



Bachelorgradsoppgave

Tittel: Lavterskeltilbud for mennesker med psykiske helseproblemer.

Title: Low-threshold services for people with mental health problems.

Forfatter: Stig Are Brekke

VPD310

Bachelorgradsoppgave i vernepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

Sammendrag

Tittel: Lavterskeltilbud for mennesker med psykiske helseproblemer.

Problemstilling: "Kan et lavterskeltilbud som Heimdal treffsted være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer, og i tilfelle hvordan?"

Målet med denne oppgaven har vært å tilegne meg kunnskap om sosial samhandling, aktiviteter og brukermedvirkning i et lavterskeltilbud for mennesker med psykiske helseproblemer. Jeg ønsket å se nærmere på betydningen av deltakelse i slike settinger for brukerne i deres hverdagsliv og finne ut av om tilbudet kan være helsefremmende og virke forebyggende for psykiske helseproblemer.

Jeg har valgt kvalitativt forskningsintervju og fokusgruppeintervju som metode for undersøkelsen. I tillegg har jeg tidligere i studieåret hatt en 3 måneders praksisperiode ved treffstedet.

Jeg vil tolke og analysere mine data ut i fra teori om helse, salutogenese, aktivitetsteori og livskvalitet som et bakteppe.

Etter analyse og tolkning av mine data kan det synes som at lavterskeltilbud, slik som Heimdal treffsted, *kan* være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer. Dette er i samsvar med tidligere forskning. Et lavterskeltilbud eller et åpent treffsted trenger imidlertid ikke være helsefremmende for *alle* som benytter seg av tilbudet, fordi det forutsetter at visse betingelser er tilstede. Funnene som viser at Heimdal treffsted kan være helsefremmende kan samles under tre hovedoverskrifter; "*møteplass*", "*lavterskel*" og "*gir innhold og skaper mening i hverdagen*".

Et ord med på veien:

*"Mennesket blir ofte det de tror de er.
Hvis jeg tror jeg ikke kan gjøre noe,
er jeg ikke i stand til å gjøre det,
Når jeg tror jeg kan det,
får jeg evnen til å gjøre det,
selv om jeg i utgangspunktet ikke hadde evnen".*

Mahatma Gandhi

Innhold

1.	INNLEDNING	1
1.1.	Introduksjon av tema og problemstilling	1
1.2.	Avgrensning av oppgaven	1
1.3.	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.4.	Førforståelse og mål ved undersøkelsen	2
1.5.	Videre gang i oppgaven	2
2.	TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER.....	3
2.1.	Helse, psykiske lidelser og helseproblemer	3
2.2.	Patogenese eller Salutogenese	4
2.3.	Aktivitet.....	5
2.4.	Livskvalitet.....	6
2.5.	Min praksislass- Heimdal treffsted	6
3.	METODEDEL.....	7
3.1.	Hva er en metode?	7
3.2.	Det kvalitative forskningsintervju- fokusgruppeintervju	8
3.3.	Etiske vurderinger	9
3.4.	Metodekritikk	10
3.5.	Utvalg av informanter	11
3.6.	Gjennomføring av intervju.....	11
3.7.	Spørsmålene	12

4.	DATAPRESENTASJON.....	12
4.1.	Intervjudata	12
4.2.	Oppsummering av datapresentasjon	15
5.	DRØFTINGSDEL:	16
5.1.	Analyse og tolkning	16
5.1.1.	Møteplass	16
5.1.2.	Lavterskel	17
5.1.3.	Gir innhold og skaper en mening i hverdagen:.....	20
6.	AVSLUTNING OG KONKLUSJON.....	21
	BIBLIOGRAFI.....	23

VEDLEGG: 3 STK

- 1) HENVENDELSE TIL TREFFSTEDET**
- 2) INTERVJUGUIDE**
- 3) SAMTYKKE TIL HØGSKOLEN**

ANTALL ORD: 11007.

1. INNLEDNING

1.1. Introduksjon av tema og problemstilling

Utviklingen i behandlingstilbudet til personer med psykiske helseproblemer har i løpet av de siste tiårene gjennomgått store strukturelle forandringer. Det har i større grad blitt satset på lokalbaserte behandlingstilbud i kommunene fremfor institusjonsbehandling (Eva Langeland i (Almvik & Borge, 2007). Både arbeidsmåtene og forståelsesmåtene innenfor psykisk helsevern er i stadig endring. Jeg mener vi burde skaffe oss større kunnskap om alternative muligheter til å forebygge og behandle psykiske helseproblemer, i stedet for å finne nye eller flere medikamenter, og nye og flere diagnoser. Heimdal treffsted er et åpent treffsted og et såkalt lavterskeltilbud. Tilbudet på et treffsted er frivillig, åpent for alle og står litt på siden av det offentlige behandlingsapparatet. På grunn av dette er den helsefremmende effekten tilbudet har lite målbar og lite dokumentert.

Problemstilling på oppgaven min vil derfor være følgende:

”Kan et lavterskeltilbud som Heimdal treffsted være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer, og i tilfelle hvordan?”

1.2. Avgrensning av oppgaven

Oppgaven vil omfatte følgende:

- Hvordan 7 brukere av Heimdal treffsted opplever tjenestetilbudet ved treffstedet. Opplever de tilbudet som helsefremmende og i tilfelle hvordan. Undersøkelsen tar utgangspunkt i et brukerperspektiv og brukernes subjektive opplevelse av treffstedet.
- Teori knyttet til tema og problemstilling.

Informasjonen jeg får er basert på de spørsmålene jeg stiller mine informanter og den informasjonen mine informanter velger å gi. Jeg vil kun ta for meg de funnene som har mest relevans for min problemstilling i datapresentasjon, analyse og drøfting.

1.3. Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I min 3. års praksis var jeg så heldig å få være på et av Trondheim kommunes tre treffsteder, dette er et lavterskeltilbud som er åpent for alle og rettet mot mennesker med psykiske helseproblemer. Psykisk helse har de senere år fått stadig mer fokus innenfor helsevesenet, blant fagfolk og politikere. Psykisk helse og behandling av psykiske helseproblemer har også vært mye på dagsorden i media og fått mye spalteplass. Dette har ført til at temaet også har vært mye diskutert blant folk flest.

Begrunnelsen for mitt valg av dette tema og problemstilling, er min tro på at aktivitet i seg selv er helsefremmende og mitt håp om å bidra til at lavterskeltilbud/åpne treffsteder skal få et større fokus og større anerkjennelse blant fagfolk og politikere. Dette i form av økte bevilgninger og et større politisk engasjement. Med bakgrunn i at psykiske helseproblemer er et stadig økende problem i dagens samfunn, er det grunn til å tro at stadig flere av oss blir rammet over tid (Folkehelseinstituttet, 2011). Problemstillingen vil jeg belyse ved å innhente kunnskap om hva brukene av treffstedet mener er helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer.

Jeg vil i denne oppgaven fordype meg i mennesker med psykiske helseproblemer som benytter seg av Heimdal treffsted, og stille spørsmål om et åpent treffsted kan være helsefremmende for målgruppen, og i så fall på hvilken måte.

1.4. Førforståelse og mål ved undersøkelsen

I en forskningsprosess vil man alltid søke å finne svar på spørsmål og problemstillinger man selv engasjerer seg i, noe som gjør at en må svært bevisst på sin førforståelse og sine eventuelle fordommer (Dalland, 2012).

Erfaring fra praksis og tidligere arbeid i fritidsklubb har gjort at jeg har en førforståelse om at lavterskeltilbud eller åpne tilbud/tiltak virker helsefremmende og forebyggende i forhold til ulike helseplager, slik som psykiske helseplager. Fritidsklubb betegnes også som et lavterskeltilbud og har i mange år slitt med lavstatus-stemplet og utfordringene som følger med dette. Både i forhold til en stemping av brukerne av tilbudet og i forhold til en manglende anerkjennelse av det faglige arbeidet som utføres på tilbudet. Jeg kjenner derfor igjen mange av utfordringene treffstedene i dag lider under. Det er en utfordring for disse lavterskeltilbudene å måle eller dokumentere effekten av tilbudet, noe som gjør de sårbare i omorganiserings eller nedskjæringstider, og blir derfor lett en salderingspost. Jeg mener at lavterskeltilbudene er svært viktige å beholde, nettopp på grunn av ideologien bak og den sårbare målgruppa. Jeg har en førforståelse av at slike lavterskeltilbud som treffstedet representerer har en forebyggende effekt på psykiske helseplager og er et betydningsfullt tilbud for de som benytter seg av det.

Data fra intervjuene ønsker jeg å bruke til å finne ut om mine funn samsvarer med det jeg trodde på forhånd og det som finnes beskrevet i teori og forskning.

1.5. Videre gang i oppgaven

I kapittel 2 vil jeg ta for meg teori, og vil redegjøre for begreper og tema som er sentrale og aktuelle for problemstillingen min. Slik som helse, helseproblemer, salutogenese, aktivitet og ikke minst hva et åpent treffsted er. Jeg har valgt å gjøre en egen undersøkelse for å forsøke å finne svar på problemstillingen min. Kapittel 3 vil se på metoden som er benyttet. Jeg vil fortelle om mitt valg av metode for undersøkelsen, der jeg også kommer med etiske vurderinger og metodekritikk og til slutt

gjennomføringen av intervju. I kapittel 4 presenterer jeg datafunn fra to fokusgruppeintervjuer, før jeg analyserer og drøfter funnene i kapittel 5. I kapittel 6 oppsummeres oppgaven og jeg danner en konklusjon.

2. TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER

2.1. Helse, psykiske lidelser og helseproblemer

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er helse: *”Er en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre i samfunnet”* Helse anses i denne definisjonen som noe positivt, som en ressurs og dermed noe mer enn fravær av sykdom og lyte. God helse forstås her som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære (Bang Nes & Aas-Clench, 2011) Jeg er bevisst at denne definisjonen er noe omdiskutert, da den tar utgangspunkt i *”fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære”* - altså om man ikke har FULLSTNDIG velvære kan man da heller ikke ha god helse?

I den negative dimensjonen av psykisk helse er det vanlig å skille mellom *psykiske plager* og *psykiske lidelser*. *”Psykiske plager er en tilstand som oppleves som belastende, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som diagnoser”* (Folkehelseinstituttet, 2014). *”Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkelte fobier til lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre”* (Folkehelseinstituttet, 2014).

Hvis vi tar utgangspunktet i WHO's definisjon av helse og ser på sykdom som bortfall av helse, kan vi si at psykiske plager og psykiske lidelser er måter helsen skades på. Det blir da mer passende å betegne psykiske plager og -lidelser som helseproblemer, fordi fokus rettes på hvordan livet/helsen blir skadet eller kompromitteres av for eksempel psykoser, nevroses og angst (Loren, 2014) Jeg velger i denne oppgaven med bakgrunn i dette å benytte betegnelsen *”psykiske helseproblemer”*.

Om lag halvparten av Norges befolkning vil i løpet av livet oppleve så alvorlige psykiske helseproblemer at de vil trenge profesjonell hjelp, en tredjedel i løpet av et år (Almvik & Borge, 2007). Lidelser som angst, depresjoner og rusrelaterte lidelser er de vanligste gruppene psykiske lidelser blant Norges befolkning. Angst- og depresjonslidelser er høyest hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er vanligst hos menn (Folkehelseinstituttet, 2011).

Regjeringen prioriterer å styrke tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. For å bedre levevilkårene for mennesker med psykiske lidelser, skal tjenestene legge vekt på mestrings- og brukerperspektiv. Tilbudene skal primært bygges opp og bli gitt i nærmiljøet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Spesialisthelsetjenesten skal støtte opp om arbeidet i kommunene og

gi tilbud om utredning og behandling av mer alvorlige tilstander. Omfanget av mennesker med psykiske helseproblemer er så stort at det er åpenbart at det offentlige hjelpeapparatet ikke kan hjelpe alle. Det er derfor behov for fokus på å gi mennesker verktøy og strategier slik at de i større grad blir i stand til å mestre sine egne plager. Tjenestene skal tilrettelegge for økt selvfølelse, menneskeverd, trygghet og mestring. Helsetjenestene skal ha som mål å forebygge mer og reparere mindre (Almvik & Borge, 2007).

2.2. Patogenese eller Salutogenese

Under min praksis dukket begrepet "*salutogenese*" opp, dette fordi treffstedets ideologi, verdier og måte å forholde seg til brukerne på er tuftet på teorien om salutogenese. Dette var et helt nytt begrep for meg, men med et ganske så kjent innhold.

I "Opptappingsplan for psykisk helse 1996-2008" fremheves et helhetlig menneskesyn hvor fokuset skal flyttes fra diagnose og sykdom til psykososial funksjon og mestring (Almvik & Borge, 2007). Brukerundersøkelser synliggjør behovet for en større grad av helhet og kontinuitet innenfor behandlingsapparatet, i tillegg kommer det frem at brukere og pårørende har for liten innflytelse og påvirkning på tilbudet som gis, og at det fremdeles er et alt for stort fokus på sykdom og diagnoser fremfor mestring og ressurser (Helsedirektoratet, 2013).

Salutogenese er en aktuell og relevant måte å arbeide med mennesker med psykiske helseproblemer på for en vernepleier. Kunnskap om salutogenese kan kaste lys over hvordan helse kan forstås og anvendes i psykisk helsearbeid. Salutogenese er læren om hva som gir god helse. Ut fra livsvilkår vil vi ha ulik holdning til om nye situasjoner synes påvirkelige, forutsigbare og overkommelige. Dette gir ulikt pågangsmot i møte med sykdom og utfordringer. Forenklet kan vi si at salutogenese handler om å se muligheter fremfor begrensninger (Langeland, 2014).

Begrepet salutogenese ble skapt av sosiologen Aron Antonovsky. Ordet kommer dels fra latinske "*salus*", som betyr helse, og dels fra det greske ordet "*genesis*", som står for opprinnelse eller tilblivelse. Teorien fokuserer på å fremme menneskets evne til tilpasning til stressfulle indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 2012). Det handler om hvordan mennesker kan mestre en gitt stressfaktor. Begrepet ble utviklet som en motvekt til "*patogenese*" som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom. Patogenese er en del av den medisinske tradisjonen, og omhandler hva som fører til sykdom, hvordan sykdommen utvikler seg, og i praksis betyr det og diagnostisere og behandle en sykdom. Det er allikevel viktig å ha med seg det patogene perspektivet, når man arbeider med å forske på hvordan man kan forebygge og behandle alvorlige sykdommer og lidelser. Det er imidlertid viktig å se at patogenese og salutogenese har et gjensidig avhengighetsforhold. En kan illustrere forskjellen på salutogen og en patogen tilnærming ved bruk av matematikk som metafor, Becker & Rhynders 2012, i (Langeland, 2014). Patogenese handler om subtraksjon og hvordan en skal ta bort dårlige betingelser, trusler og risikofaktor, mens salutogenese handler om addisjon og hvordan muligheter, positive handlinger og gode betingelser er med på å fremme en god helse (Antonovsky, 2012).

Begrepet «Sense of Coherence» (SOC), som på norsk oversettes til «Opplevelse av sammenheng» (OAS) er sentral i teorien om salutogenese. Antonovsky skriver at han er: «...overbevist om at opplevelse av sammenheng er avgjørende for at en person bevarer sin plassering mellom kontinuumet mellom helse og uhelse og eventuelt beveger seg i retning av helseenden» (Antonovsky, 2012, s. 38). Antonovsky trekker frem tre kjernekomponenter i OAS som alle er i et gjensidig samspill. Den første komponenten er *begripelighet*, som sier noe om man opplever at stressfaktorer eller stimuli man utsettes for er forståelig, forutsigbar og at informasjonen oppleves som klar og strukturert. Den andre komponenten er *håndterbarhet*, som sier noe om en persons opplevelse av å ha tilstrekkelig med ressurser til å takle de kravene eller utfordringene en blir stilt ovenfor. Personen har tro på at en kan finne løsninger. Hvis du har en sterk opplevelse av håndterbarhet oppfatter man seg ikke som et offer for omstendighetene eller at livet har behandlet en urettferdig. En person med sterk opplevelse av håndterbarhet kjenner seg i stand til å takle livet selv om det går i motbakke. Den tredje komponenten er *meningsfullhet*. Sier noe om en person har livsområder som oppleves viktige og som gir mening. I hvor stor grad opplever personen at livets krav og utfordringer er verdt å bruke krefter på. Å oppleve at hverdagen kjennes meningsfull gir motivasjon, skaper engasjement og mobiliserer til innsats. Håndterbarhet sier også noe om i hvilken grad man føler at livet, rent følelsesmessig, er forståelig (Antonovsky, 2012).

Salutogenesen identifiserer hvilke personlige og kollektive *motstandsressurser* som kan bidra til mestring av spenning i krevende situasjoner (Langeland, 2014). Jo bedre personlige og kollektive motstandsressurser en person opplever å ha, jo bedre OAS og høyere grad av helse og mestring vil personen oppleve. Generelle motstandsressurser kan være kultur, sosial støtte, religion/verdier, egoidentitet, intelligens & kunnskap, fysiske & biokjemiske ressurser, materielle verdier, kontinuitet, oversikt & kontroll og til slutt gode mestringsstrategier. Forholdet vi har til andre, opplevelsen vi har av oss selv, kulturen vi lever i, religionen vår og intelligensen vår er alle faktorer som påvirker hvordan vi takler krevende situasjoner. Antonovsky bruker metaforen om «livets elv» til å beskrive helse. I en elv er det uansett motsand, så helse handler om å svømme på best mulig måte ut fra de motstandsressursene en har i seg og rundt seg, Antonovsky, 1987 i (Langeland, 2014) Det store og viktige salutogene spørsmålet er: *”Uansett hvor en er i livets elv, hva former ens evne til å svømme bra?”*, Antonovsky, 1987 i (Langeland, 2014, s. 11)

2.3. Aktivitet

”Aktivitet uttrykker forbindelsen mellom individet og omgivelsene. Aktivitet innebærer en meningsfull og målrettet handling, eller virksomhet. Aktivitet er sammensatt av ulike komponenter og består av en indre side som innebærer tenkning, bearbeiding, planlegging, og en ytre observerbar side vist ved praktisk utførelse. Aktiviteter kan ha ulike former som arbeid, lek/fritid, utdanning og omsorgsaktiviteter” Ness 1997 i (Almvik & Borge, 2007, s. 62).

All kroppslig bevegelse som resulterer i økt energiforbruk kan regnes som fysisk aktivitet (Martinsen, 2006). Mellommenneskelige relasjoner, nærmiljø og samfunnsforhold spiller en vesentlig rolle i den enkeltes helse og for mulighetene til personlig utfoldelse og aktivitet (Kristofferen, 2005). På tross av at mat og aktivitet har motsatt kvalitet, jobber de sammen for å fremme helse. Sigmund Freud var

opptatt av fysisk aktivitet, særlig var han opptatt av sport. Drev du med sport, unngikk du å tenke for mye på følelsesmessige problemer (Martinsen, 2006).

Personer med psykiske helseproblemer faller ofte utenfor arbeidslivet og kan også i perioder ha vanskeligheter med å opprettholde nettverk og fritidsaktiviteter. De kan kjenne seg energiløse, isolert og utstøtt, noe som igjen resulterer i at de føler seg motløse og ved enda dårligere helse (Almvik & Borge, 2007). Å delta i sosiale og kulturelle arenaer og arrangement gir mennesker opplevelse av mål, mening og myndighet. De gjør noe *vesentlig* og *meningsfullt* sammen med andre. Hva som er en meningsfull aktivitet er en subjektiv opplevelse og det som oppleves som meningsfullt for en person trenger ikke være det for en annen. Hva som gir mening har også sammenheng med omgivelsenes normer og verdier. Det er ikke hvilke som helst aktiviteter som gir mening, de må bety noe i en sammenheng, for den enkelte eller for andre. Hvis en aktivitet skal ha betydning og bidra til personlig vekst for en person må aktiviteten tilpasses den enkeltes ståsted og muligheter, slik at mestringsopplevelser skapes (Almvik & Borge, 2007).

For å ha aktivitet som et forbyggende tiltak er vi avhengig av å ha aktiviteter brukerne mestrer, derfor må begrepet aktivitet bli et svært utvidet begrep. Aktivitetene må være definert og valgt ut av brukeren, slik at brukerne får et forhold til aktiviteten. Tilstedeværelse kan i mange sammenhenger være tilstrekkelig, det vil si at deltagelse i et sosialt fellesskap kan være en god måte å aktivisere seg selv og andre på, slik blir det lettere å utvikle personlige egenskaper og interesser (Lorem, 2014).

2.4. Livskvalitet

Livskvalitet er et begrep som må ses på som en subjektiv opplevelse. Det handler om hvordan en person opplever det livet han lever her og nå (Lorem, 2014). Vi kan ikke observere, evaluere eller vurdere en annen persons livskvalitet, det er det kun det enkelte individ som kan selv kan gjøre. Det finnes ulike definisjoner på livskvalitet, men sosialvitenskapen definerer livskvalitet som et overordnet begrep i forhold til egenopplevelse av positive og negative sider ved livet. Livskvalitet, hvordan vi opplever livet vi lever, vil være betinget av opplevelser vi har, som glede, opplevd ubehag og nedstemthet, vonde og gode følelser etc.

2.5. Min praksisplass- Heimdal treffsted

Heimdal treffsted er et av tre treffsteder i Trondheim kommune, lokalisert, som navnet sier, i store fine lokaler på Heimdal. Treffstedet har fire faste stillinger, tre miljøterapeuter og en aktivitør. De er også så heldige å ha en frivillig som kommer tre dager i uken. Treffstedene ønsker å bidra til fellesskap og vekst for mennesker med psykiske helseplager. Åpningstiden er 09.00 til 15.00, mandag til fredag, stengt på helgene.

Treffstedene skal først og fremst være et sted å være, et sted å høre til og et sted det er lett å gå til. Treffstedene går under kategorien *lavterskeltilbud*. Helsedirektoratet definerer lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid på denne måten:

”• *Gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid*

- *Kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne*
- *Være tilgjengelig for alle*
- *Kan tilby tidlige og adekvate tiltak, samt være en ”los” videre i systemet for brukere, pårørende, familier, nettverk og lokalmiljø*
- *Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål*
- *Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål*
- *Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov*
- *Fremstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å Benytte” (Rodal & Frank, 2008, s. 11)*

- Treffstedets visjon er: En bedre hverdag
- *Trygghet, trivsel, tilhørighet og tilgjengelighet* ses som *veien* mot målet.
- Heimdal treffsted er opptatt av å ha et helhetlig menneskesyn, hvor likeverd, troen på menneskets iboende ressurser og utviklingspotensiale er viktige grunnverdier.

Treffstedet jobber ut fra en tanke om og tro på aktivitet som mål, middel og metode i arbeidet. Alt fra å komme seg til treffstedet til å delta på de kreative aktivitetene blir derfor like ”viktig” aktiviteter. Treffstedet har et stort fokus på mestring og ressurser, og fokuserer lite på diagnoser og symptomer. Teorien om salutogenese og den salutogene tilnærmingen preger treffstedets ideologi og arbeidsform. Krav og forventninger må tilpasses den enkelte slik at alle opplever å opparbeide seg mestringstillitt; altså at en har tiltro til at en kan mestre nye utfordringer en står ovenfor. Målsetningen er å ha en trygg arena der folk kan komme og være seg selv med de utfordringer hver og en har. Her er det rom for samspill med andre uten for store krav til å prestere.

Aktiviteter det finnes tilbud om på treffstedet er blant annet data, maling, utflukter, fysisk aktivitet, sosiale aktiviteter, håndarbeid, musikk, matlaging.

Som bruker av treffstedet kan man be om ”uformelle” samtaler med personalet hvor man opplever at noen lytter, ser dem, og kan gi råd og veiledning i en vanskelig situasjon. Som student i praksis har jeg observert at selv om dette ikke dreier seg om ”terapi” pr. definisjon, så har samtalen stor betydning for den enkelte bruker og en slik samtale kan nok enkelte ganger ”slukke branner” og hindre en innleggelse.

3. METODEDEL

3.1. Hva er en metode?

En metode er en fremgangsmåte for å tilegne seg kunnskap, for å teste hypoteser som påstås å være sanne, gyldige og holdbare. Altså en framgangsmåte for å innhente informasjon om virkeligheten,

organisere, bearbeide og analysere informasjon, for så å tolke den. Metoden skal da fungere som et redskap for å undersøke forskjellige fenomener (Dalland, 2012). Typen informasjon som samles inn, blir da kalt fakta eller data. Det finnes mange datainnsamlingsmetoder. En av måtene går ut på å samle inn data fra informanter som har innsikt i det foreliggende forskningsproblem. De innsamlende data blir da kaldt empiri (Halvorsen, 2008). Valget av metode blir derfor bestemt ut i fra problemstilling, det vil si hva vil vi ha svar på, samt praktiske og etiske overveielser (Dalland, 2012).

Samfunnsvitenskapen skiller mellom to metoder, kvantitative og kvalitative metoder. Om ønsket er helhet, forståelse, mening og opplevelse som ikke kan måles fra utenforstående aktører, bruker vi kvalitative metoder. Det å forstå den hjelpesøkende er grunnleggende i enhver relasjon, der hjelp skal ytes. Den kvalitative metoden har sitt utspring innenfor hermeneutisk vitenskapsteori. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkningslære hjelper oss til å gjøre noe klart eller til å gi mening til det som undersøkes (Dalland, 2012). I et kvalitativt forskningsintervju innhenter man data gjennom direkte samtaler med forskningsobjektet, hvor objektets subjektive forståelse av et fenomen undersøkes.

Den kvantitative metoden blir gjerne satt i kontrast eller motsetning til den kvalitative metoden. Den kvantitative metoden tar sikte på å forme den informasjonen som hentes inn til målbare enheter som videre kan regnes om til et gjennomsnitt og presenter av en viss mengde. Altså kan fenomenet beskrives ved hjelp av tall (Dalland, 2012). Dette skjer som oftest gjennom spørreundersøkelser, som gir lite rom for fortolkning og subjektive meninger.

3.2. Det kvalitative forskningsintervju- fokusgruppeintervju

Etter å ha fått reflektert over metodene kom jeg fram til at jeg ville benytte kvalitativt intervju og fokusgruppe i min undersøkelse, da jeg ut fra overveielserne ser dette som mest hensiktsmessig med tanke på prosjektets tema. Et kvalitativt intervju blir relevant da det jeg spør etter er tidligere erfaringer og meninger informantene har, og er av en sånn privat karakter som jeg ikke har fått til og observere selv. Kvale & Brinkmann, 2009, sier i (Dalland, 2012), at formålet med det kvalitative forsknings-intervjuet er å hente inn intervjupersonens egne beskrivelser av livsverden, dette med tanke på meningen med fenomenene som beskrives (Dalland, 2012).

Det kvalitative intervjuet vil i min undersøkelse foregå som et fokusgruppeintervju. *«Fokusgrupper er en relasjonell metode og innhenting av kvalitative data, som krever mindre ressursinnsats enn om hver av deltagerne skulle vært intervjuet individuelt. På den annen side gir gruppesamtaler en annen type kunnskap enn individuelle fordi konteksten er forskjellig»* (Malterud, 2012, s. 22).

Intervjuet er delvis strukturert, ved at jeg som intervjuer stiller spørsmål ut fra en intervjuguide og er ordstyrer. Informantene får allikevel mulighet til å komme inn på tema jeg ikke har tenkt på, men som er relevant til problemstillingen. Målet med kvalitative forskningsmetoder er å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener, slik det oppleves for de menneskene som selv er involvert (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervju benyttes når man vil utforske tema som gjelder

felles holdninger, erfaringer eller synspunkter i miljøer der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012).

3.3. Ethiske vurderinger

Etter å ha vært tre måneder i praksis ved treffstedet hadde jeg lyst til å skrive en oppgave der jeg brukte intervju som metode. Jeg kontaktet først min veileder under praksis og spurte om dette kunne la seg gjøre, vi ble da enige om at jeg skulle sende en henvendelse og en intervjuguide (Se vedlegg). Hun ville bringe denne henvendelsen inn i et personalmøte og diskutere dette med de andre ansatte. Personalmøtet godkjente min henvendelse og jeg ble invitert til å legge fram mine planer for brukene av treffstedet. Jeg fikk komme på et tidspunkt det var mange brukere tilstede, og de fleste lyttet interessert på hva jeg hadde å si.

Informert samtykke er sentralt når en skal gjennomføre et intervju slik at informantene vet hva de sier ja til å være med på (Kvale & Brinkmann, 2009) Jeg informerte om at de som ville involvere seg deltar frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg ut av min undersøkelse. Jeg informerte også om undersøkelsens hensikt og formål, hvem som vil få adgang til materialet og min rett til å offentliggjøre deler av intervjuene. Det ble også understreket at informantene i min oppgave er anonyme.

I tillegg informerte jeg om at jeg ville benytte meg av mikrofon og opptaker under intervjuet, dette for å unngå å miste viktig informasjon og for å sikre at intervjuet blir korrekt gjengitt i etterkant. Jeg forklarte i forhold til min taushetsplikt og oppfordret til taushetsplikt innad i gruppene. Jeg hadde ordnet slik at de som ønsket å delta kunne melde seg til de ansatte ved treffstedet.

Taushetsplikten blir i denne oppgaven ivaretatt etter § 13 i lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 2 oktober 1967 nr.00 forvaltningsloven og § 21 i lov om helsepersonell av 2 juli 1999 nr. 64 helsepersonelloven. Og jeg som student vil bli regnet som helsepersonell jfr. § 3 i samme lov.

Jeg stilte meg selv spørsmål underveis om min fremgangsmåte ville være til skade for noen, i tillegg benyttet jeg meg også av Dallands fem etiske kontrollspørsmål for å vurdere om gjennomføringen var forsvarlig.

- *Er prosjektets mål og metoder innenfor fagets normer og begrensninger?*
- *Er informert samtykke fra deltakerne(intervjupersonene) innhentet på forsvarlig måte?*
- *Er det klart at det ikke foreligger avhengighetsforhold som kan tenkes å påvirke intervjupersonenes samtykke?*
- *Er alle persondata tilstrekkelig anonymisert?*
- *Hvilke rettigheter til de berørte parter- deltakere, undersøkeren og samfunnet som helhet - kan bli berørt av undersøkelsen? (Dalland, 2012, s. 109)*

Jeg føler at integritet og velferd hos mine informanter er godt ivaretatt med den fremgangsmåte jeg benyttet. I min undersøkelse har jeg lagt tilrette for at mine informanter skulle føle seg betydningsfulle og godt ivaretatt.

3.4. Metodekritikk

Mange mener det kun er data som kan måles og telles som er pålitelig, og den kvalitative metoden sies og ikke være vitenskapelig nok. For min undersøkelse var den kvalitative metoden derimot et godt valg av metode. Jeg fikk en helhetlig sammenheng og en dybde i stoffet som jeg trengte, og i og med at jeg søkte subjektive meninger, trenger jeg en metode som gav rom for uplanlagt innskytelser fra informantene. Jeg benyttet diktafon under intervjuene, noe som kan virke forstyrrende både på informanter og intervjuer. Resultatet av intervjuet vet man ikke før transkriberingen starter, og er ikke resultatet bra må man intervjuer på nytt, noe som ikke er heldig for prosessen. Heldigvis slapp jeg dette. Det var noen steder vanskelig å høre det som ble sagt ordrett, men stort sett gikk det bra.

Validitet betyr relevans eller gyldighet. Det som skal måles må ha relevans og være gyldig i forhold til det problemet som undersøkes (Dalland, 2012). Et godt utvalg av informanter og gruppesammensetning kan styrke validiteten av våre data (Malterud, 2012). I min undersøkelse ble det kun to fokusgrupper bestående av til sammen syv informanter, noe som kan stille spørsmål til validiteten da er ivaretatt? Det er et lite antall brukere som er intervjuet og det er selvfølgelig vanskelig å vite om mine informanter er et representativt utvalg i forhold til de som bruker treffstedet til daglig. Informantene er tilfeldig utvalgt, eller det vil si at de som selv ønsket å delta på undersøkelsen, fikk delta.

Under min tid som forsker har jeg spurt meg selv om mitt forarbeid med problemstilling og intervjuguide var godt nok. Når en vet svarene kan det virke lettere å vite hvilke spørsmål som burde vært stilt for å få den optimale undersøkelsen. I ettertid kan jeg se at jeg burde hatt flere utdypende spørsmål om hva som er helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer.

Jeg bestemte meg på forhånd av intervjuet at det ville bli viktig å passe på at alle fikk komme til orde og komme frem med sine meninger. Dette gikk ikke helt som jeg hadde planlagt, da den ene gruppen hadde sterke personligheter som tok styring på det meste av svarene. De andre informantene ble fort passive og sa seg enig i svarene til den dominerende informanten. Dette på tross av at jeg slapp til alle etter tur, og endret rekkefølgen de svarte i underveis. Dette viser at når man gjennomfører et fokusgruppeintervju kan dynamikken i gruppa og relasjonene informantene i mellom være med på å påvirke svarene som blir gitt. Når man intervjuer mennesker i en gruppe kan det være slik at noen synes det er vanskelig å snakke foran de andre, komme med motstridende meninger etc. Noen kan være redde for at de andre informantene vil fortelle videre det som kommer frem under intervjuet, selv om en oppfordrer til taushetsplikt innad i gruppa. Mens andre igjen kan oppleve det som mindre skremmende og mindre personlig at man er i en gruppe, og nettopp derfor tør å være mer åpen og ærlig enn man ville vært i et individuelt intervju.

3.5. Utvalg av informanter

Informanter i min undersøkelse er brukere av Heimdal treffsted, og disse meldte seg frivillig til å delta. Jeg sendte først en henvendelse til Heimdal treffsted ved leder, der jeg fortalte om min oppgave, problemstilling og hvordan jeg ville gå fram ved utvelgelse av informanter. Jeg sendte også med min intervjuguide. Jeg fikk positivt svar fra treffstedet og de ønsket å invitere meg til et "mandagsmøte", hvor både brukere og ansatte deltar, for å gi mer info om oppgaven og intervjuet. Jeg deltok på mandagsmøtet en uke senere. Der fortalte jeg om min oppgave og tanker om intervjuet. Jeg hadde laget et informasjonsskriv og en liste de kunne skrive seg på, dersom de ønsket å delta, etter møtet. Etter noen dager hadde jeg åtte navn på lista. Mitt mål var å få til to grupper, der det skulle være fire i hver gruppe, så antall informanter passet helt utmerket.

Mine informanter er derfor tilfeldig utvalgt ikke strategisk utvalgt i forhold til problemstilling. Alle fikk et tilbud om å delta i undersøkelsen.

Av hensyn til anonymisering og taushetsplikt har jeg nummerert mine informanter og bruker ikke deres opprinnelige navn, jeg bruker heller ikke kjønn. Alle informantene bor i nærheten av treffstedet, og har benyttet seg av tilbudet fra fire til femten år. 2 menn og 5 kvinner deltok i undersøkelsen. En deltaker som hadde meldt seg på ble forhindret i å komme, det ble heller ikke tid til å ta et nytt intervju.

Informantene som deltok på intervjuet synes enige om at motivasjonen for å stille opp på intervjuet er for å få belyst viktigheten av treffstedet. En informant sier *"regner med flere kommer til å lese oppgaven din, sånn at både nye brukere og ulike yrkesgrupper kan se hvor viktig denne plassen er"*.

3.6. Gjennomføring av intervju

Jeg vurderte her om jeg skulle skrive eller om jeg skulle bruke lydbånd. Her sto jeg ovenfor to dilemmaer, det ene var min skrivehastighet som ikke er all verden, og det andre var om lydbånd ville virke forstyrrende, og ikke minst veldig tidkrevende med transkriberingen i etterkant. Etter mye om og men, falt mitt valg på lydbånd.

Før jeg startet intervjuet takket jeg informantene for at de hadde meldt seg på, og ville bidra til at jeg kunne tilegne meg mer kunnskap. Jeg oppfordret også informantene til å holde det som ble sagt under intervjuet for seg selv (taushetsplikt innad i gruppa). Gjennomføringen av intervjuet ble gjort i medierommet på treffstedet, der vi satt i stoler eller sofa rundt et bord, alt ut i fra hva informantene ønsket. Jeg serverte kaffe og kjeks for å få en hyggelig og avslappende ramme på intervjuet. Jeg ville prøve å bygge opp en god og trygg atmosfære under et intervju som skulle bli en god samtale. Jeg klargjorde ovenfor informantene at jeg ikke var ute etter å bedømme eller vurdere, men å forstå. At det ikke er riktige og gale svar på mine spørsmål, men at det er informanten som er ekspert. De måtte ikke svare på alle spørsmål dersom de ikke ønsker. Jeg tilstrebet en empatisk og lyttende rolle under intervjuet, der det også skulle være rom for taushet. Jeg hadde ordstyrer-rollen og hadde

fokus på at alle skulle få slippe til orde og svare på spørsmålene. Jeg forsøkte derfor å gå runder, hvor alle fikk snakke. Byttet også på hvem som fikk svare først og sist på spørsmålene.

3.7. Spørsmålene

Spørsmålene jeg har valgt å ha med i intervjuguiden er relevant i forhold til problemstillingen og derfor gyldige. Spørsmålene er utformet etter tilbakemeldinger fra veileder og kontaktperson ved treffstedet. Intervjupersonen og informantene kan begge ta initiativ til temaer underveis i intervjuet, som er relevant til problemstillingen i et kvalitativt intervju. Spørsmålene og innspill fra informantene, skal sammen kunne gi meg gode nok svar på problemstillingen (Nordlund, 2006). Informantene fikk problemstilling og hovedspørsmålene presentert i forkant, slik at de hadde anledning til å tenke seg om og forberede seg. Samtidig håpet jeg å ufarliggjøre selve intervjuet på denne måten.

Intervjuguiden består av 5 hovedspørsmål, med underspørsmål/støttespørsmål i tilfelle informantene opplever hovedspørsmålet som vanskelig eller praten går trått. Jeg har valgt å stille åpne spørsmål og unngå ja-nei spørsmål for å få mest mulig informasjon.

4. DATAPRESENTASJON

4.1. Intervjudata

Hvorfor benytter dere Heimdal treffsted?

På dette spørsmålet var det noe sprikende funn, alt i fra at treffstedet betydde alt, til bare å ha noe og bruke litt fritid på. De fleste i gruppa sier allikevel at treffstedet betyr mye for dem.

Begrepet "en trygg oase i hverdagen" og fristed brukes for å beskrive treffstedet av flere av informantene, mange sier også at han/hun "føler seg hjemme" der. Informantene forteller at det å kunne komme til treffstedet enten man er i god form eller om man har en dårlig dag betyr mye. Flere av informantene beskriver treffstedet som et sted det ikke stilles mange krav eller forventninger. Dette er viktig for dem. De kan velge om en ønsker å delta på aktivitetene som arrangeres/tilbys eller ikke, man kan faktisk bare komme dit for å sitte og lese en avis. Det å ha et sted å gå til, gir mening i hverdagen og betyr noe for verdigheten til den enkelte. Informantene forteller at en del av de med psykiske helseplager har ramlet ut av arbeidslivet og mangler dagtilbud, og da blir treffstedet ekstra viktig.

Alle sier noe om at det å komme og få møte mennesker i samme livssituasjon er noe av det aller viktigste med treffstedet. De treffer folk med ulikt kjønn, ulik alder og ulik bakgrunn, men allikevel har de alle noe til felles, noe de sliter med. Informantene forteller at mange har mistet mange venner

og har et lite nettverk, og at det å treffe nye mennesker og knytte nye kontakter er viktig. Flere sier de ville sittet hjemme alene dersom de ikke hadde hatt treffstedet å gå til.

Alle informantene sier at de bruker kun de andre treffstedene når de deltar på kurs og felles arrangement. Ingen av informantene bruker noen av de andre treffstedene "fast". De forteller at dette skyldes behovet for å føle seg trygg og kjenne tilhørighet til en fast plass.

Hva mener du/ dere er viktig i et treffsted for mennesker med psykiske helseproblemer?

Noen av informantene mener å ikke å bli satt i "bås" er viktig når en benytter seg av et treffsted. At en blir sett og hørt og ikke stigmatisert. En av informantene trekker frem det at alle som benytter seg av treffstedet har noe i ryggsekken, en diagnose eller noe de sliter med. Det er derfor viktig at en føler seg likestilt og velkommen. Du møter alltid noen du kan prate med på et treffsted, noen som er likesinnet og forstår. En av informantene sier at det er vanskelig å forstå at noen er psykisk syk, for det synes ikke utenpå. Det er viktig for informantene å bli sett på som "normale" av de ansatte, at de ansatte møter dem med respekt, forståelse og tar dem på alvor. En av informantene mener at de ansatte har lett for å undervurdere de som går på treffstedet og glemme at alle er oppegående, voksne folk, som kan og vet masse.

Alle fremhever aktivitetene på treffstedet som viktig, men sier samtidig at det er viktig med frivillig deltakelse. Det må være en plass man kan komme, uten at noen stiller krav eller forventer noe av deg. Hvis du ønsker å delta på aktiviteter kan du det, men du kan også komme bare for å treffe folk eller lese en avis. Du kan komme om du har en dårlig dag eller en god dag, om du er syk eller frisk. Informantene forteller at det er dette de legger i begrepet "lavterskel". En av informantene forteller imidlertid at han/hun skulle ønske at han/hun hadde blitt "pushet" litt mer for å tørre å prøve nye aktiviteter. Det trekkes frem at treffstedet er en plass å komme seg på og en plass hvor en kan få tilbake troen på at en selv kan noe og betyr noe. Flere sier at dersom de ikke hadde kommet på treffstedet så hadde de vært isolert hjemme eller kanskje innlagt i psykiatrien. En av informantene forteller at hun/han i en periode var så langt nede at han/hun vurderte å avslutte livet. Treffstedet ble da det som ble redningen. To av informantene forteller at de hadde mistet trua på seg selv da de kom til treffstedet, trodde ikke at de kunne noe ting og klarte ikke snakke med andre. De beskriver at de gradvis fikk tilbake troen på at de kunne noe og betydde noe og etter hvert begynte å delta på aktiviteter. Informantene mener "nye aktiviteter tas i mot med takk", fordi de gamle blir man lei av når en har gått her en tid.

Informantene i fokusgruppene mener at et treffsted uten ansatte ikke hadde vært noe særlig, de ansatte er viktig for alle som går her og de forskjellige knytter seg til forskjellige ansatte. Ansatte bør være her over tid, da dette skaper trygghet og bygger relasjon. Studenter som kommer og går er ikke så bra. Informantene forteller at de som kommer på et treffsted som regel har opplevd noe tragisk eller fått seg en psykisk knekk når en kommer hit, det er derfor viktig at de som jobber her har en forståelse for det og kunnskap om det. Det er viktig at man på treffstedet blir tatt på alvor av de ansatte. Det kommer også fram at noen mener det var "bedre" før. En av informantene husker tilbake fra oppstarten av treffstedet og sier at de ansatte den gang hadde en spesiell gnist for

treffstedet som han/hun mener mangler i dag. Det kommer frem at denne gruppen at de mener det er nok ansatte på treffstedet i dag.

Slik dere oppfatter det, kan det å gå på et treffsted ha noen betydning for helsa?

Alle informantene i begge fokusgruppene mener at treffstedet har en betydning for helsa, og har en forebyggende effekt på psykiske helseproblemer. En av informantene forteller at han/hun på treffstedet ble tatt imot med åpne armer og at dette førte til at psyken og selvtilliten etter hvert ble mye bedre. Informanten begynte med å delta på aktivitetene på treffstedet, deretter å arbeide som frivillig og etter hvert kom informanten seg ut i fast jobb. Vedkommende sier at treffstedet har vært "alfa-omega" og at det er takket være treffstedet at han/hun har kommet seg ut i arbeid. Flere informanter gir lignende eksempler som illustrerer den positive endringen som har skjedd etter at de begynte på treffstedet. Fra å kjenne seg dårlig psykisk og ha en følelse av ikke å mestre livet, til i dag hvor de opplever mestring på flere livsområder.

Informantene forteller at det å ha en møteplass, et sted en kan gå til uansett form og et sted hvor du blir sett og hørt betyr mye for den enkeltes helse og psyke. De trekker frem at treffstedet i enkelte tilfeller kan forebygge innleggelses. De har noe å gå til på dagene, en trygg base å komme til uansett hvordan psyken er. En av informantene forteller at hun/han ville ligget mye hjemme i senga dersom treffstedet ikke hadde vært der.

En av informantene tekker frem den gode samtalen som viktig for helsa. Den gode samtalen kan like gjerne være med en bruker som med en ansatt, og kan like gjerne forgå spontant inne på malerommet som en planlagt samtale på et kontor. Noen av informantene reagerer på at de ansatte bruker svært mye tid på enesamtaler. Dette fordi det går ut over de andre brukerne og fellesskapet. De mener det er ok om det er akutt, men ikke som vanlig. Flere av informantene trekker frem at det kanskje skulle vært inn en fagperson som kunne tatt disse samtalen, slik at de ansatte hadde vært mer fristilt. En som har erfaring, kunnskap og kompetanse på psykiske lidelser kunne tatt samtalen. Kanskje kunne problemer også vært oppdaget tidligere da, mener de. På spørsmål om treffstedet er for langt unna behandlingsskjeden, svarer de ja, og at det godt kunne vært behandlere knyttet til treffstedet.

Ønsker for treffstedet i fremtiden? Savner dere noe? Hva skal til for at treffstedet fortsatt skal være et godt tilbud?

De fleste av informantene var godt fornøyd med treffstedet slik det fungerer i dag, men noen hadde allikevel forslag til forbedringer. Fremtidens treffsted er et inkluderende treffsted med nok ansatte til å ta seg av de som kommer hit sier noen av informantene. Noen mener det burde vært flere treffsteder i Trondheim, gjerne i hver bydel. Andre igjen trekker frem at treffstedet skulle vært nærmere behandlingsskjeden, de ønsker behandlere inn på treffstedet.

Informantene mener at nyrekrutteringen til treffstedene er for dårlig og stiller spørsmål om hvor det blir av de ”nysyke”. Noen mener at treffstedet er for dårlig markedsført både i forhold til nye brukere, samarbeidspartnere og behandlingsapparatet forøvrig. De mener at både brukere ansatte og behandlingsapparatet har et ansvar her. De mener også at treffstedene har et ufortjent dårlig rykte og omdømme, og at dette må tas tak i for å kunne rekruttere nye. De forskjellige tjenestene skulle brukt mer tid på å koble sine brukere opp mot treffstedet, eksempelvis at noen fra poliklinikkene følger nye brukere til treffstedet og er der over tid.

Flere av informantene mener at treffstedene skulle vært lovpålagt, da hadde de sluppet nedleggelsesspøkelset som av og til lusker i gangene. De mener at slik det er i dag blir treffstedene en salderingspost i psykiatrien, og det er veldig lett å skjære ned på dette tilbudet. Alle mine informanter sier de er redde for å miste treffstedet, og at det skal legges ned.

Hvis dere skulle oppsummere det vi har snakket om nå, hva mener dere er viktigst i et lavterskeltilbud for at det skal fungere helsefremmende for dere?

I oppsummeringen trekkes betydningen av at treffstedene er mest mulig åpne og at det skal være en lav terskel for å gå dit. Det skal være et tilbud som er der når du trenger det. Informantene forteller at dersom du komme til treffstedet når du er dårlig, så skal du ikke møte en stengt dør.

En større åpenhet rundt det å være psykisk syk er viktig, de mener at mye innenfor psykiatri og psykiske lidelser fremdeles er tabu og vanskelig å snakke om. Mange mener at politikere, kommunetopper og hjelpere burde være flinkere til å lytte til brukerne. En av informantene mener at en del beslutninger fattes av folk som ikke har greie på og forståelse for hva mennesker med psykiske helseproblemer har behov for. Det er viktig at de med psykiske helseproblemer blir sett, hørt og tatt på alvor. Informantene er samstemte om at det er på tide at fine ord blir omgjort til handling når det kommer til lovnader om bedring i tilbudene innenfor psykiatrien. De ønsker å ha en form for ”ro” rundt treffstedet og ikke være truet av den evige nedskjæringen som foregår i kommunen. De mener at å lovfeste tilbudet vil forhindre dette.

4.2. Oppsummering av datapresentasjon

Etter å ha gjennomgått mine data fra to fokusgruppeintervju, kan jeg trekke ut noen hovedfunn ut fra problemstillingen om hvorvidt Heimdal treffsted kan være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer. Funnene som går igjen mener jeg kan samles under 3 hovedoverskrifter;

- Møteplass
- Lavterskel
- Gir innhold og skaper mening i hverdagen

Jeg vil gå nærmere inn på og analysere funnene i drøftingsdelen av oppgaven.

5. DRØFTINGSDEL:

5.1. Analyse og tolkning

I denne delen av oppgaven vil jeg sette teorien og forskningen opp mot hverandre, dette for å finne svar på min problemstilling; "Kan et lavterskelltilbud som Heimdal treffsted være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer, og i tilfelle hvordan?". Jeg vil videre trekke ut tre utsagn fra fokusgruppeintervjuene som jeg føler favner og gir et godt bilde på mine hovedfunn. Funnene går igjen i begge fokusgruppene.

5.1.1. Møteplass

- *"For meg betyr dette alt, for det første bor jeg alene og har ingen, for det andre har jeg liten omgangskrets så jeg er avhengig av å komme hit for å treffe folk. Her treffer jeg folk i samme situasjon, folk som er likesinnede som jeg kan snakke sammen med og hvor jeg føler meg hjemme"*

Alle mine informanter trekker frem betydningen av treffstedene som en møteplass. Et sted å gå hvor en møter andre mennesker, samhandler, knytter nettverk og opplever sosial støtte. Et sted hvor en møter likesinnede, samtidig som en også møter fagfolk.

Personer med psykiske helseproblemer faller ofte utenfor arbeidslivet og kan også i perioder ha vanskeligheter med å opprettholde nettverk og fritidsaktiviteter (Almvik & Borge, 2007). Mine informanter forteller at psykiske helseplager har ført til at de i perioder har kjent seg ensomme, vært isolert, har mistet venner og har i dag en liten omgangskrets. Treffstedet blir derfor et viktig sted for å vedlikeholde, bygge og utvide nettverk.

Antonovsky trekker frem *sosial støtte* som en motstandsressurs som kan hjelpe oss å takle krevende situasjoner eller utfordringer i livet på en bedre måte (Antonovsky, 2012). Sosial støtte kan ses på som et støttende bånd man har til andre mennesker, hvor man føler seg elsket, verdifull, ivaretatt eller respektert. En slik form for støtte kan man oppleve fra både familie, venner og helsepersonell, avhengig av kontekst (House, 1982). Det finnes mange ulike områder man kan motta sosial støtte på, alt fra å motta komplimenter og anerkjennelse som virker positivt på selvbildet, til å motta råd og veiledning fra andre, og ikke minst det å motta konkret hjelp/instrumentell støtte; hjelp til ærend, transport, vask, passe barn med mer. Men i denne konteksten er det den emosjonelle støtten som kanskje er mest vesentlig. Det å ha støttende mennesker rundt seg er vist å ha gunstige effekter på ens helsesituasjon. Dette gjelder for eksempel stress, på ens fysiologiske responser, og det er assosiert med lavere dødelighet (Lam & Dickerson, 2013). Det at sosial støtte påvirker disse områdene vil i seg selv virke helsefremmende.

Mine informanter trekker frem viktigheten av å møte likesinnede eller mennesker som er i samme livssituasjon, i samme båt. Det gjør godt å møte noen som forstår, som kjenner seg igjen og som ikke dømmes. I tillegg trekker de frem betydningen av å møte ansatte som behandler dem med respekt, og ser på dem som likeverdige og "normale". Selv om det har blitt en større åpenhet omkring psykiske helseproblemer og området har fått økt fokus, eksisterer det fremdeles en del tabu knyttet til psykisk sykdom. Mange av de som sliter med psykiske helseproblemer opplever fremdeles å bli stigmatisert, satt i bås og ikke forstått. Som en av mine informanter sier; *"På treffstedet føler man seg likestilt og velkommen. Alle som bruker treffstedene har noe i ryggsekken, kanskje en diagnose som de kaller det i psykiatrien. Du møter alltid noen du kan prate med. Tenker mange ganger at det hadde vært bedre å manglet en hånd, da hadde det vist at man er syk".* Å bli tatt i mot, verdsatt, anerkjent og respektert for akkurat den du er gir bedre selvfølelse og økt selvtillitt. En av informantene illustrerer dette godt; *"Åge Aleksandersen har en veldig fin sang som heter klovn uten scene. Sånn føler jeg det. Man tar på seg et ansikt, men i virkeligheten er man bare liten og redd. Ute i samfunnet må du spille en rolle og ikke vise hvem du er".*

Brukerne av treffstedet kan dele erfaringer, opplevelser og kunnskap knyttet til sine psykiske helseproblemer med hverandre, og på denne måten hjelpe og støtte hverandre gjensidig. De kan få gode råd, veiledning, motivasjon og støtte fra andre som kan hjelpe dem til å mestre egne psykiske helseplager på en bedre måte. Samtidig kan det å dele mestringshistorier skape optimisme og tillit til egen styrke, Landsverk og Kane, 1998 i (Langeland, 2014). Alle som benytter seg av treffstedets tilbud har en ting til felles, en utfordring de alle deler. De sliter alle med å mestre egne psykiske helseplager. Dette fellesskapet som skapes kan som nevnt være en positiv ressurs, men trenger det bestandig å være slik? En av mine informanter forteller at på treffstedet har de en uskreven regel som sier at det "ikke er lov med sykdomsprat i miljøet". Å dele erfaringer og kunnskap om sykdom og diagnoser med andre trenger ikke nødvendigvis å være noe positivt. Et for sterkt fokus på sykdom og problemer kan gjøre at en person blir nedtrykt, får en følelse av håpløshet og maktesløshet. Fellesskapet med likesinnede på treffstedet kan da bidra til sykelliggjøring i stedet for helsefremming. Det er derfor viktig at treffstedet tilstreber at en salutogen tilnærming til psykiske helseproblemer også preger den uformelle praten brukerne imellom. Fokus må rettes mot hvordan de selv *mestrer* å leve med sine helseproblemer ut fra sine ressurser, heller enn fokus på hvor syk en er og hvilke begrensninger dette gir. Langelands studie viser at personer med ulike psykiske lidelser og symptomer oppnådde sterkere OAS(Opplevelse av sammenheng) ved å delta i salutogene samtalegrupper, og en sterk OAS fører igjen til større grad av mestring (Langeland, 2014).

5.1.2. Lavterskel

- *"Det er et slikt fristed for meg. Det har det vært i mange år egentlig, siden jeg gikk på veggen. Det stilles ikke noe krav ikke sant. Du kommer hit når du vil, hvis jeg har lyst å gjøre noe, bidra med noe så gjør jeg det, hvis jeg bare vil sette meg ned å prate med noen så gjør jeg det. Leser ei avis eller noe".*

I Norge er lavterskeltilbud anbefalt som en helsefremmende strategi, også på psykisk helse-området (Elstad, 2014). En blanding av profesjonell hjelp og brukervedvirkning gir brukerne av tilbudet en

mulighet for både å motta sosial støtte og selv delta aktivt. Dette kan bidra til at gjensidige relasjoner i dagliglivet utvikles. Deltakelse og gjensidig støtte kan igjen bidra til økt selvtillit og opplevelse av å bli anerkjent (Elstad, 2014). Mine informanter bruker ikke begrepet *lavterskeltilbud* når de snakker om treffstedet, men det de trekker frem som viktig og betydningsfullt for dem, er det som kjennetegner og definerer det vi kaller et lavterskeltilbud. Noen av informantene sier at de synes "lavterskel" og "lavterskeltilbud" er negativt ladede begreper og blir som et stempel på de som benytter seg av tilbudet. En av dem går så langt som å bruke ordet "heslig" om begrepet lavterskeltilbud. Dette er i og for seg et paradoks, og sier noe om at kanskje er det *innholdet* i begrepet lavterskeltilbud som er verdt å bevare, mens selve begrepet har gått ut på dato?

Informantene bruker begreper som å *føle seg hjemme, fristed og oase* når de snakker om treffstedet. De forteller at dette henger sammen med at til treffstedet kan de komme som de er, være seg selv uten å forestille seg, og de kan komme uansett om de har en god eller dårlig dag. Her stilles det ingen krav til spesielle ferdigheter, interesser eller kunnskaper for å være. Her må de ikke prestere eller oppfylle forventninger, og her opplever de ikke noe behandlingspress. Her er det meningen at de skal få et positivt møte med tiltaksapparatet. I Helsedirektoratets definisjon av lavterskeltilbud (Rodal & Frank, 2008) står det at tilbudet skal være tilgjengelig for alle. Spørsmålet er om det er realistisk at et lavterskeltilbud som Heimdal treffsted kan fange opp *alle* som måtte trenge tilbudet og om det i virkeligheten *er og skal være* et tilbud for alle? På Heimdal treffsted er det mange som har brukt tilbudet over lengre tid og de forteller at det er lite nyrekruttering og de stiller spørsmål ved hvor blir det av de "nysyke". Dette kan ha mange ulike grunner; hvordan nye brukere blir mottatt og ivaretatt av "gamle" brukere og ansatte, hvordan er aldersspennet i brukergruppa, kjønnsfordelingen, hvilke aktiviteter tilbys, hvor godt er tilbudt markedsført og hvilket rykte og hvilken status har treffstedene i det øvrige behandlingsapparatet. Noe av kritikken mot lavterskeltilbud generelt har nettopp gått på at målgruppa er for vid, hvem er egentlig målgruppa til Heimdal treffsted? Det er ikke realistisk at et tilbud skal kunne favne og være helsefremmende for alle med psykiske helseplager, uansett alder, kjønn, sykdom, behov, interesser, ønsker mm. Kanskje burde derfor tilbudet vært mer spisset mot en målgruppe og spesialisert for å ivareta nettopp denne gruppen.

På treffstedet får du lov til å bare *være*, men det er samtidig lagt til rette for at du kan være sammen med andre, kommunisere med andre, delta på aktiviteter og oppleve mestring. Men det er basert på frivillighet og terskelen tilpasses gradvis ut fra enkeltes ønsker og behov. Dette gjør at flere tør å benytte seg av tilbudet. Fra veileder om psykisk helsearbeid i kommunene siterer jeg dette; "*Det er også nødvendig med en balanse mellom støtte og utfordring. Det bør gis støtte nok til at folk kan føle seg trygge og utfordring nok til å kunne skape vekst og utvikling. Samtidig med at det legges til rette for vekst og utvikling, må det også være lov å ikke endre seg, i alle fall ikke akkurat nå. Det er slitsomt å ha psykiske plager, og noen ganger trenger man hvile og ikke aktivitet. Det bør derfor etableres treffsteder hvor brukerne kan møtes og hvor de både kan delta i aktiviteter og velge å hvile når det er det de trenger mest. Passivitet er ikke nødvendigvis et tegn på tilbaketrekking, det kan også være uttrykk for den enkeltes behov for hvile*" (Sosial og helsedirektoratet, 2005, s. 26) På treffstedet er det derfor viktig at de ansatte har nok kompetanse til å finne balansegang mellom å respektere tilbaketrekning og oppmuntre til aktivitet. Det er i dette skjæringspunktet at endring og utvikling skjer. Informantene påpeker viktigheten av å få "litt" drahjelp i starten når de begynte å gå på treffstedet, og de gangene det buttrer mot som verst. Enkelte ganger trenger de et "spark bak", andre ganger trenger de å få være i fred. En av mine informanter sier: "*Personlig mener jeg at jeg skulle hatt litt*

mer pushing. Men samtidig er dette en hårfin ballansegang. Jeg kan ikke bli tvunget, for da tror jeg piggene kommer ut”.

Et lavterskeltilbud skal være lett tilgjengelig og åpent for alle. Mine informanter trekker frem viktigheten av at treffstedet burde være åpent når de trenger det. De sier det er viktig at man ikke møter en stengt dør, når man har behov for hjelp og støtte. I dag er treffstedet åpent mandag til fredag, 09.00-15.00. Hva om noen behøver treffstedet på kveld og helg?

Det trengs ingen søknad eller henvisning for å benytte seg av tilbudet på treffstedet og informantene trekker frem viktigheten av at her kan man få rask hjelp for det er ingen ventelister. Det kan på mange måter virke som treffstedene kommer litt på siden av behandlingsapparatet og de blir sjeldent invitert inn i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid vedrørende brukene. Lavterskelposisjonen bidrar til at treffstedene kanskje får en litt utydelig rolle i tiltakskjeden og *lav terskel* assosieres gjerne med *lav status*. På Heimdal Treffsted er de opptatt av å ivareta essensen; ideologi, visjon og verdier som ligger i profilen *lavterskel*, samtidig som de må utvikle seg i takt med det øvrige hjelpeapparatet og ha fokus på å heve statusen på tilbudet. Dette er viktig både for fagpersonene som arbeider der og for brukerne av tilbudet (Aktas Fostvedt, 2008).

Treffstedene er ikke definert som et behandlingstilbud i behandlingsskjeden, men drives etter miljøterapeutiske prinsipper. Mine informanter forteller at treffstedet kan i enkelte tilfeller ”slukke branner” og hindre at de psykiske helseproblemene blir verre eller eventuelt hindre en innleggelse. Her møter de ansatte med erfaring og kunnskap som kan hjelpe. Videre kan de ansatte ved treffstedet fungere som et bindeledd eller veiviser opp mot det øvrige hjelpeapparatet. En av informantene sier; *”Hadde jeg ikke fått kommet hit hadde jeg risikert å blitt innlagt igjen. Jeg har så liten omgangskrets, at det å komme hit betyr mye for min psyke og helse. Viktig at man kan få seg en samtale og bli tatt godt vare på”*. Det skal ikke foregå terapeutisk behandling av psykiske helseproblemer på treffstedet, men brukerne tilbys støttesamtaler av de ansatte som jobber der. Og det skal være en lav terskel for å få en samtale. Noen ganger kan det kanskje være vanskelig å se forskjellen på hva som er terapi og hva som er støttesamtaler, både for brukere og for ansatte? Flere av informantene sier at de kunne ønske at treffstedet var en del av, eller nærmere, behandlingsapparatet. En av dem sier; *”Vi skulle hatt en fagperson eller psykolog her som kunne tatt disse samtalene. Vi mangler det. Vært mye enklere om en hadde hatt en som hadde vært trygg på psykiske lidelser. Kunne ha fanget opp ting litt før. Har hatt mer erfaring og kunnskap”*.

Det eksisterer i dag ingen helhetlig politikk omkring åpne treffsteder, ei heller en allment godkjent definisjon av virksomheten. Tilbudet er i dag ikke lovpålagt for kommunene, men kommunene er anbefalt å ha et slikt tilbud jf. *”Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008”* og veilederen; *”Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene”* (Sosial og helsedirektoratet, 2005). Flere av informantene sier at de ønsker at de åpne treffstedene skal bli lovpålagt. At tilbudet ikke er lovfestet gjør at treffstedet lett blir en salderingspost og stadig trues med nedskjæringer og nedleggelse. At tilbudet ikke er lovfestet bidrar også til å gjøre mandatet til treffstedene uklart og gjør det vanskelig å kvalitetssikre det tilbudet som gis. Noe som igjen vil bidra til at lavterskeltilbud kan bli lavstatustilbud. Vi ser i dag store forskjeller i hvordan de åpne treffstedene drives fra kommune til kommune, både når det gjelder utforming og oppbygging, og når det gjelder innhold. Vi ser

variasjoner i åpningstider, de økonomiske ressursene varierer, hvor mange ansatte og hvilken fagkompetanse de ansatte har varierer og kvaliteten på tilbudet som gis varierer.

5.1.3. Gir innhold og skaper en mening i hverdagen:

- *“Treffstedet er viktig. Det er en plass å komme seg på. En plass å få trua på at en kan noen ting, kanskje vise at en kan noenting også. Når jeg kom hit så kunne jeg ingenting, satt borti en krok, ikke kunne jeg snakke heller. Trudde at jeg ikke kunne noen ting da. Men så begynte jeg sakte men sikkert å få trua og bli med på aktiviteter. Av og til så kommer folk hit og er veldig dårlig, og da skal en ikke være nødt til å gjøre noe, kanskje en ikke orker noenting, men etter hvert så kan det komme”.*

Livskvalitet handler om hvordan vi opplever livet vi lever, om vi opplever at livet er verdifullt og gir mening og at vi selv er verdifulle og meningsfulle. Det kanskje aller tydeligste funnet i min undersøkelse er at alle mine informanter sier at treffstedet er et sted de kan gå til som skaper mening i hverdagen. Noen går faktisk så langt som å si at treffstedet har hatt betydning for at de valgte livet fremfor døden; *“For meg har det betydd mye det her senteret. Det var en periode jeg var så nedfor at jeg holdt på å avslutte livet. Så det har fått meg tilbake igjen da kan du si”.*

For mange er opplevelse av mening og verdi tett knyttet opp mot det å ha innhold og struktur i hverdagen, ha en jobb å gå til eller oppleve å være til nytte for noen eller noe. Det å ha en jobb har en grunnleggende betydning i våre liv og arbeidsrollen verdsettes høyt i det norske samfunnet (Almvik & Borge, 2007). Har du en jobb er det i seg selv en kilde til respekt, egenverd, kontroll og kompetanse. Har du jobb er du, er du *noen* i kraft av dette. Mennesker med psykiske helseproblemer har ofte små valgmuligheter i forhold til en tilrettelagt jobb eller et dagtilbud. De kan bli uføretrygdet uten jobb, er de er så heldige å få et jobbtilbud er det gjerne på en arbeidsinstitusjon sammen andre i samme situasjon. Treffstedet kan for mange fylle tomrommet mangelen på en jobb gir, i tillegg til at det kan gjøre mange i stand til å komme ut i ordinært arbeid på sikt.

Det er viktig at brukerne av treffstedet har reell innflytelse på tilbudet treffstedet gir og på aktivitetene som finnes. Brukerstyring eller brukermedvirkning er viktig av flere årsaker. For det første er det brukerne selv som vet best hva de er interessert i, hva som fenger og hva de har behov for. At brukerne har reell innflytelse bidrar derfor til å skape tilhørighet og eiefølelse og bidrar til å kvalitetssikre tilbudet treffstedet gir. At brukerne er aktive deltakere og utøvere er også avgjørende for om utvikling, læring og personlig vekst skjer. Det er ikke hvilke som helst aktiviteter som gir mening, de må bety noe i en sammenheng og for den enkelte (Lorem, 2014). De ansattes rolle som motivatører, veiledere og rådgivere blir viktig på treffstedet. En utfordring er at reell involvering faktisk kan kreve mer ressurser og være mer tidskrevende enn om de ansatte planlegger og gjennomfører aktiviteter og tiltak selv. En annen utfordring er at brukerne kan ønske seg mer enn det finnes ressurser til å gjennomføre, noe som kan gjøre det vanskelig å sørge for en opplevelse av meningsfull aktivitet for alle. Blir det den som roper høyest som blir hørt? Det er allikevel viktig at *brukerstyring* ikke blir bare et fint ord, men at brukerne får lov til å spille hovedrollen i eget liv. At noen tar valg for oss, bestemmer for oss og planlegger aktiviteter og tiltak for oss, fører til passivitet.

Det sender et signal om at; "det er ingen vits å engasjere seg, for noen ordner det for meg uansett", eller "det er ingen vits å engasjere seg for ingen lytter eller tar meg på alvor".

Aktivitetene på treffstedet er ikke bare et mål i seg selv men de er også et middel for å oppnå høyere mestring på ulike områder. Aktiviteter fremmer sosial kompetanse. Personlighet, identitet, normer og verdier utvikles i samvær med andre. På treffstedet får de gjennom aktiviteter sosial trening og får utviklet sosiale ferdigheter som konfliktløsning, samarbeid, lære å ta ansvar og tilpasse seg strukturer og regler, formelle som uformelle. Gjennom deltakelse i aktiviteter lærer en seg i tillegg konkrete og praktiske ferdigheter; lærer seg å snekre i "snekkergruppa", får lesetrening og økt kunnskap om litteratur i "litteraturgruppa", lærer seg håndarbeid og maling i "kreativ gruppe" osv.

For at aktivitetene på treffstedet skal være helsefremmende og ha en forebyggende effekt på psykiske helseproblemer er en avhengig av å ha aktiviteter brukerne mestrer. De ansatte har derfor en sentral rolle som "ressursspeidere", de må speide etter nye muligheter, ubrukte ressurser og potensialer hos den enkelte. Ut fra en salutogen tilnærming er målet at brukerne skal akseptere sine egne opp og nedturer i livet, og fokusere på hvordan en ut fra sine forutsetninger og ressurser kan mestre utfordringene på best mulig måte (Antonovsky, 2012). Terskelen for mestring må tilpasses den enkelte. På treffstedet må brukerne få prøve og feile innenfor en trygg ramme. Når en får følelsen av at "dette er noe jeg kan", "dette er jeg faktisk flink til", opplever en å få en styrket selvfølelse og økt selvtillitt. Noe som igjen fører til økt mestringskompetanse og mestringstillitt.

"Når mestring oppleves, vil en høste erfaringer som gjør at en opplever mening, modning og utvikling og beveger seg mot en høyere grad av helse" (Langeland, 2014, s. 23). En av mine informanter illustrer dette godt; " De første gangene jeg kom hit satt jeg i en krok og håpet ingen så meg. I dag er jeg lagleder for to bowling lag, jeg deltar på utomhusaktiviteter og er bruker-representant. Det å snakke med folk var ikke noe jeg gjorde tidligere, mens nå deltar jeg på møter både på treffstedene og med kommunen, så nå kan jeg tåle å ta imot både kjeft og få ros".

6. AVSLUTNING OG KONKLUSJON

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen:

Kan et lavterskeltilbud som Heimdal treffsted være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer, og i tilfelle hvordan?

Etter analyse og tolkning av mine data kan det synes som at lavterskeltilbud, slik som Heimdal treffsted, kan være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer. Dette er i samsvar med tidligere forskning, blant annet finner vi lignende funn i doktorgradsavhandlingen til Toril Elstad (Elstad, 2014). Et lavterskeltilbud eller et åpent treffsted trenger imidlertid ikke være helsefremmende for *alle* som benytter seg av tilbudet, fordi det forutsetter at visse betingelser er tilstede slik analysen min har synliggjort. Min undersøkelse er basert på funn fra 7 informanter, dette er lite antall som gjør at man skal være forsiktig med å generalisere. Det er heller ikke sikkert at mine informanter er representative for brukerne ved Heimdal treffsted eller andre lignende

lavterskeltilbud. Det er også viktig å stille spørsmål ved om min tolkning er farget av min førforståelse.

Alle mine informanter sier at Heimdal treffsted er svært viktig for dem og deres helsesituasjon, jeg mener derfor å kunne konkludere med at Heimdal treffsted har vært og er helsefremmende for de 7 informantene som deltok i min undersøkelse. Hva som gjør at tilbudet er helsefremmende er individuelt, men jeg kan allikevel se ut fra mine funn at noe er sammenfallende.

- Treffstedet er en møteplass, et sted hvor man kan treffe likesinnede og fagpersonell, hvor man kan knytte nettverk og finne sosial støtte. En plass hvor man blir møtt med respekt og verdighet og behandlet som likeverdig.
- Treffstedet er et lavterskeltilbud som er lett tilgjengelig og hvor det ikke kreves noe vedtak eller henvisning for å benytte seg av tilbudet. På treffstedet stilles det ingen krav til at det enkelte innehar spesielle ferdigheter, interesser eller kunnskaper, og de trenger ikke prestere noe. På treffstedet får du lov å bare være, men det er samtidig lagt til rette for at man kan være sammen med andre, kommunisere med andre og delta på aktiviteter. Fokuset rettes mot den enkeltes resurser og terskelen tilpasses gradvis slik at mestring kan oppleves.
- Treffstedet er et sted de kan gå til som skaper mening i hverdagen. Treffstedet kan for mange fylle tomrommet mangelen på en jobb gir, i tillegg til at det kan gjøre mange i stand til å komme ut i ordinært arbeid på sikt.

Disse funnene kan sees i lys av teori om helse, salutogenese, aktivitetsteori og livskvalitet.

BIBLIOGRAFI

- Aktas Fostvedt, B. (2008). *Lettere tilgang på en samordnet psykiatritjeneste*. Trondheim: Trondheim kommune.
- Almvik, A., & Borge, L. (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium, Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Bang Nes, R., & Aas-Clench, J. (2011). *Psykisk helse i Norge, Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Barne, likestillings, & inkluderingsdepartementet. (2006, november lørdag). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld.html?id=298>.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Elstad, T. (2014, November Tirsdag). *Participation in a 'Low Threshold' Community Mental Health Service: an Ethnographic Study of Social Interaction, Activities and Meaning*. Trondheim: Doctoral theses at NTNU, 2014:95. Hentet fra <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:723804/FULLTEXT02.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2011). *FHI-rapport 2011:2*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Juni tirsdag). www.fhi.no/artikkel/?id=42699.
- Gullslett, M. B. (2014, Oktober Onsdag). <http://psykologisk.no/2014/08/psykiske-lidelser-vart-siste-tabu/>. Hentet fra <http://psykologisk.no/2014/08/psykiske-lidelser-vart-siste-tabu/>.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Forskrift om legemiddelhåndtering*.
- Helsedirektoretet. (2013). www.helsedirektoretet.no.
- House, J. (1982). *Work stress and social*. Addison- Publishing Company.
- Kristofferen, N. N. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Lam, S., & Dickerson, S. (2013). *Social relationship, social thret, and healte*. American Psychological Association.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Lorem, G. (2014). *Psykisk Helse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, E. W. (2006). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. *Psykisk helsearbeid i nye sko Bergen*.
- Nordlund, L. (2006). *Innføring i Profesjonelt Miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rodal, J., & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene- barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-/Publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-.pdf>
- Sosial og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, veileder*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

HENVENDELSE

Heimdal treffsted

Stig Are Brekke
Vernepleiestudent Hint

Melhus 21.08.14

Hei og takk for sist!

Etter min praksis ved Heimdal treffsted, skriver jeg nå på min bacheloroppgave, og ønsker i den forbindelse og gjøre et intervju men noen av deltakerne ved Heimdal treffsted. Dette blir en oppgave om hva en trygg arena og god aktivitet kan gjøre med helsa til mennesker som sliter med psykiske helseproblemer. Jeg ønsker i den forbindelse å få med meg noen frivillige til å svare på noen spørsmål. Dette blir et helt anonymt gruppeintervju, med fokus på om treffstedet kan ha positiv effekt på helsa til brukerne av treffstedet.

Problemstilling på oppgaven er:

”Kan et lavterskeltilbud som Heimdal treffsted være helsefremmende for mennesker med psykiske helseproblemer, og i tilfelle hvordan?”

Er dette mulig og noe dere har lyst å være med på? Ser for meg en eller to grupper på 4 til 6 frivillige personer. Dette må forgå slik at deltagere selv melder seg på om de ønsker å delta. Tidsrammen er inntil 1 time pr intervju, alt etter hvor mye deltakerne har på hjertet 😊

Jeg legger ved en intervjuguide med de spørsmål jeg vil stille, og håper noen av deltagerne vil delta. Hvis dere stiller dere positive til henvendelsen kommer jeg gjerne og presenterer dette for brukerne selv ved en passe anledning, for eksempel på mandagsmøtet.

Med vennlig hilsen
Stig Are Brekke, tlf.92645566

Intervjuguide

Intro:

- Hvem er du? Stig Are Brekke tredjeårs vernepleierstudent ved HINT, min veileder er Anita Berg, HINT Namsos.
- Hvorfor er jeg her? (skriver bacheloroppgave. Har valgt å skrive om..)
- Hvorfor skriver jeg om treffstedet.
- Hva vil jeg bruke resultatet til, hvordan blir intervjumaterialet brukt.
- Hvorfor jeg velger deltagere av treffstedet som informanter

- Informere om anonymisering og taushetsplikt.
- Klargjøre at jeg ikke er ute etter å bedømme eller vurdere, men å forstå.
- At det ikke er riktige og gale svar på dine spørsmål, men at det er informanten som er eksperten.
- Dette er et gruppeintervju og derfor viktig at en og en prater, og at alle får komme til ordet. Jeg er ordstyrer.
(starter med en runde der alle får svare på spørsmål, deretter en runde med ordet fritt)
- Hvor lang tid den avtalte samtalen forventes å ta.
- Nødvendigheten av å ta notater under samtalen og at du har tillatelse til å ta lydopptak.

Presentasjon av intrvjuobjekt:

- Hvorfor valgte dere å stille opp på dette intervjuet?

Hovedspørsmål med oppfølgingsspørsmål:

- Hvorfor benytter dere Heimdal treffsted?
 - Hvor lenge har dere brukt treffstedet?
 - Bruker dere de andre treffstedene?

- Hva mener du/dere er viktig i et treffsted for mennesker med psykiske helseplager? (Hva skal til for at det skal være et godt tilbud)
 - Hvorfor er dette viktig?
 - Er aktivitetene her viktig?
 - Eksempler på aktiviteter/tilbud?
 - Trygghet?
 - Møteplass?
 - Har personalet som jobber her noen betydning? Hva kjennetegner en god treffsted-arbeider? (Egenskaper?, måte å møte deg/dere på?, Kunnskap?)
 - Hva legger dere i begrepet lavterskel, og er det at det er lavterskel viktig i seg selv?

- Slik dere oppfatter det, kan det å gå på et treffsted ha noe betydning for helse? Og kan det ha en forebyggende effekt på psykiske lidelser?
 - På hvilken måte kan det være? Eksempel. Og hvorfor?
 - Hva er god helse for dere? Hva legger dere i det.
 - Er den gode samtalen under aktiviteten viktig?
 - Er treffstedet noe annet enn andre tilbud dere benytter dere av? Hvorfor? Gi eksempel.

- Ønsker for treffstedet i fremtiden? Savner dere noe? Hva skal til for at treffstedet fortsatt skal være et godt tilbud?

- Er det noe annet dere mener er viktig å si, få med, i forhold til treffstedet og god helse? (I forhold til problemstilling)
 - Er det noe annet dere mener er viktig å nevne i forhold til lavterskeltilbud og helsetilbud for personer med psykiske helseplager dere vil tekke frem i forhold til å tilrettelegge for god helse?

- Hvis dere skulle oppsummere det vi har snakket om nå, hva mener dere er viktigst i et lavterskeltilbud for at det skal fungere helsefremmende for dere?

SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV KANDIDAT-, BACHELOR- OG MASTEROPPGAVER

Forfatter(e): Stig Are Brekke

Norsk tittel: Lavterskeltilbud for mennesker med psykiske helseproblemer.

Engelsk tittel: Low- threshold services for people with mental health problems.

Studieprogram: KU_VPD 2011-VÅR Vernepleie, bachelorgradsstudium, deltid.

Emnekode og navn: __VPD310 Bacheloroppgave i vernepleie

Vi/jeg samtykker i at oppgaven kan publiseres på internett i fulltekst i Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra:

Dato: 11.11.14

Stig Are Brekke

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift