hvordan dette kan påvirke økonomi og muligheter for å delta i arbeidslivet, enten det er med utgangspunkt i egen livssituasjon eller som pårørende. To av forfatterne har også vært engasjert i Recoveryverksteder i Asker, den ene som prosjektleder, den andre som representant fra Universitetet i Sørøst-Norge under gjennomføring av andre forskningsintervjuer enn det som presenteres her. I arbeidet med den aktuelle studien har vi forsøkt å nærme oss problemstillingen på en mest mulig balansert måte, men vår bakgrunn vil naturlig nok prege resultatet.

Rekruttering

Det ble rekruttert et strategisk utvalg som kunne bidra til å belyse studiens forskningsspørsmål. Inklusjonskriterier var erfaring fra venneklubben og et ønske om å dele erfaringene i to fokusgruppeintervjuer. Studien ble presentert muntlig av prosjektleder og artikkelens førsteforfatter på recoveryverkstedet og på venneklubbens Facebook-side. Potensielle deltakere kunne ta direkte kontakt med studiens førsteforfatter på mail eller telefon. Fem kvinner ønsket å delta i fokusgruppeintervjuene, men én av deltakerne hadde ikke anledning til å delta i intervju nummer to. Noen hadde svært begrenset erfaring fra venneklubben, mens andre hadde vært aktive omtrent fra oppstarten.

Datamateriale

Studien bygger på datamateriale fra to fokusgruppeintervjuer ledet av artikkelens første- og andreforfatter. Fokusgrupper anses som egnet dersom hensikten er å utforske felles erfaringer. Gruppeprosessen er ment å bidra til et nyansert og bredt datamateriale. Dette forutsetter moderatorer som medvirker til at alle deltakerne slipper til (Malterud, 2012). Utgangspunktet for samtalen var intervjuguiden utarbeidet i samarbeid mellom de fire artikkelforfatterne. Intervjuguidene besto av åpne spørsmål som skulle bidra til å belyse studiens forskningsspørsmål (ibid.). I første intervju fokuserte vi på deltakernes opplevelser av sosial deltakelse og psykisk helse. I neste intervju var økonomi og muligheter for sosial deltakelse hovedtema. Det andre intervjuet ble innledet med en gjennomgang av hvordan vi hadde forstått innholdet i det første intervjuet. Dette ga deltakerne mulighet til å komme med innspill eller å følge opp temaer de selv ønsket.

Dataanalyse

Lydopptak av fokusgruppeintervjuene ble transkribert ordrett. Med utgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) beskrivelse av en tematisk analyse ble dataanalysen gjennomført i samarbeid mellom de fire forfatterne. Tekstmaterialet ble kodet med koder utarbeidet av

forfatterne på bakgrunn av vår forståelse av teksten. Kodene ble avslutningsvis organisert i tre overordnede temaer som på ulike måter representerer fellestrekk på tvers av materialet og belyser forskningsspørsmålene.

FUNN

I fokusgruppene kom det fram ulike beskrivelser av hvordan dårlig økonomi hadde innvirkning på deltakernes helse og opplevelse av livskvalitet. Deltakerne reflekterte rundt hvordan mangel på penger kunne være til hinder for sosial deltakelse og for helsefremmende aktiviteter. Sosial deltakelse i seg selv ble presentert som en helsefremmende aktivitet. At aktivitetene i venneklubben var subsidiert og initiert av deltakerne selv, ble trukket fram som avgjørende. Analysen resulterte i tre hovedtema, hvor «En arena som muliggjør» knyttes til første forskningsspørsmål og «Dyrt å delta» og «Økonomiske helseproblemer» knyttes til andre forskningsspørsmål.

En arena som muliggjør

Flere av deltakerne i venneklubben omtalte den som en arena der det ene kunne føre til det andre. Noe av det som ble omtalt som en suksessfaktor var den lave terskelen for å delta på ulike arrangementer. Mange av aktivitetene foregikk på kveldstid, hvilket skilte seg positivt ut fra flere andre tilbud i kommunen. Aktivitetene var dessuten varierte og favnet ulike preferanser. En av de mest populære aktivitetene i venneklubben var kinobesøk. Å dra på kino sammen ble for eksempel omtalt som en mulighet til å møtes uten nødvendigvis å føle seg forpliktet til å snakke så mye, men allikevel kunne oppleve fellesskap og samhold.

... jeg tror det er det laveste terskelen, jeg, for det er veldig mange i den gruppa her som sliter litt med å komme seg ut. Og som sliter litt med det å møte opp i en sosial sammenheng. Og da er det et sted å begynne. Og det er å prate sammen fem minutter før kinoen. Det kan alle klare. Også går vi inn og setter oss i mørket. Så er vi femten stykker sammen da. Neste skritt da er å få med de samme menneskene ut og spise. Og det gjør de.

Kinosalen var en arena som ikke fordret for mye av deltakerne. Samtidig ble kinobesøk beskrevet som et springbrett. Det å møtes i en mørk kinosal kunne lede til andre aktiviteter, sosiale sammenkomster og bekjentskaper. Venneklubben ble dessuten beskrevet som en mulighet til å «... komme meg ut av ensomheten ...» på, og en arena for gode samtaler. Flere beskrev også en opplevelse av tilhørighet, blant annet fordi man kunne møte «... noen som har det som meg» og samtidig ha en klar agenda:

*Emma:*¹ Ja, fordi at jeg også er plaget av det å være deprimert til tider, og da er jo den følelsen av at man er ensom, det er den følelsen som er så kvelende, at man er ensom. Så da ... er det jo egentlig sånn at jeg tenker: *Ja, ja, det er jo ikke noen vits. Jeg kan jo bare være hjemme likevel. Jeg er jo tross alt ensom, så det er jo ikke noe ...*

1. Studien er gjennomført i tråd med gjeldende etiske retningslinjer for forskning. Deltakerne er gitt fiktive navn for å ivareta konfidensialitet.

Mari: Det er ingen som bryr seg om jeg kommer allikevel.

Emma: Det er ikke noe vits i det. Men når man da ... kommer ut, så oppdager man ... når man er sammen med noen, at ... det er fint å være menneske.

Lise: Ja, også må du ha noe å gjøre sammen. Ellers så blir det litt meningsløst. Og det mener jeg, at venneklubben har så rikt grunnlag for da.

Emma: Det må være meningsfullt.

*Lise: For vi finner jo på det vi vil gjøre i venneklubben. Det er liksom ikke bare å sitte i en sofa og glane på hverandre med hver sin kaffekopp i flere timer. Vi *gjør* jo noe.*

Å ha en felles agenda og at gruppa ble initiert og styrt av deltakerne selv hadde betydning for opplevelse av mening. Venneklubben ble betraktet som annerledes enn andre grupper i kommunen, hvor tiltak gjerne styres av fagfolk, ikke av brukerne selv. Likemannsprinsippet i gruppa og felles erfaringer ble løftet fram som positive faktorer.

Selv om noen av deltakerne hadde tatt på seg en organisatorrolle for ulike aktiviteter, var det ingen i venneklubben som hadde en definert lederrolle eller som tok avgjørelser på vegne av andre. Snarere kunne forslag til aktiviteter og avgjørelser være gjenstand for en demokratisk prosess gjennom bruk av sosiale medier. Facebook ble omtalt som en hensiktsmessig og god måte å kunne organisere ulike aktiviteter på. Flere understrekte dessuten viktigheten av at venneklubben ble opplevd som et inkluderende sted der alle i utgangspunktet var velkommen. Det var blant annet ikke krav om rusfrihet for å delta. Det at alle kunne ta med seg noen dersom de ønsket det, skilte tilbudet fra tiltak i kommunen der det var nødvendig med avklaringer eller vedtak:

... vi skal ikke være ekskluderende i forhold til noen grupperinger. Det *skal* være lavterskel. Jeg tenker at det er drit-viktig. Hvis du kommer sammen med hjelperen din, så er det helt greit. Hvis noen spør om å ha med seg sønnen eller venninna eller samboeren eller hvem det er, så er det også helt greit. Og det er jo en luksus vi har hatt nå da, ved at vi har hatt midler. Jeg tror det har hatt *utrolig* mye å si. Også har vi jo en Facebook-gruppe, og der har vi jo sett at den vokser. Nå er det over 140.

At venneklubben er et lavterskeltilbud er således med på å muliggjøre deltakelse. Dette hovedtemaet belyser hvordan deltakerne opplevde venneklubben som en arena som muliggjør deltakelse i det sosiale liv, og viktigheten av at aktivitetene i venneklubben blir foreslått og ledet i et fellesskap av likestilte mennesker. Møter mellom likesinnede og møter på trygge arenaer som i en mørk kinosal, ble beskrevet som en mulighet til å komme seg ut av ensomheten på. Dessuten trekkes subsidier fram som en essensiell faktor for suksess, noe som representerer en naturlig overgang til neste hovedtema.

Dyrt å delta

I fokusgruppene vendte samtalen seg stadig bort fra hva deltakerne opplevde at fungerte i venneklubben, til hva de opplevde at *ikke* fungerte på andre arenaer i samfunnet. Trang økonomi som følge av helseutfordringer, og problemer knyttet til dette, var tilbakevendende tema. Ulike strukturelle faktorer som det å være avhengig av trygdeytelser, førte til

dårligere økonomi og reduserte muligheter for å delta der man ønsket. Videre ble det å være henvist til å leie bolig fremfor å eie, trukket fram som noe som kunne bidra til økonomiske utfordringer. De som deltok i fokusgruppeintervjuene var skjønt enige om at det var dyrt å delta i ulike sammenhenger og samfunnsarenaer. Dette gjaldt blant annet det å gå på kino, café eller spise på restaurant:

Altså det er 150 kroner for å gå på kino. Det er mye penger. Hvis du sliter med å få ting til å gå rundt, da må du syns at det å gå på kino er kjempeviktig, og prioritere det kanskje den måneden. Det er det ikke alle som klarer. Så det å spare til den type opplevelser for eksempel, det er jo ikke nødvendigvis så enkelt det, når man sliter. Verken å planlegge og forholde seg til sånne ting. Og noen trenger jo hjelp til dette med økonomi også. Og har man en eller annen forvalter, så er det jo ikke bare å fly på kino hvis man har lyst.

Flere påpekte viktigheten av fysisk aktivitet og sammenhengen mellom dette og sin psykiske helse. Enda mer verdsatt blant deltakerne var derimot kulturelle aktiviteter og et sosialt fellesskap. For mange var slike opplevelser knyttet opp til det å være deltaker i samfunnet på lik linje med andre. For alle deltakerne hadde livssituasjonen til tider gjort det nødvendig å anse slike aktiviteter som en form for luksus. Et helt sentralt suksesskriterium for venneklubben var nettopp derfor at aktivitetene som ble arrangert var subsidiert ved hjelp av prosjektmidler:

Ingun: Det som er så genialt med venneklubben, det er jo det at det blir subsidiert aktiviteter, sånn at folk kommer seg ut og kommer sammen og gjør de der sosiale greiene som vi alle sammen prioriterer bort ellers. Det tør jeg påstå. For det er dyrt å gå på kino. Jeg sitter jo heller hjemme og ser en gratis film, enn å bruke 150 kroner.

Lise: Skal du gå ut og spise, så kanskje det går 3–400 kroner.

Ingun: Ja, altså med buss fram og tilbake da ... pluss ... det blir penger av det.

Mari: Større sjanse for at folk kan bli med. Få litt annet input i hverdagen.

Lise: Det er viktig. Komme ut og få input som du sier, og kanskje knytte nettverk og sånne ting. Det er veldig viktig. For meg er det i hvert fall det.

Subsidiene gjorde det altså mulig å delta, noe som ellers ikke hadde vært realistisk på grunn av trang økonomi:

Ingun: Ja, så jeg tenker kanskje det er også en sånn greie, at det er *der* vi drar. For da ... *oi, dette er faktisk ... wow!* Det koster en del for oss som brukere eller ...

Knut Tore: Er det en terskel liksom? For å ...

Ingun: At jeg gjør det ellers selv? Eller?

Knut Tore: Ja, for eksempel.

Ingun: Ja, den blir jo sånn ... noen ganger da ... økonomisk ved at jeg nå er på arbeidsavklaringspenger, så er det en litt annen økonomi. Og barn i tillegg, så blir jo det en kostnad, så man på en måte kanskje ikke koser seg ekstra selv da. Da er det jo kjempeflott, det tilbudet med venneklubben. At det kanskje er derfor det er litt pågang.

Deltakerne understrekte dessuten at de opplevde å ha fått mye ut av de begrensede midlene venneklubben hadde ved å «... være smart med pengene». Sammenliknet med kommunale tiltak og budsjetter ble venneklubben karakterisert som billig i drift. Deltakerne i studien beskrev egen økonomi som trang, og subsidier fra venneklubben gjorde det mulig å delta i sosiale aktiviteter som hadde ligget brakk over lengre tid. Det at subsidiene var knyttet til spesifikke aktiviteter bidro også til en opplevelse av at man ikke var nødt til å prioritere bort det å kunne delta på ulike sosiale arenaer.

Økonomiske helseproblemer

Deltakerne i studien beskrev hvordan dårlig helse kunne føre til dårlig økonomi, men også hvordan dårlig økonomi kunne lede til helseproblemer og vansker med å ivareta eller bedre sin fysiske og psykiske helse. Med begrepet økonomiske helseproblemer sikter vi til de helseutfordringene deltakerne knyttet direkte opp mot å ha dårlig økonomi. Flere i fokusgruppa påpekte at det var anstrengende å ha dårlig råd og at økonomien påvirket helsa negativt:

Lise: Det er slitsomt å ha veldig lite penger.

Linn-Elisabeth: Det blir jo litt mer sånn ... man får følelsen av et sånt utenforskap fordi man ikke kan bli med. Du føler hele tiden at du må veie imot, du burde heller ha brukt pengene på noe annet. Eller hvis du ikke *har* da, så blir du jo bare inne da. Det er jo ikke noe godt for kroppen det heller, å skulle hele tiden tenke på å skulle ha penger for å kunne oppleve noe.

Trang økonomi ble også satt i sammenheng med muligheter for å leve sunt: «Altså det påvirker kostholdet ditt, fordi at det er dyrere å leve sunt, det er dyrere å ha et sunt kosthold. Så det påvirker helsa. Ikke sant, vi er jo en gruppe som ofte bruker mye medisiner som gir bivirkninger med vektøkning.» I tillegg ble det å ikke ha råd til treningsabonnement eller joggesko trukket fram som hindringer for en sunn livsstil.

Det var dessuten slik at flere opplevde det vanskelig å følge fastlegens anbefalinger fordi de ikke hadde råd til egenandeler eller behandling som ble anbefalt. På spørsmål rundt sammenhengen mellom økonomi og helse ble det blant annet uttalt at:

Ingun: Jo, det er klart det er en sammenheng, for det blir jo sånn at hvis man får en rekvisisjon til et eller annet, kanskje det er fysioterapi eller en øyelege eller et eller annet sånt noe, man må jo sjekke da, på saldoen, om man har råd til å gjøre det den måneden. Det kan jo gå galt med helsa da, hvis ikke du kommer deg av gårde til spesialist.

Mari: Også er det faktisk et paradoks da, sånn som Nav, når du er på arbeidsavklaring, så skal du være under behandling. Og du skal ha utsikt til bedring. Og du skal ha en aktivitetsplan. Ok, hvis jeg da trenger fysikalsk behandling og terapi for å komme meg, bedre helsa og ha utsikt til bedring, men da må jeg faktisk ha penger til å gå i den terapien, og det er det ikke sikkert jeg har. Så da er det sånn ... høna og egget liksom. Ja, jeg får ikke bedre helse, for jeg har ikke råd til å gjennomføre det legen min sier at jeg trenger for å få det bedre.

Ingun: Nei, det må være gratis helst.

Dårlig økonomi ble altså beskrevet som mulig grobunn for utenforskap, isolasjon, usunn livsstil og manglende oppfølging og behandling av ulike helseproblemer.

Videre var flere av deltakerne opptatt av at offentlige støtteordninger som eksempelvis bostøtteordningen, hadde blitt knappere de seinere åra. Samtidig hadde flere opplevd utfordringer knyttet til byråkrati og samarbeid med det offentlige som en stor påkjenning: «Altså, jeg får angst bare jeg ser Nav-logoen på en konvolutt i postkassa. Bare den stilingen og ordlyden på et sånt brev setter meg ut.» En annen deltaker ga følgende eksempel på at samarbeidet med Nav hadde påvirket helsa:

Istedenfor at man har fokus på å fikse livet sitt og komme på beina og finne måter å håndtere de psykiske helseutfordringene, så blir det veldig mye bare for å overleve. Altså i en periode så var det sånn ... jeg ble jo sykere av å være i kontakt med et hjelpeapparat da. Da var det nesten sånn: *Nei, fy flate, skal jeg bare sette strek over de greiene også bare si: nei, nei, jeg er sikkert kjempefrisk, så nå bare ...? Skit og dra altså, jeg må bare skaffe meg en 100 prosent stilling, også begynner vi på nytt. Også får jeg bare.* Det har vært en veldig slitsom periode. Også pådratt meg angst av dette her. Ok, også må du komme deg ut av *det*. Det har vært en sånn veldig påkjenning.

Dette er begge eksempler på at ikke bare økonomi og helse påvirker hverandre, men at også byråkrati og samarbeidsproblemer knyttet til støtteapparatet kan bidra til det vi kaller *økonomiske helseproblemer*.

DISKUSJON

Universalisme i individualismens tidsalder

Hensikten med denne studien er å utforske erfaringer fra en venneklubb og hvordan deltakerne setter egen økonomi og muligheter for sosial deltakelse i sammenheng. Å finne fram til og å håndtere ulike levekårs- og sosiale konsekvenser av psykisk helseproblemer står sentralt i recovery som sosialt perspektiv (Borg mfl., 2013). Slade (2012) skriver at det viktigste tjenestene kan gjøre for å jobbe med recovery er å støtte hverdagslige løsninger for hverdagslige problemer. Konkrete hverdagsforhold og samfunnsforhold som kan være til hinder for bedring er noe av det personer med psykisk helseproblemer ønsker at det skal fokuseres mer på (Karlsson & Borg, 2013). Deltakerne i vår studie hadde alle erfart at deres økonomiske situasjon hang sammen med helsa deres, og brakte på banen ulike eksempler på hvordan trang økonomi kunne resultere i manglende muligheter for deltakelse i sosiale settinger på linje med «alle andre». Det å delta i sosiale sammenhenger ble ofte nedprioritert i konkurranse med andre utgiftsposter. Samtidig understrekte deltakerne hvor viktig sosialt samvær var, og satte det i sammenheng med helsa, uavhengig av kategorier som *psykisk* eller *fysisk*. Kanskje kan nedprioriteringen av det sosiale forstås som et uttrykk for at det er lett å overse hvor viktig det *hverdagslige*, det *alminnelige* eller *de små ting* er? (Borg, 2007; Ness, 2016; Skatvedt, 2009). Funnene fra vår studie samsvarer uansett godt med en rekke eksempler på forskning som understreker viktigheten av venner, sosiale nettverk og tilhørighet, og betydningen slike faktorer har for psykisk helse og recovery (Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton & Boutillier, 2012; Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2011).

Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless og Evans (2005) presenterer elementer de tenker er felles for recovery, som blant annet inkluderer det å overkomme stigmatisering og sosiale konsekvenser som kan følge av psykisk helseproblemer. Det handler om å bli inkludert og involvert i meningsfulle aktiviteter slik at man også kan utvide og finne nye sosiale roller som eksempelvis medarbeider, student eller venn. Videre fremhever Davidson mfl. (2005) viktigheten av at mennesker i recovery krever de samme rettighetene som andre samfunnsborgere, blant annet retten til å bestemme hvor man skal bo og hvordan man skal bruke sin egen tid.

Kolstad (2010) problematiserer hvordan sosiale og samfunnsmessige utfordringer i større og større grad ser ut til å forstås som individuelle og psykologiske problemer, og at de behandles deretter. Kroken og Madsen (2016) påpeker at sosialt arbeid nå ser ut til å være innrettet mot enkeltpersoner og individet, snarere enn strukturer som skaper vansker for folk. Den norske velferdsstaten er tuftet på ideen om at den skal være universalistisk. I en tid der velferdsstaten er under press argumenterer Briseid (2017) for at vår tillit til den kan bidra til å tilsløre ansvaret for en ikke-universalistisk politikk, og at velferdsstaten gradvis beveger seg fra opprinnelige idealer. Ifølge Hvinden (2009) kan trekk ved den nordiske velferdsmodellen medføre at personer med nedsatt funksjonsevne i større grad enn i andre økonomier opplever å bli presset ut av arbeidslivet og i stedet ender som mottakere av langvarige trygdestønader. Flere av deltakerne i vår studie påpekte at byråkratiske utfordringer knyttet til det å motta økonomiske velferdsytelser bidro til redusert livskvalitet. Samtidig opplevde de at det økonomiske grunnlaget for å klare seg hadde blitt dårligere. Manglende muligheter for deltakelse i arbeidslivet og boligpriser var konkrete eksempler på dette. Dette kan tolkes som uttrykk for tendensen til å individualisere sosiale og samfunnsmessige utfordringer, sammen med endringer i velferdsstaten. Dersom dette er tilfelle, vil det være betimelig å stille spørsmål om hvorvidt dette er en ønsket utvikling og hvordan vi eventuelt bør forholde oss til den. Psykisk helsefeltet har i seinere tid vært gjenstand for endringer som blant annet har fokusert på viktigheten av relasjoner og nettverk, og det er flere steder slått fast at tjenestene skal være recoveryorienterte (f.eks. Sosial- og Helsedepartementet, 1997; Helsedirektoratet 2014b). Allikevel kan det være nødvendig å sette spørsmålsteget ved hvorfor det går for sakte (Karlsson, 2016).

Penger på blå resept?

På bakgrunn av det deltakerne i vår studie formidlet, ser et sentralt spørsmål ut til å være hvordan flere kan oppleve økt livskvalitet. Det er fortsatt mange som strever med å ha for lite penger, og deltakerne i denne studien har aktualisert dette. Fattigdomsbegrepet er kontroversielt, men én måte å definere fattigdom på er at noen ikke har samme tilgang til de godene og sosiale arenaene de fleste andre har – i det samfunnet man er en del av (Clausen, 2014). Deltakerne i vår studie pekte på utfordringer med å streve økonomisk i en kommune der mange har mye. Topor (2006) løfter fram at penger som terapi er et oversett område i psykiatrien. Medisinen inntar den sentrale rollen i psykiatriens lærebøker. Kontekst og hvilke tiltak som kan være effektive for den enkelte får for lite oppmerksomhet. Å hele tiden streve for å overleve på grunn av dårlig økonomi er et dårlig utgangspunkt for recovery. Forskning tyder på at strukturen i hjernen og biologien vår forandrer seg når vi

strever økonomisk, og økonomiske problemer ser ut til å være noe av det mest helseskadelige vi kan utsettes for (Bregman, 2017; Topor mfl., 2016a). Kanskje kan det å utbetale penger uten betingelser bli en alternativ resept? Kanskje kan det bidra til å gjøre folk mindre avhengig av hjelpesystemet og profesjonelle relasjoner?

Mullainathan og Shafir (2013) peker på bakgrunn av sin forskning på at å løfte folk ut av fattigdom og økonomiske problemer har enorme fordeler, og foreslår at vi i tillegg til bruttonasjonalprodukt innfører brutto nasjonal mental båndbredde. Poenget er at når vi strever med å ikke ha nok, går dette utover den mentale kapasiteten vår. Det kan kanskje synes selvfølgelig, men det å få dekt grunnleggende økonomiske behov frigjør mental kapasitet, noe som i sin tur er bra for både personen og samfunnet. At økonomi og et meningsfylt sosialt liv er viktig innenfor psykisk helsearbeid er ikke nytt (Topor mfl., 2015). Allikevel kan det synes nødvendig å minne om at vi bør tenke bredere om hva som er hjelpsomt. Vi bruker altfor mye tid og ressurser på å «lære» folk å leve i marginale livssituasjoner, fremfor å bidra til at folk kan komme seg ut av slike tilværelser (Waldegrave, 2009). Økonomisk helsearbeid er kanskje ett mulig svar på økonomiske helseproblemer?

Flere av deltakerne i vår studie hadde opplevd samarbeidet med det offentlige som problematisk. Et større forskningsprosjekt om fattigdom og skam peker på at mange sosialhjelpsmottakere opplever mye skam, og at den offentlige retorikken i stor grad plasserer skylden for økonomiske vansker på enkeltmennesket (Gubrium & Lødemel, 2014). Lundberg (2012) har blant annet påpekt at det finnes et underforbruk av trygd, og hevder at det kan være «fordi en ikke har kunnskaper om sine rettigheter, fordi man vurderer det som for ressurskrevende å få tilgang på hjelpen, eller fordi en ikke anser hjelpen en kan få som skreddersydd til behovene en har ...». (Lundberg, 2012, s. 273).

I vår studie ble samarbeidsproblemer med Nav brukt som eksempel på at byråkrati kunne resultere i forverring av helsetilstand. Fraser (2008) har påpekt at spørsmål knyttet til anerkjennelse og omfordeling sjelden har enkle svar. Tiltak som venneklubben representerer gjør lite med bakenforliggende problemer som økonomiske forskjeller. På tross av at deltakerne i vår studie uttrykte at de var veldig fornøyd, kan slike ordninger ifølge Frasers (2008) argumenter bidra til å opprettholde forskjeller mellom ulike grupper i samfunnet. Snarere synes omfordeling og strukturelle endringer å være nødvendig. Deltakerne i vår studie beskriver økonomiske problemer som en sentral utfordring og økonomisk forutsigbarhet som forutsetning for å få en bedre hverdag. Dette samsvarer godt med annen forskning, og det synes nødvendig å videreføre diskusjonen rundt hvordan utfordringene best kan møtes.

Forskning på borgerlønn peker på at å gi penger direkte, uten betingelser, gjør at folk vil bidra mer, kan ta utdanningen de ikke har hatt kapasitet til, og rett og slett bruke pengene på fornuftige formål (Bregman, 2017). Et viktig argument for borgerlønn er å redusere ydmykelsen og nedverdighelsen mange opplever knyttet til behovsprøvd hjelp (Cappelen & Pedersen, 2015). Samtidig kan kanskje ressurser frigjøres til noe som oppleves hjelpsomt?

I Norge var Øyen (1981) en av de som argumenterte tidlig for at det kompliserte trygdesystemet burde erstattes av en garantert universell minstelønn. I flere land er man i gang med forsøksordninger knyttet til borgerlønn (Bregman, 2017). Et av poengene til Bregman (ibid.) er at mye av ressursene som brukes til ineffektivt hjelpearbeid og byråkrati burde omdisponeres til en universell lønn for alle. Dette er ikke bare knyttet til effektivitet og

rettferdig pengebruk, men også verdighet. I denne sammenheng kan borgerlønn knyttes til det vi forstår som effektiv, instrumentell sosial støtte (jf. Folkehelseinstituttet, 2015; Topor mfl., 2016a). Våre funn gir ikke grunnlag for hverken å foreslå eller konkludere med tanke på strukturelle endringer. I Finland er forsøket med borgerlønn avsluttet, men det er for tidlig å komme med endelige konklusjoner (Jacobsen, 2018). Allikevel mener vi det er nødvendig å fortsette diskusjonen rundt hvordan økonomiske forskjeller, som åpenbart har sammenheng med folks helsesituasjon, skal forstås og adresseres.

Beresford (2016) argumenterer for at brukere av de sosialpolitiske løsningene i større grad burde vært representert i utformingen av sosialpolitikken og at det ligger et stort potensial i en mer deltakende sosialpolitikk. Om vi skal knytte dette til vår studie, hva har den kunnskapen som deltakerne løfter fram å si for utformingen av sosialpolitiske tiltak? Enkelt sagt: at det koster penger å delta, og å slite økonomisk er dårlig nytt for helsa og det sosiale livet. Vi må gjøre mer for at flere kan oppleve økt livskvalitet, og vi må våge å tenke nytt.

OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Mørket kan tjene som en metafor på flere fenomener. Dårlig økonomi, ensomhet, nedstemthet eller angst er noen eksempler. For deltakerne i vår studie så det å kunne møtes i kinomørket ut til å være et skritt på veien mot noe annet. Å motta midler til deltakelse i sosiale sammenhenger kunne være begynnelsen på noe nytt. Vi hevder ikke at psykoterapi eller annen tradisjonell behandling er unyttig. Vi argumenterer heller ikke for at en kinobillett er et tilfredsstillende tilbud til folk som opplever kriser og uverdige livssituasjoner. Samtidig mener vi at omstrukturering og omfordeling er nødvendig for å bedre forholdene til mange av de som strever med ulike psykisk helse- eller rusutfordringer. Men kanskje kan det å møtes i kinomørket være en liten del av en nødvendig kursendring? Like viktig er det å gi brukere av tjenestene mulighet til selv å definere hva som kan være nyttige tiltak, og midlene til faktisk å gjennomføre dem. Det mangler ikke initiativ og vilje hos de som deltok i studien, snarere rammer og muligheter. Vi har forsøkt å bidra ved å diskutere noen strukturelle forhold som påvirker deltakernes hverdagsliv og bedringsprosesser, forhold som til syvende og sist synes aktuelle for oss alle. Det kan være utfordrende for både fagfolk og forskere å se at innsatsen og kompetansen man innehar ikke alltid er det personer med psykisk helse- og rusutfordringer ønsker eller trenger. I så fall kan det kanskje være en trøst at selvstyrte og selvorganiserte tiltak er til stor nytte og kan frigjøre ressurser til dem som opplever hjelp av mer tradisjonelle tilnærminger?

LITTERATUR

- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. (Rapport 2015:51). Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/248399.
- Beresford, P. (2016). *All our welfare: Towards participatory social policy*. Bristol: Policy Press.

- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Doktorgradsavhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling*. Rapport 4/2013. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Boucher, M.-E., Groleau, D. & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180–182. DOI: <https://doi.org/10.1037/prj0000193>.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Bregman, R. (2017). *Utopia for realister. Gratis penger til alle, 15 timers arbeidsuke og en verden uten grenser*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Briseid, K.M. (2017). *On the old and the new: An ethnographic study of older people's mental health services in a changing welfare state*. Doktorgradsavhandling. Kongsberg: Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Cappelen, C. & Pedersen, J. (2015). Borgerlønn: En rettferdig reform? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 56(3), 354–371.
- Claussen, B. (2014). *Fattigdom i Norge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Davidson, L. (2011). Recovery from psychosis: What's love got to do with it? *Psychosis*, 3(2), 105–114. DOI: <https://doi.org/10.1080/17522439.2010.545431>.
- Davidson, L., Haglund, K.E., Stayner, D.A., Rakfeldt, 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095084>.
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Lawless, M. & Evans, A.C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487. DOI: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Rakfeldt, J., Tebes, J.K. & Chinman, M.J. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453–477. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcop.20013>.
- Folkhelseinstituttet. (2015). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet--faktaar/>.
- Fraser, N. (2008). Fra omfordeling til anerkendelse? I M.H. Jacobsen & R. Willig (red.), *Anerkendelsespolitikk*, s. 58–94. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Gergen, K.J. (2015). *An invitation to social construction* (3. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Gubrium, E.K. & Lødemel, I. (2014). «Not good enough»: Social assistance and shaming in Norway. I E.K. Gubrium, S. Pellissery & I. Lødemel (red.), *The shame of it. Global perspectives on anti-poverty policies*, s. 111–132. Bristol: Policy Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkhelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Meld. St. nr. 19 2014–2015. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet (2014a). *Samfunnsutvikling for god folkehelse: Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/311/Samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-IS-2203.pdf>.

- Helsedirektoratet (2014b). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>.
- Hvinden, B. (2009). Den nordiske velferdsmodellen: Likhet, trygghet og marginalisering? *Sosiologi i dag*, 39(1):11–36.
- Jacobsen, S. E. (2018, 25. april). *Borgerlønn-forsøk i Finland avsluttes*. Hentet fra <https://forskning.no/ny-velferdsstat-samfunnsokonomi/borgerloann-forsok-i-finland-avsluttes/272896>
- Karlsson, B. (red.) (2016). *Det går for SAKTE ... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kolstad, A. (2010). Psykologisering/individualisering av sosiale og strukturelle problemer. I A. Kolstad & R. Kogstad (red.), *Psykologisering av sosiale problemer, medikalisering av psykiske lidelser*, s. 53–60. Haugesund: Alpha forlag.
- Kroken, R. & Madsen, O.J. (2016). Fra sosialt arbeid til sosialt entreprenørskap – en moralsk forvandling? I R. Kroken & O.J. Madsen (red.), *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»? s. 152–167*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundberg, K.G. (2012). *Uforutsigbare relasjoner: Brukererfaringer, Nav-reformen og levd liv*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: Transformative inquiry (Pesquisa como construção social: investigação transformativa). *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 1(1), 9–19.
- Mullainathan, S. & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much*. London: Penguin Books.
- Ness, O. (2016). De små ting – om relasjonell etikk og samarbeid i psykisk helse- og rusarbeid. I B. Karlsson (red.), *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 58–73). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial: En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Slade, M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: How mental health systems can support recovery. *Psychiatric Services*, 63(7). DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100521>.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St. meld nr.25 (1996–1997)). Oslo: Sosial- og helsedepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>.

- Starrin, B. (2009). Sosial kapital og helse. I R. Rønning & B. Starrin (red.), *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: Om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring*, s. 31–43. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sælør, K. T., Ness, O. & Semb, R. (2015). Taking the plunge: Service users' experiences of hope within the mental health and substance use services. *Scandinavian Psychologist*, 2(e9). DOI: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e9>.
- Taylor, S.E. (2011). Social support: A review. I Friedman, H.S. (red.), *The Oxford Handbook of Health Psychology*, s. 189–214. New York: Oxford University Press.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443–460. DOI: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>.
- Topor, A., Ljungqvist, I., Bohman, L., Malmberg, A. & Quijote, J.P. (2015). *Pengar, venner och psykiska problem. Det sociala livet, privatekonomien och psykisk hälsa – en insatsstudie i «Supported Socialization»*. Rapport 2: 2015. Karlskrona: Blekinge Kompetenscentrum.
- Topor, A., Ljungqvist, I. & Strandberg, E.-L. (2016a). The costs of friendship: Severe mental illness, poverty and social isolation. *Psychosis*, 8(4), 336–345 DOI: <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1167947>.
- Topor, A., Ljungqvist, I. & Strandberg, E.-L. (2016b). Living in poverty with severe mental illness coping with double trouble. *Nordic Social Work Research*, 6(3), 201–210. DOI: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1134629>.
- Waldegrave, C. (2009). Cultural, gender, and socioeconomic contexts in therapeutic and social policy work. *Family Process*, 48(1), 85–101. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01269.x>.
- Wenneberg, S.B. (2000). *Socialkonstruktivisme: Positioner, problemer og perspektiver*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2011). *Ulikhetens pris. Hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. Oslo: Res Publica.
- Øyen, E. (1981). *GMI: Garantert minsteinntekt i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.