

Sosial støtte i individualismens tidsalder

– ein kvalitativ studie om erfaringar og forhold som fremjar og hemjar sosial støtte i psykisk helsearbeid

Knut Ivar Bjørlykhaug

OsloMet Avhandling 2021 nr 41

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



Sosial støtte i individualismens tidsalder

– ein kvalitativ studie om erfaringar og forhold som fremjar og hemjar sosial støtte i psykisk helsearbeid

Knut Ivar Bjørlykhaug

OSLOMET

Avhandling ph.d. sosialt arbeid og sosialpolitikk
Fakultet for samfunnsvitenskap
OsloMet – storbyuniversitetet

Høst 2021

CC-BY-SA versjon 4.0

OsloMet Avhandling 2021 nr 41

ISSN 2535-471X (trykket)

ISSN 2535-5414 (online)

ISBN 978-82-8364-344-2 (trykket)

ISBN 978-82-8364-442-5 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet

Universitetsbiblioteket

Skriftserien

St. Olavs plass 4,

0130 Oslo,

Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:

Postboks 4, St. Olavs plass

0130 Oslo

Trykket hos Byråservice

Trykket på Scandia 2000 white, 80 gram på materiesider/200 gram på coveret

Forord og takksemd

Du måtte vera forsiktig, du måtte vera klok.

For den forstandige kunne fanga noko langt borte og trekka det nær.

– Patti Smith

Javel, medborgar.

Å starte denne setninga er noko av det vanskelegaste eg har gjort dei siste vekene. Kor skal ein starte og korleis skal dette gå? Eg *må* skrive. Våren 2021 «isolerte» eg meg noko klisjéaktig på ei øy i Nordvest for å kome i mål med avhandlinga. Som om det eg trengte var meir isolasjon. Eg forsøkte flykte frå pandemien, men òg frå det sosiale, som trass alle ting klora seg fast gjennom alle pandemiltak. Dette skjøre sosiale som set oss til verda – som bind oss saman – og som vi trenger fri frå i periodar. Både ufrivillig og frivillig isolasjon gjer at ein verkeleg kjenner krafta i det sosiale og relasjonelle. På denne øya i Nordvest er rytmen annleis. Jorda pustar friare og havet minner om noko vi kan kalle håp, og om ein er heldig kan ein ei flyktig stund gløyme at vi står overfor ei mykje større krise; natur- og klimakrisa. Eller bli kraftig minna om den. Det høyrast kanskje pretensiøst ut, kan hende barnsleg, men mi erfaring er ofte at vårt relasjonelle forhold til sjefs-mamma – moder jord – og andre artar, blir tydelegare når vi av og til tek steget ut den menneskesentrerte kvardagen. Så kan ein fortsette å undre seg over kva det inneber å vere eit menneske, å vere ein art blant mange andre. Kople seg frå alt, og kople seg på noko meir. Kome meir heil tilbake, med litt flaks. Meir eller mindre udanna.

Kva gjer oss til menneske? Avhengigheita av andre, ikkje fridomen frå dei, gjer oss til menneske, hevder Rosenberg (2013) i *Plikten, profiten og kunsten att vara människa*. Eg føler og følgjer dette, på godt og vondt. Når eg skriv dette er liva våre stadig prega av koronapandemien; hissige mutantar og sosial stenging trugar endå. Vaksiner flyt og flyttar inn i kroppane våre. Vi Nord-buarar er nok ein gong heldigare enn dei fleste, mykje på grunn av vår rikdom. Det betyr ikkje at folk i vårt rike land er urørte. For tenk: det finst fattigdom, sosiale problem, liding og dårlege levekår i Noreg òg. Dei med minst økonomisk og sosial kapital blir hardast råka. Folk i dei store byane har blitt hardast ramma av pandemien, ikkje minst i Tigerstaden. Det er ved denne staden dette prosjektet i stor grad har hatt sitt dynamiske fotfeste. Ein ny dramatisk røyndom velta over oss i etterkant av feltarbeidet vi gjorde gjennom to rike år, og som blei avslutta rett før pandemien slo inn. Sosial stenging.

Hald avstand. Ha minst mogleg sosial kontakt. Kva betyr alt dette for den sosiale helsa vår? Kva lærer vi om det sosiale si betydning i denne situasjonen? Og: kva ventar oss av nye sosiale problem i denne tida vi er ein del av?

Eg vil rette stor takk til hovudrettleiar Bengt som har vore ein omsorgsfull og kritisk følgjesven, og ein sær oppmuntrande rettleiar, gjennom heile dette prosjektet. Utan deg hadde ikkje dette blitt noko av. Tusen takk til Rose-Marie som har vore med-forskar og ven, som har gitt meir rikdom til dette prosjektet med sine viktige erfaringar og mange talent. Vi har fått øvd på sosial støtte mellom oss, og vi har fått stor fridom. Takk til alle dykk som var med på å dele tankar og perspektiv i utviklinga av dette prosjektet. Ein djup takk frå hjarterota til alle som har deltatt i studien og som raust har delt frå sine liv. Utan dykk – ingen studie. Takk til bi-rettleiarar Lise og Hallvard for gode samtalar og innspel undervegs i prosjektet. Takk til alle med-stipendiatar for inspirasjon og felles kamp for å overleve som stipendiatar. Takk til moder jord, og til alle som kjempar for å verne livet.

Studien er dedisert til alle einsame medborgarar, til alle som slit med samansette helseproblem, til politikarane, til familien, til mamma, og til pappa – som døde alt for tidleg. Studien dediserast vidare til håpet, ønsket og arbeidet med å skape ei betre og meir rettferdig verd. Vi fortset.

Fagmiljø

Denne studien blei til etter utvikling av prosjektet ved Universitetet i Sørøst-Noreg, Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helse- og sosialvitskap. Prosjektsøknaden blei utvikla i samarbeid med hovudrettleiar Bengt Karlsson, Mental Helse Norge og fem personar med relevant erfaringskompetanse knytt til senteret i perioden 2016-2017. Prosjektet fekk gjennomslag og finansiering hos Stiftelsen Dam hausten 2017.

I prosjektperioden (januar 2018- juni 2021) har stipendiaten vore knytt til Ph.d.-programmet i Sosialt arbeid og Sosialpolitikk ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Der har prosjektet i ulike fasar blitt drøfta gjennom deltaking i mellom anna arbeidsverkstader for stipendiatane og i interne og eksterne kurs. Stor takk til alle i dei ulike miljøa som har bidratt med viktige perspektiv og konstruktiv kritikk i prosjektperioden.

Samandrag

Bakgrunn

Vi veit at sosial støtte er viktig og avgjerande i liva våre. Spesielt viktig er denne støtta når livet er på sitt mest utfordrande, og når vi erfarer psykiske helsevanskar. Eit mangfald av forskning er tydeleg på samanhengane mellom sosial støtte og psykisk helse – dess mindre sosial støtte, dess dårlegare helse, og vice versa. Difor ønska vi å utforske erfaringar og forhold knytt til kva som kan fremja og hemja sosial støtte, i arbeidet med psykisk helse. Studien blei utvikla i samarbeid med folk som har eigenerfaring med psykiske helsevanskar.

Hensikta med studien

Denne studien søker først og fremst å utforske erfaringar og forhold som kan fremja og hemje sosial støtte, sett frå brukarar, tilsette og frivillige sine perspektiv. Vidare er hensikta å løfte fram korleis støtte skjer, samt politiske og strukturelle forhold som påverkar sosial støtte. Konteksten i forskinga er kommunale psykiske helsetenester i ulike bydelar i Oslo.

Metodologi

Studien er tufta på samarbeidsbasert metodologi, og har ei kvalitativ orientering. Avhandlingsarbeidet er vidare inspirert av fenomenologiske og hermeneutiske filosofiar. Metodar for dataskaping har vore fokusgruppeintervju og deltakande observasjon. I analyseprosessen har vi nytta tematisk analyse, etnografisk fortolking og poesi som analysemetode og verktøy.

Funn

Funna i studien er presentert i tre artiklar. Den første artikkelen er ei systematisk kunnskapsutforsking av samanhengar mellom sosial støtte, psykisk helse og betringsprosessar. Den andre artikkelen presenterer domenediskusjonar knytt til deltakarane sine perspektiv om kva som kan fremja og hemja sosial støtte. Funna i artikkel to er løfta fram i følgjande tema: (1) kvaliteten og sårbarheita knytt til sosial støtte (a) levd erfaring, gjensidigheit og forståing b) «ghosting» og skam (2) forhold som fremjar sosial støtte (a) stabile miljø og rom for mangfald (b) sosial rytme og helande ritual (3) forhold som hemjar sosial støtte (a) økonomiske barrierar og (b) sosiale utfordringar i samtidskulturen. Studiens tredje artikkel utforskar vidare, ved hjelp av poetisk analyse og formidling, forhold som kan fremja og hemje sosial støtte. Denne studien løftar fram funn i to poetiske hovud-vers, basert i både fokusgrupper og deltakande observasjon: (1) det som blomstrar og (2) det som visnar.

Funna i den siste artikkelen går djupare inn i fenomenet sosial støtte, og gir ein annan inngang til levekår, støtte og psykisk helse. Funna og dikta løftar fram kva betydning estetikk, økonomi, haldningar og strukturelle forhold har for sosial støtte og psykisk helse.

Konklusjon

Funna i denne studien peiker mot at tenestene må utvikle stabile møteplassar som kan tilby sosial rytme, omsorg og utviding av sosiale nettverk. Den estetiske utforminga av stadene er viktig. Erfaringskunnskap, og tilsette og frivillige som òg har erfaring med psykiske helsevanskar, kan vere fremjande for sosial støtte. Stigma knytt til psykiatriske diagnosar og pengeproblem er ei barriere for opplevinga av sosial støtte, trass i ein større openheitskultur. Ein kultur prega av overdriven individualisme kan òg utgjere ei barriere for å utvikle støttande fellesskap, og tenester prega av omsorg. Ein politikk som i større grad hjelper folk med samansette psykiske helsevanskar ut av fattigdom, er avgjerande for folk sine betringsprosessar. For å fremje psykisk helse, treng vi heilt konkret ein betre omfordelingspolitikk og ein sosialpolitikk som innrettar tiltak for sosial støtte på fleire nivå; kjenslemessig, bekreftande, informativt og instrumentelt.

Summary

Background

We know that social support is crucial in our lives. This support is especially important when life is at its most challenging, and when we experience mental health problems. A diversity of research shows an evident connection between social support and mental health; less social support leads to poorer health, and vice versa. Therefore, we wanted to explore experiences and conditions related to what can promote and inhibit social support. The study was developed in collaboration with people who have personal experience with mental health problems.

Aim

This study primarily seeks to explore experiences and conditions that can promote and inhibit social support, as understood by users, employees and volunteers. Furthermore, the intention is to highlight how support takes place, as well as political and structural factors that affect social support. The research context is municipal mental health services in different parts of Oslo.

Methodology and analysis

The study is based on collaborative methodology and has a qualitative orientation. Furthermore, the dissertation is inspired by phenomenological and hermeneutic philosophies. Methods for data creation were focus group interviews and participatory observation. In the analysis process, we used thematic analysis, ethnographic interpretation and poetry as a method of analysis and as a tool.

Findings

The findings in the study are presented in three articles. The first article is a scoping review exploring the connections between social support, mental health and mental health recovery. The second article presents domain discussions related to the participants' perspectives on what can promote and inhibit social support. The findings in article two are highlighted in the following topics: (1) the quality and vulnerability associated with social support (a) lived experience, reciprocity and understanding (b) “ghosting” and shame (2) conditions that promote social support (a) stable environment and room for diversity (b) social rhythm and healing rituals (3) conditions that inhibit social support (a) economic barriers and (b) social challenges in contemporary society. The study's third article further explores conditions that

can promote and inhibit social support, through poetic analysis and dissemination, based on focus groups and participatory observation. This study highlights the outcomes in two poetic main verses: (1) that which flourishes and (2) that which withers. The outcomes in the last article go deeper into the phenomenon of social support, and the findings provide a different insight regarding living conditions, support and mental health. The results show the importance of aesthetics, finances, attitudes and structural conditions for social support and mental health.

Conclusion

The findings of this study point to the need for services to develop stable meeting places that can offer social rhythm, care and expansion of social networks. Moreover, experiential knowledge and employees and volunteers who have experience with mental health problems can promote social support. Stigma and shame associated with psychiatric diagnoses and poverty works as barriers to the experience of social support. In addition, a culture characterized by excessive individualism also constitutes a barrier to developing supportive communities, and services characterized by care. A policy that helps people with complex mental health problems out of poverty is crucial for people's recovery processes. In concrete terms, our findings suggest that promoting mental health requires a better redistribution policy and a social policy that directs measures for social support at several levels; emotional, affirmative, informative and instrumental.

Innhald

1.0 Innleiing	6
Hensikta med studien	7
Forskingskontekst.....	8
2.0 Bakgrunn og kunnskapsstatus	8
2.1 Sosial støtte og psykisk helse	8
2.2 Sosialt arbeid – framvekst, teoretisk mangfald og utfordringar med det sosiale	12
2.3 Sosialt psykisk helsearbeid.....	14
2.4 Recovery, kunnskapshegemoni og psykisk helsearbeid.....	15
Recovery – med stor og liten R.....	17
Relasjonell recovery og individualisme	19
3.0 Teoretisk rammeverk.....	20
3.1 Utviklingsøkologi og aktør-nettverk-teori	20
3.2 Sosial kapital i eit post-humant velferdsperspektiv.....	23
Sosial kapital, støtte og skam	25
Recovery-kapital	27
3.3 Diagnosekulturen	28
Diagnosar som designa orden	30
4.0 Metodologi	33
4.1 Ekspertise og kunnskap: studien sitt design.....	33
Kva betyr mi eiga livserfaring i dette prosjektet?	34
4.2 Demokratisk kunnskapsutvikling i praksis?.....	36

Verdilada forskning?	37
Recovery-orienteringa og oss	38
Å forske saman for kunnskap om psykisk helse: utfordringar i samarbeidet	39
4.3 Sosialkonstruksjonismen og forståing av kunnskapsproduksjon	40
4.4 Fenomenologisk og hermeneutisk inspirasjon i avhandlingsarbeidet	43
Poetisk fenomenologi – og poetisk realisme?	45
4.5 Metodar for dataskaping: fokusgruppeintervju og deltakande observasjon	47
Fokusgrupper	47
Deltakande observasjon	48
<i>Feltet og stadene</i>	49
<i>Deltakarene – rekruttering og samansetjing</i>	50
Etnografiske refleksjonar kring sosial støtte	51
5.0 Analyseprosessen	52
5.1 Samarbeidsbasert tematisk analyse	53
Etnografiske fortolkingsprosessar	54
5.2 Poesi som analysemetode	55
<i>Poetiske analyserefleksjonar: grenselandet mellom fiksjon og prosaisk formidling</i>	56
Etnografiske analyserefleksjonar – frå deltaking til erfaring, til tekst, til dikt	57
Metodekritiske refleksjonar	60
6.0 Etske refleksjonar	61
7.0 Funn	63
7.1 Samandrag av første artikkel	63

7.2 Samandrag av andre artikkel	64
7.3 Samandrag av tredje artikkel.....	65
8.0 Diskusjon.....	66
8.1 Hovudfunn I: forhold som kan fremja sosial støtte.....	67
8.2 Hovudfunn II: forhold som kan hemja sosial støtte	74
8.3 Funn i lys av pandemien: omsorg og støtte under press?.....	83
8.4 Kritikk og utfordringar: fallgruver i felleskapsorientert praksis	86
8.5 Avgrensingar, svakheiter og styrker ved studien	88
9.0 Konklusjon og implikasjonar for praksis	89
Litteratur.....	92

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke til deltaking

Vedlegg 3: Intervjuguidar

Vedlegg 4: Informasjonsskriv om forskingsprosjektet til bydelane og aktivitetshus

Artiklane

Artikkel 1: Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research*, 1-32. DOI: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>

Artikkel 2: Bjørlykhaug, K. I., Bank, R.-M., & Karlsson, B. (2020). Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism: A Qualitative Study Exploring Barriers and Possibilities for Social Support in Mental Health Work. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4(1), 35-55.

URL: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/35284>

Artikkel 3: Bjørlykhaug, K.I., Bank, R-M., Karlsson, B. (2021). Eksistensielle stormar, toreskyar og hus med rolege hav. Ei vitskapeleg og poetisk utforsking av sosial støtte i psykisk helsearbeid. *Nordic Journal of Art, Culture & Health*, 3 (1-2), 75–90.

DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2021-01-02-07>

Vikarierende håp

Etter fleire omgangar med tørrprat
seier du det til meg (kviskrar du det?)

du seier dette:

at samfunnet har det ikkje

men denne staden har det;

eit vikarierende håp

vi sår nokre frø utanfor kjøkkenvindauget

det veks liljer mellom brysta våre

1.0 Innleiing

Ifølgje folkehelseinstituttet er det motsette av sosial støtte einsemd. Det er kanskje noko forenkla, all den tid einsemd er eit samansett fenomen; men det er noko med denne langvarige, ufrivillige einsemda som er helseskadeleg for oss. Vi menneskedyr er dei mest avhengige sosiale dyra på jorda – noko pandemien på ny aktualiserer på brutale måtar. Kven er vi egentleg utan andre? Kvifor er isolasjon ei av dei verste formene for tortur menneske kan bli utsett for? Kven er vi om vi ikkje kan vere noko for andre, og kor hjelpelause er vi ikkje ofte når lidinga treffer oss og det sosiale forsvinn? Det å bli sett, akseptert og å høyre til er avgjerande grunnvilkår i liva våre. På mange måtar blir vi til i møte med andre og deira forventningar til oss gjennom heile livet. Braanen (2021) skriv at svaret på spørsmålet om «kven er eg?» gjerne ligg i svaret på spørsmålet «kven er eg bunden saman med»? I denne bindinga er vi kronisk avhengige av kvarandre, på godt og vondt. Våre sosiale liv er heile tida i forandring. I bevegelse og i (u)takt med endringar i natur- og miljø, lokalsamfunn, kulturen, dei globale trendane – vevd saman med vårt indre komplekse liv (Knausgård, 2016). Små og store forhold i bevegelse, som påverkar våre evner til å skape rom for omsorg og støtte. Er omsorg og støtte under press i vår tid? Judith Butler hevder at omgrepet og fenomenet omsorg og støtte for andre si velferd har blitt så framande for oss – både på vegner av kvarandre og naturmiljøet – at vi kanskje må finne opp omsorg på ny (Butler, 2021). Ta omsorga tilbake. Kanskje er det litt det denne studien handlar om?

Denne studien utforskar folk sine erfaringar med forhold som kan fremja eller hemja sosial støtte i kommunalt psykisk helsearbeid, og løftar fram eit utval eksisterande kunnskap, utviklingstrekk og relevant teori knytt til temaet. Artikkane svarar på ulike måtar på spørsmåla: kva betyr sosial støtte for betring frå psykiske helsevanskar? Kva er døme på praksisar som legg til rette for at sosial støtte og helsefremjande relasjonsbygging kan skje? Og; kva forhold kan vere med på å fremja og hemje sosial støtte – og i forlenginga betring? Artikkel 1 (*Social support & Mental Health Recovery: a scoping review*) utforskar i djupna samanhengar mellom sosial støtte og betring, både ved moderate og alvorlege psykiske helsevanskar. Artikkelen bygg opp ein argumentasjon for meir inngåande kunnskap om forhold som kan fremja og hemja sosial støtte, og viser at det behov for meir kvalitativ kunnskap om desse tilhøva. Artikkel 2 (*Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism*) tar for seg alle fokusgruppeintervjua vi har gjennomført, og sentrale domenediskusjonar etter samarbeidsbasert tematisk analyse, knytt til kva tilsette, brukarar og frivillige løfta fram som fremjande og hemjande for sosial støtte. Artikkel 3 (*Eksistensielle stormar,*

toreskyer og hus med rolege hav) er ei vitskapeleg og poetisk utforsking av sosial støtte, knytt til analyse av funn frå både fokusgruppene og deltakande observasjon i feltet. Artikkelen går djupare inn i fenomenet sosial støtte og det observerte tilværet; korleis skjer støtte – og korleis blomstrar og visnar den? Denne artikkelen søkar å gå djupare inn i erfaringane gjennom poetisk analyse og framføring.



Figur 1: artiklane

Hensikta med studien

Hovudhensikta med denne studien er å utforske og beskrive kva som kan fremja og hemja sosial støtte i kommunalt psykisk helsearbeid sett frå brukarar, profesjonelle og frivillige sine perspektiv. Dernest utforske korleis tenestene legg til rette for sosial støtte, samanhengar mellom sosial støtte og betringsprosessar, og strukturelle og politiske forhold som påverkar dette. Studien stiller to hovudspørsmål:

- Korleis opplever og beskriv brukarar, profesjonelle og frivillige det som kan fremja sosial støtte i kommunale psykiske helsetenester?
- Korleis opplever og beskriv brukarar, profesjonelle og frivillige det som kan hemja sosial støtte i kommunale psykiske helsetenester?

Forskingskontekst

Forskingskonteksten for studien har vore kommunale psykiske helsetenester for vaksne i tre bydelar i Oslo. Ein har valt tenestestader i bydelar med ulikt befolkningsgrunnlag og rammevilkår. Det vil kunne gi ulike erfaringar med sosial støtte i ulike kontekstar. Statistisk sett er bydelane forskjellige forskingskontekstar med ulike sosioøkonomiske og sosio-demografiske utgangspunkt – men med om lag same innbyggartal. Tenestene samarbeider ofte med organiserte ideelle og/eller frivillige tiltak, difor ville vi òg snakke med frivillige som samarbeida med psykisk helseteneste i dei ulike bydelane.

Eg vil først presentere bakgrunnen for studien, og sjå nærare på relevant forskning, politikk og ståstader som gir eit fundament til våre forskningsspørsmål og studien sin relevans. Vidare går vi gjennom nokre sentrale teoretiske perspektiv og refleksjonar som er viktige for ståstader, analysearbeidet og dei komande diskusjonane. Neste steg vil vere metodologiske og vitskapsfilosofiske refleksjonar, ontologisk og epistemologisk argumentasjon for val av metodar og analytisk tilnærming, før vi presenterer funn og inviterer inn til ein større diskusjon knytt til artikkane, hovudfunn og implikasjonar for praksis.

2.0 Bakgrunn og kunnskapsstatus

2.1 Sosial støtte og psykisk helse

Sosial støtte har sentral betydning for god psykisk helse og for betringsprosessar ved psykiske helsevanskar, og er ein spesielt viktig og avgjerande dimensjon i psykisk helsearbeid (Davidson, 2011; Folkehelsemeldinga, 2019; Karlsson & Borg, 2013; Primærhelsetjenestemeldingen, 2015; Starrin, 2009; Taylor, 2011). Kva er eigentleg sosial støtte – eller rettare: kva kan det vere? Beskrivingane av sosial støtte er omfattande. Ein måte å beskrive sosial støtte på er at det handlar om å bli tatt vare på og anerkjend; verdsetjing både som opplevd i relasjonar til andre menneske, og at ein inngår som del av eit større nettverk. Det motsette av sosial støtte kan vere langvarig og ufrivillig einsemd (Folkehelseinstituttet, 2015). Sosial støtte er eit allmennmenneskeleg behov. Det er i litteraturen brei eining om at sosial støtte er ei kompleks og fleirdimensjonert erfaring. Det er mindre eining om korleis sosial støtte best kan konseptualiserast, definerast og målast (López & Cooper, 2011).

Vi veit at dei sosiale nettverka våre har stor betydning for helsa vår, og ifølgje Folkehelseinstituttet er det først og fremst sosial støtte som er den mest helsefremjande

faktoren. I Folkehelseinstituttet (2015) sitt faktaark om sosial støtte finn ein fire kategoriar som kan vere til hjelp når ein skal utforske fenomenet sosial støtte:

- *Kjenslemessig støtte* som vanlegvis kjem frå familie eller nære vener. Slik støtte inkluderer empati, omsorg, kjærleik og tillit.
- *Bekreftande støtte*, som kan vere tilbakemeldingar i form av stadfesting og sosiale samanlikningar og som ofte er av evaluerande karakter. Slik støtte kan kome frå familie, vener, arbeidsfellesskap og andre sosiale instansar.
- *Informierende støtte*, som kan inkludere rådgiving, forslag og anbefalingar og som hjelper oss i møte med personlege og sosiale utfordringar. Slik støtte kan òg kome frå det offentlege hjelpeapparatet og frivillige organisasjonar.
- *Instrumentell støtte*, som kanskje er den mest konkrete forma for sosial støtte. Den kan omfatte mellom anna økonomisk hjelp og ulike former for praktisk hjelp. Slik støtte kan kome frå dei ulike nivåa; frå familie og venar, til det offentlege og politiske.

Forsking peikar på at psykiske helseproblem ofte aukar i takt med redusert sosial støtte, men den generelle graden av opplevd støtte i befolkninga synes å vere høg (Barstad & Sandvik, 2015). I eit mangfald av forskning blir vennskap, håp, opplevingar av kjærleik, å ha tilstrekkeleg med pengar og deltaking i det sosiale livet, trekt fram som viktig for opplevinga av sosial støtte (Boucher et al., 2016; Davidson et al., 2001; Lamont et al., 2017; Ljungqvist et al., 2016; McKeown et al., 2015). For mange er einsemd, marginal økonomi, sosial ekskludering og stigma framleis store sosiale og helsemessige problem som kan utvikle og forverre psykiske helseproblem. Forskinga viser at tenester som arbeider med sosial støtte på ulike nivå ofte kan vere avgjerande for folk sine betringsprosessar, og oppfordrar til eit større kunnskapsfokus retta mot levekår og psykisk helse (McKeown et al., 2015; Topor & Ljungqvist, 2017). Kunnskap om fattigdom og levekår i Noreg viser at fleire slit med problem knytt til å kome inn i arbeidslivet, marginal økonomi og opplevingar av å bli utstøytt. Som eit resultat aukar psykiske problem, ulikskap i helse, og ein ser ei sterk auke i bruk av antidepressiva (Langeland et al., 2016). Vidare løftar forskning fram at sosial ulikskap i helse er problematisk på fleire måtar, både for personen og samfunnet (Dahl et al., 2014; Dahl & van der Wel, 2016). Ein viktig strategi i folkehelsemeldinga (2019) er å styrke samarbeidet på tvers av sektorar. Ein ønskjer mellom anna å styrke det frivillige arbeidet og den sosiale støtta som kan utviklast i frivillig sektor og i det sivile samfunnet. Forskingsbasert erfaring peikar på at frivillige og ideelle ofte kan vere velferdspionerar (Trætteberg & Sivesind, 2015), og

kan vere ein viktig supplerande dimensjon i det psykiske helsearbeidet. Primærhelsemeldinga (2015) løftar fram fleire utfordringar og målsettingar når det kjem til framtidens psykiske helsearbeid. Nesten ein firedel av den vaksne befolkninga har eller vil oppleve psykiske vanskar som krev behandling, og dei sosiale forskjellane aukar. OECD konkluderer med at trass i gode tilbod i enkelte kommunar, har Noreg betydelege utfordringar i sine tenester for personar som erfarer psykiske problem (Primærhelsemeldinga, 2015: s. 114).

Folkehelsemeldinga (2019) løfter fram at regjeringa Solberg særleg vil styrke innsatsen på tre områder (1) *tidleg innsats for barn og unge* (2) *førebygging av einsemd* og (3) *reducere sosial ulikskap* i helse:

Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Bedre behandlingstilbud og sterkere forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenester er nødvendig. Men skal vi lykkes må vi også løfte blikket ut over helse- og omsorgstjenesten og rette oppmerksomheten mot andre påvirkningsfaktorer som levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet (s.23).

Samtidig seier regjeringa Solberg sin «strategi for god psykisk helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) heilt eksplisitt at ein skal styrke sosial støtte, og redusere einsemd. I denne strategien blir det mellom anna understreka at:

Et godt bo- og nærmiljø kan bidra til å legge forholdene til rette for å oppleve sosial støtte og derved forebygge ensomhet. Sosiale møteplasser og kulturtilbud, grøntområder og god tilgjengelighet til natur- og rekreasjonsområder vil være av betydning i denne sammenheng (s. 22).

Det samfunnsmessige og sosiale perspektivet i arbeidet med psykisk helse har blitt løfta og tydeleggjort i offentlege og politiske føringar, og stortingsmeldingar sidan 1981 (Karlsson & Borg, 2013). Fleire understreker likevel at vi fortsatt har ein lang veg å gå, for å utvikle humane, inkluderande og sosiale praksisar i arbeidet med psykisk helse (Cottam, 2016; Karlsson & Borg, 2021; Topor et al., 2011). Det kan bli skapt eit anna rom for sosial støtte og betring, når menneske som søker hjelp ikkje blir sett på som noko som skal «fiksast», «reparerast» eller «behandlast» frå ein ekspertiseståstad (Storch & Ness, 2016) Ein viktig

dimensjon knytt til opplevinga av sosial støtte og betring, er håp, som ofte blir satt på prøve når vi erfarer psykiske og sosiale problem (Sælør et al., 2019; Sælør et al., 2015).

Tenester, lokalsamfunn og politikarar treng meir kunnskap om korleis ein kan legge rette for og samarbeide kring sosial støtte. Det finst fleire døme på praksisar som arbeidar både direkte og indirekte med levekår og sosial støtte som ein kan lære av. Likevel ser dette ut til å fortsett vere eit nedprioritert satsingsområde i psykisk helsearbeid, og spesielt i psykisk helsevern (Karlsson & Borg, 2021). I denne samanhengen kan det vere nyttig å ha nokre spørsmål i mente. Kvifor har til dømes sosialt arbeid tronge kår i arbeidet med psykisk helse? Korleis blir det jobba med sosial ulikskap realpolitisk – er det samsvar mellom dei politiske visjonane og den faktiske politikken? FNs spesialrapportør (UN, 2020) meiner at trass i fagre ord og visjonar, er det behov for ein revolusjon i måten vi arbeider med og forstår psykisk helse på. Ein kan gjerne snakke om å bygge støttande lokalsamfunn, og skrive strategiar om heilskaplege tenester og lokalsamfunn, men realpolitikken ser ikkje ut til å legge til rette for det. Ifølgje FNs spesialrapportør (2020, s.8) *må* både forskinga og utforminga av ein meir rettferdig sosial- og totalpolitikk ta omsyn til: (...) *the structural, political and social determinants of distress, including poverty, inequality, discrimination and violence (...)*.

Statistisk sentralbyrå (Aaberge et al., 2020) rapporterer at ulikskapen i Norge aukar, og at den ulikskapen er *betydeleg* større enn statistikken viser. Grunnen er at skattemeldingane utgjør det viktigaste datagrunnlaget for denne statistikken, og at den enkelte innan eit endra regelverk har store moglegheiter til å tilpasse kor stor del av kapitalinntektene som betalast i utbytte, og dermed bli rapportert som inntekt i skattemeldingane. Endringar i skattereglar fører til at desse tilpassingane endrast over tid, noko som gir store utslag i både toppinntektsandelane og i inntektsulikskap slik desse omgrepa blir målt i offisiell statistikk. Vi veit at ulikskap i (psykisk) helse kan knytast til ulikskap i inntekt; dei som har god råd har generelt betre helse, langvarige helsevanskar aukar sjansane for økonomiske problem, og vice versa – økonomiske problem aukar sjansane for helseproblem. At ulikskapen aukar er eit problem for heile samfunnsgruppa (Piketty, 2020), og kan ha betyding for både individuelle og sosiale faktorar som påverkar opplevinga av sosial støtte og helse. Det er grunn til å tru at auka fokus på og styrking av sosial støtte i dei ulike nivåa *kan* vere ein viktig faktor i arbeidet med å redusere ulikskap i helse (Prince et al., 2018; Scheffler & Brown, 2008; Stoltenberg, 2015). Studien (artikkel 1) synar behov for auka innsats både kva gjeld emosjonell og instrumentell

støtte, og at det er eit behov for å utforske vidare kva folk i feltet meiner kan vere fremjande og hemjande faktorar for sosial støtte.

Det ser ikkje ut til å vere samsvar mellom dei uttalte politiske visjonane om både ein meir sosial og human praksis, styrka innsats for reduksjon i ulikskap i helse, og den faktiske politikken. Forskinga og politiske visjonar fordrar til vidare utforsking kring sosial støtte relatert til psykiske vanskar. Det trengs meir forskingsbasert kunnskap om kva som fremjar og hemjar sosial støtte, og korleis ein kan legge til rette for sosial støtte – sett frå ulike perspektiv. Funna i denne studien vil både kunne gje døme på praksisar og erfaringar som kan styrke eller svekke sosial støtte, og til sist forsøke å diskutere funna breiare med mål om vidare implikasjonar for praksis og sosialpolitikk.

2.2 Sosialt arbeid – framvekst, teoretisk mangfald og utfordringar med det sosiale

Når vi utforskar folk sine sosiale liv og psykisk helse spelar sosialt arbeid openbart ei viktig rolle. I konteksta vår har vi intervjuar og samhandla med folk som har arbeida med ulike former for sosialt arbeid, medvitent og meir umedvitent, profesjonelt og frivillig. Den internasjonale føderasjonen for sosialarbeidarar (IFSW) brukar ein definisjon som kan hjelpe oss å forstå breidda i og målet med dette arbeidet:

Sosialt arbeid er en praksisbasert profesjon og en akademisk disiplin som fremmer forandring og utvikling, sosial tilhørighet, sosial samhörighet og empowerment og frigjøring av mennesker. Prinsipper om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller er sentrale for sosialt arbeid. Understøttet av teorier om sosialt arbeid, samfunnsvitenskap, humanistiske fag og urfolks kunnskaper aktiverer sosialt arbeid mennesker og strukturer for å adressere livsutfordringer og for å fremme livskvalitet.¹

Sosialt arbeid kan vidare definerast som ein praksis kor mandatet er å hjelpe menneske i krevjande livssituasjonar innan felt som barnevern, kriminalomsorg, familievern, psykisk helse, rus, NAV og asylvern (Berg et al., 2015). Beresford (2005) minner oss på at sosialt arbeid vaks fram som ei radikal rørsle, hovudsakeleg starta av kvinner. Det var den første

¹ <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

profesjonen som for alvor peika på problemet med ulikskap og diskriminering i samfunnet. Sosiologi-faget og miljøet ved Universitetet i Chicago representerer røtene til sosialt arbeid, der opninga for ei akademisk karriere for kvinner i 1892 innan sosiologi, starta gro-botnen for eit eige program i sosialt arbeid i 1920 (Levin et al., 2018). Hovudinteressa var å jobbe meir praktisk orientert for eit betre samfunn og sosial rettferd:

To move the woman was not something done against the will of the woman themselves. On the contrary it was, for many, a relief because the new department offered them new possibilities including escape from feelings of being treated by men of the sociology department as second-class sociologist because of their concern with how things worked in society as well as interests on the individual. In the practical world, they could study the themes and use the methods they felt were crucial for answering the big questions of the day and contribute to a new and better society (Levin, Haldar & Picot, 2018:2).

Det har blitt stilt spørsmål om faget sosialt arbeid sin vitenskapsdimensjon, fordi ein i andre fagdisiplinar ofte har eit undersøkingsobjekt: psykologien har *psyken* som undersøkingsobjekt, sosiologien har *samfunnet*. Hansen og Solem (2017) viser til en større debatt om kva som eigentleg er sosialt arbeid sitt undersøkingsobjekt – der omgrep som *sosial integrasjon* og *sosial fungering* blir løfta fram. Sistnemnde stammar frå eldre faglitteratur innan sosialt arbeid og vert løfta fram som eit nøkkelomgrep, ofte omtala som forholdet mellom individet sin evne til meistring og omgjevnadane sine krav» (Bartlett & Saunders, 1970). Omgrepet *personen i situasjonen* er kanskje det mest beskrivande for sosialt arbeid sitt virke, og har etter kvart blitt anerkjend som den sentrale analyseininga i sosialt arbeid (Levin et al., 2016).

Ein kan difor vidare hevde at mykje samfunnsforskning nyttar denne hovud-analyseeininga; ein studerer og samhandlar ofte med person(ane) i situasjon(ane), og forsøker å setje dei fenomena og livsverdene som kjem fram i samanheng med omgjevnadane og den større konteksten. At sosialt arbeid har eigarskap til denne analyseininga vil vere galt å hevde, sidan framveksten av, og samansetjinga av faget, er så breidt inspirert og avhengig av andre disiplinar; spesielt sosiologiens teoriar og forskingsaktivitet. Levin et al. (2016) spør: til kven høyrer ein teori eigentleg heime? Høyrer til dømes Michel Foucault sine idear til filosofien? Historie-faget? Sosiologien? Kva med Mary Richmond? Er ho berre relevant i sosialt arbeid? Kan teoriane verte brukt til å knyte band mellom, eller ha likskapstrekk med teoriane innan psykologi, sosiologi og antropologi? Forfattarane minner oss på at slike spørsmål er viktig å

ha med seg på vegen når ein diskuterer sosiologiske teoriar i praktisk sosialt arbeid (og psykisk helsearbeid). Eit poeng er at her er fleire bruer og samanveving mellom perspektiv, omgrep og fag enn der er grenser. Med eit slikt forsøk på auka medvite ligg forholda kanskje betre til rette for utviding av perspektiv og samanhengar, utviding av ontologi(ar) og epistemologi(ar), så vel som samarbeid mellom disiplinlar.

2.3 Sosialt psykisk helsearbeid

Sosiale og samfunnsmessige modellar knytt til forståinga av og i arbeidet med psykisk helse er avgjerande, fordi dei bidreg til å utvide perspektiva om psykiske helsevanskar og utvidar hjelpetiltaka si innretting (Beresford, 2005; Karlsson & Borg, 2013). Psykisk helsearbeid representerer på fleire måtar eit skifte frå psykiatri-omgrepet til noko som rommar meir. Psykisk helsearbeid er både eit gammalt og nytt arbeidsfelt. Gammalt fordi det fokusera på fenomen som i lang tid har vore gjenstand for merksemd frå fleirfaldige fagdisiplinar. Nytt fordi det integrerer ny forskning og kunnskap, og spesielt viktig i forminga av faget: brukar- og erfaringskunnskap. Karlsson og Borg (2013) introduserte omgrepet «Sosialt psykisk helsearbeid», og har vore ta aktive og viktige stemmer for utviklinga av kunnskap som utvidar forståinga vår knytt til psykiske helsevanskar.

Opptrappingsplanane sitt faglege fundament har sidan 1980-talet gått vidare og utover tema som er knytt til sjukdom (Karlsson & Borg, 2013). Ny kunnskap i kognitiv psykologi, nevrobiologi og utviklingspsykologi har aktualisert behovet for eit perspektivskifte. Menneske sine sjøvlækjande ressursar og sosiale forhold bør få større fokus, noko som vil bidra til at hjelpearar kan få ei anna rolle enn å vere leverandør av objektiv og nøytral kunnskap om sjukdom og behandling. Helse er ein *heilskapstilstand*, blir vi stadig minna på. Det å ha merksemd på heile mennesket og kropp og sinn i ein sosial, åndeleg og kulturell samheng, er difor viktige prinsipp for psykisk helsearbeid (Borge et al., 2011). Personen i situasjonen igjen, der altså. Mandatet i det psykiske helsearbeidet er å gi samhengande, holistiske og lokalbaserte tenester. Desse skal fremja sjølvstende, individuelt og sosialt handlingsrom og auke *livskvaliteten* til den enkelte (Bjørlykhaug, 2018).

Vidare er dialog og etikk to viktige omgrep som bør fyllast med innhald i sosialt psykisk helsearbeid. Bøe og Thomassen (2017) påpeikar at dialogen og etikken må ha ein primær plass i psykisk helsearbeid – det er dei etiske sidene ved vårt møte med den andre, og dialogen som (kanskje) utviklar seg, som er det mest sentrale i samarbeidet med menneske som strever med samansette psykiske og sosiale problem. Seikkula og Arnkil (2013) med

omgrepet «open dialog» i mente, peiker på at dialog ikkje er ein metode, heller ei innstilling. Ei haldning å møte og vere på overfor andre menneske. Nokre praksisar gjer det vanskelegare å vere etisk bevisst – og nokre forhold knytt til tid og kontekst sløvar det kritiske medvitte knytt til samarbeid med menneske i vanskelege livssituasjonar, noko funna våre og diskusjonen kanskje kan aktualisere nærare. Ein kan tenke seg at omgjevningar, kulturforhold og strukturar alltid legg føringar og ofte hindringar for den opne støttande dialogen, og påverkar evna vår til å sjå heile mennesket. I den forbindelse vil det vere relevant å utforske makt i relasjon til kunnskapsparadigme i arbeidet med psykisk helse; fordi erfaringane knytt til sosial støtte og betringsprosessar i denne studien ikkje er upåverka av rådande kunnskapshegemoni.

2.4 Recovery, kunnskapshegemoni og psykisk helsearbeid

Ulike kunnskaps-paradigme rår i arbeidet med og forståinga knytt til psykisk helse. Det er viktig å poengtere at psykiske helsearbeidarar både i kommune og på sjukehusnivå er utsett for store krav og press, både når det gjeld faglege forståingsrammer (kven har størst definisjonsmakt og styrar praksis?) og styringsprinsipp som New Public Management. Kva er igjen av sosialt arbeid sine røter og grunnlagsetikk i NAV, til dømes? Kvifor er sosialfagleg kompetanse lite ettertrakta og på veg ut av psykisk helsevern? På institusjonelt nivå er helsevesenet i vestlege land ein kompleks og mangfaldig sektor med eit uttal aktørar, profesjonar, interesser og påfølgande kunnskaps- og interessekonfliktar (Karlsson & Borg, 2013). Vidare synast desse motsetningane å vere ei strukturell nødvendighet i feltet for å skape motvekt og heilskap. Ein problematisk konsekvens på bakgrunn av pågåande «kampaner», er at aktørane ofte har størst merksemd knytt til egne interesser, og kanskje ikkje like mykje til humanistiske betraktningar eller menneskeleg solidaritet (Karlsson & Borg, 2013). I samanheng med og i forlenginga av dette; kva slags forståing har majoriteten av oss som arbeidar i helse og sosialvesenet av sjukdoms-omgrepet? Korleis påverkar det hjelpa som blir tilboden? Eit grunnlag i vestleg definering og forståing av helse er skilje mellom sjuk og frisk. Førstillinga legg eit grunnlag for at sjukdom kan definerast i eit eige objektivt og faktisk rom med eit vitenskapelig grunnlag, og uavhengig av dei samfunnsmessige og kulturelle tilhøva vi lev i (Karlsson & Borg, 2013).

Kva betyr det for det demokratiske arbeidet med psykisk helse at psykiatrien og diagnosekulturen har fått så solid fotfeste? At liva våre i så stor grad har blitt «psykiatrisert»? Vitenskapsjournalisten Robert Whitaker (2014) spør korleis det kan ha seg at psykiske

problem/lidingar har auka i takt og i same tidsrom som nyare psykiatriske legemiddel har vore på marknaden. Dei siste femti åra har forskarar undersøkt langtidsverknadane av dei psykiatriske legemidla. Fann dei at desse legemidla hjelper brukarane av dei til å fungere betre? Opplevde brukarane god fysisk helse? Eller fann ein at legemidla paradoksalt nok auka sjansane for at brukarane ville bli kronisk sjuke, få svekka funksjonsevne og bli meir utsett for psykiske problem over tid? Svara er nei, nei – og ja (Karlsson & Borg, 2021; Whitaker, 2014). Langtidsresultata viser at menneske som til dømes får ei schizofreni-diagnose har det best utan langtidsbehandling med medisinar. Bruk av anti-epressiva kan auke risikoen for at menneske som opplever depresjonar blir uføre. Særleg er det langtidsbruken av psykofarmaka som er uheldig.

På den andre sida syner forskinga at til dømes avgrensa bruk av antidepressiva kan vere til hjelp for mange, og forskarane stridast om kor stor grad av betringa som er knytt til placebo (ibid). Psykiater Trond Aarre (2019) problematiserer at Helsedirektoratet diverre feilinformerer om effekten av behandlinga knytt til antipsykotiske legemiddel. Denne feilinformasjonen sender Helsedirektoratet ut til mellom anna dei som skal handsame klagene grunna feil behandling, og direktoratet vil heller ikkje rette opp sin eigen feilinformasjon ifølgje Aarre. Karlsson og Borg (2021) viser til at det over lengre tid har blitt dokumentert på grundig og ulikt vis at psykisk helse- og rusfeltet har eit demokratisk problem. Viktig og oppdatert forskning og erfaringskunnskap blir ikkje tatt i bruk eller offentleggjort, kanskje fordi det ikkje tener interessene til dei store legemiddel-selskapa – eller logikken om maksimering av human kapital. Ein kan hevde dette er eit demokratisk ontologisk problem.

Den medisinske psykiatrien har framleis i stor grad hegemonisk definisjonsmakt i feltet, følgd av psykologien og psykoterapien (Ekeland, 2021). Sosiologiske, sosiale og erfaringsbaserte perspektiv kjem ofte til slutt i dette bio-psyko-sosiale hierarkiet, og det ser ut til å vere utfordrande å få til ei holistisk likevekt mellom perspektiva. Psykiatrien har blitt, og lenge vore, ein definerande samfunnsinstitusjon kor diagnosekulturen har utvikla seg, og pregar difor forståinga vår av helse, liding og sosiale problem (noko eg vil gå djupare inn i under teori-kapittelet, knytt til diagnosekulturen). Dette kunnskapshegemoniet, slik Ekeland (2021) har karakterisert det med biomedisinen som døme, bygger på ein objekt-ontologisk epistemologi; altså ein måte å forstå fenomen som viser seg i verda som objekt eller som om dei er objekt – og at fenomen kan studerast ut frå ein utvendig posisjon med vitskapen sitt objektiverande blikk. Av eit slikt kunnskapssyn følger problematiske praksisar (ibid). I tillegg

opplever tenestene aukande krav til produksjon og krav om evidensbasert praksis knytt til nemnde styringsprinsipp. Ofte kan det innebære ned-prioritering av møtestader til fordel for rask psykisk helsehjelp – der mellom anna sjukepleiarar og sosialarbeidar blir trena til å drive kognitiv terapi. Dette synar tydeleg at vilkåra for å utøve sosialt arbeid openbart er i endring (Kroken & Madsen, 2016). Både rådande kunnskapshegemoni og marknads-tenking i helse- og sosialtenestene, kan bidra til at den mellommenneskelege relasjonen mellom hjelper og den som søker hjelp blir skral (Ekeland, 2011; Martinsen, 2005) – og at «open dialog» som innstilling og haldning blir utfordrande å nærme seg. Tenester prega av desse tilhøva kan stimulere til ei «oss og dei»-tenking, møte mellom subjekt-objekt framfor møte mellom subjekt-subjekt. Møte kor menneske blir filtrert gjennom diagnosar, og opplever barrierar for kontakt og støtte, ei utfordring fleire informantar peikar på i fokusgruppene – og som eg vil diskutere nærare i diskusjon av funn.

Recovery – med stor og liten R

Recovery-orienterte praksisar i psykisk helse- og rusarbeid blir stadig løfta fram som ei motvekt til ein overdriven biomedisinsk praksis – og som forsøk på å utvikle meir sosiale og humane praksisar (Karlsson & Borg, 2017). Det finst eit utal definisjonar på Recovery, ofte omtala som ein personleg og sosial prosess; der sosialt arbeid sitt mantra «personen i situasjonen» på mange måtar passar godt inn. Karlsson og Borg (2017) nyttar følgjande definisjon:

Recovery er det arbeidet personen gjer aleine eller saman med andre for å oppleve og skape mening i eige liv. Eit liv der han eller ho erfarer å bli elska av nokon og elsker andre. Eit liv der han eller ho opplever å høyre til og vere til nytte. Eit liv med moglegheiter til glede og moro (s.11, mi omsetjing).

Fenomenet Recovery har borgarrettslege og politiske røter frå brukarmiljø i USA på 1960- og 70-talet, som kjempa for rettane til menneske med ulike funksjonsnedsettingar. Her var i stor grad aktivist- og sjølvhjelpsgrupper sentrale målberarar for å få til endring i synet på folk med psykiske helseproblem (Karlsson & Borg, 2017). Desse bevegelsane er i stor grad inspirert av sosiale rettferdsbevegelsar som har kjempa mot rasisme og diskriminering. I april 1963 skreiv Martin Luther King Jr (1964) det historisk definerande brevet *Letter from Birmingham Jail*, som har inspirert og framleis inspirerer. Han skreiv desse famøse orda som gir resonans når vi snakkar om relasjonell recovery: “*Injustice anywhere is a threat to justice everywhere. We are caught in an inescapable network of mutuality, tied in a single garment of destiny*” (s.2-3).

Etymologisk betyr «recovery» å ta tilbake (to regain) eller få igjen (to get again). Om ein skal arbeide Recovery-orientert i psykisk helse- og rusarbeid krever det fortsatt radikale endringar både med omsyn til samarbeidsformer i og organisering av tenestene, jf. FNs spesialrapportør (2020). Ofte kan sentrale dimensjonar i recovery-prosessar innebere å utvikle eller friske opp viktige personlege og sosiale forbindelsar, finne nye eksistensielle perspektiv på livet, og å finne tilhøyrsløse og tilknytning i ulike sosiale arena.

Det finst samtidig fleire gode døme på praksisar som fremjar betringsprosessar, samarbeid og sosialt psykisk helsearbeid (Borg et al., 2013). Eit døme er Recovery-verkstadar som fungerer som møteplass og dialogarena. Her kjem innbyggjarar med erfaring frå psykisk helse- og rusfeltet, både som brukarar, hjelparar, pårørande, og andre interesserte (Johnson et al., 2018). Tema er ofte knytt til betringsprosessar og meistring. Eit av måla er utvikling av gjensidig støtte og eit meir inkluderande lokalsamfunn. Vår første artikkel (Bjørlykhaug et al., 2021) løftar òg fram ulike praksisar som arbeidar recovery-orientert, og sosial støtte-orientert. Til dømes peiker fleire studiar på praksisar som tilbyr «normale» aktivitetar som; fotballgrupper, hage- og dyrkingsarbeid, kunstverkstader, matlaging, etc – som kan vere ein kontrast til rask psykisk helsehjelp (ABC jiha), angstsirklar og depresjonsmeistrings-kurs. Joda, det eine ekskluderer ikkje det andre. For å kunne oppleve positive betringsprosessar og meistring, må ein oppleve å bli møtt, anerkjend og sett i relasjon til andre i lokalsamfunn (Borg et al, 2013). Praksisar som jobbar recoveryorientert, bevisst og ubevisst, arbeider ofte med sosial støtte på dei ulike nivåa; emosjonelt, bekreftande, informativt og instrumentelt (Bjørlykhaug et al., 2021), der vilkår knytt til rammevilkår i tenestene og stabile sosiale møtestader ofte er avgjerande for å lukkast.

Karlsson & Borg (2017) forsøker å skilje mellom Recovery med liten og stor R. Recovery med stor R skal vere ei påminning om at fenomenet har dei røtene vi kort har vore innom – at ein ikkje skal miste ut av synet at utvikling av Recovery-praksis handlar om kampen for like menneske- og samfunnsrettar for alle innbyggjarar i eit samfunn, og kanskje særleg for menneske som blir forstått annleis enn eller som ulik det store fleirtalet. Vidare synar den store R-en at Recovery er *både* personlege og sosiale prosessar, og dei kan ikkje skiljast. Forstått på denne måten kan Recovery finne stad både i tenestene, uavhengig av tenester og fagpersonar og *alltid* i lys av samfunnsmessige og kulturelle forhold. Recovery med liten r kan forståast som Recovery der røtene og tradisjonane blir tillagt liten eller inga betydning, og at Recovery skal kunne passe inn i krav om standardisering, pakkeforløp, effektivisering og for stort fokus på målingar (ibid).

Relasjonell recovery og individualisme

Karlsson & Borg (2017) minner oss om at omgrepet individ betyr heilskap. Etymologisk stammar omgrepet frå latinsk *individuum*; av in- og dividuus ‘som kan deles’. Frå biologien blir individ definert som ein enkelt organisme som er *medlem* av ein bestemt biologisk art. Eit individ kjem altså ikkje unna det å vere del av eit større arts-fellesskap, ein større heilskap, heller ikkje unna det å alltid vere i relasjon til anna enn ikkje-menneskeleg liv. Det kan synast som ei avsporing – men for å kunne forstå betring, må betringsprosessar forståast som bevisste og ubevisste relasjonelle prosessar, at alt er relasjonelt, og problema med å forstå betring som relasjonelt bør setjast i samanheng med sentrale kulturelle føringar. Ein kritikk av Recovery-orienteringa er at denne òg ofte blir ramma av ei overdriven individualisering (Price-Robertson et al., 2017) og implementering (Karlsson & Borg, 2017), noko som føyer seg inn i rekka av kritikken mot den terapeutiske kultur (Madsen, 2014) – og problem med det sosiale i ein overdriven individualistisk kultur.

Kva spring dette ut av? I vår samanheng er det to sentrale kjelder av betydning; vår vestlege kultur og vestleg filosofi, og samanhengen mellom desse kjeldene. I vestleg kultur kan ein sjå korleis idéar som «The American Dream» har forma liva våre – vår kultur si forståing om at ein person aleine kan (og skal) realisere alle sine sjølvstendige mål, draumar og moglegheiter – uavhengig av andre (Karlsson og Borg, 2017). Vi kan òg spore eit avgjerande punkt i den filosofiske historia; det som spring ut av René Descartes dualistiske skilje mellom kropp og sjel, mellom menneske og natur, og tankegodset om mennesket forstått som ei maskin som lar seg reparere. Menneske-som-separasjon er det dominerande synet (Mueller, 2017). Dette er ein måte å forstå tilværet på som gjer det utfordrande å utvikle meir holistiske og relasjonelle tilnærmingar knytt til liva våre – og å anerkjenne kor grunnleggjande *avhengige* vi er. Relasjonell recovery er eit omgrep som forsøker å løyse denne knipa – som òg kan spore at betringsprosessar kor fenomen som støtte, håp, identitet og frigjering skjer er *både* mellommenneskelege og mellom-artslege fenomen (Price-Robertson et al., 2017; Mueller, 2017). Slik forstått kan ein problematisere ovannemnde definisjon av Recovery som ein prosess ‘personen gjer aleine *eller* saman med andre’. Det er alltid ein prosess i relasjon til den og det andre. Det er alltid *og, og, og*.

I vår samanheng kor fenomenet sosial støtte blir vidare utforska i relasjon til betringsprosessar (eller ikkje) er Recovery, og den dynamiske diskusjonen om Recovery, både ein viktig bevegelse og eit sentralt utgangspunkt for fleire ontologiar og epistemologiar. Vi skal kome

tilbake til refleksjonar knytt til dei moglegheitene og fallgruvene dette kan medføre i metodologi-kapittelet.

3.0 Teoretisk rammeverk

Det finnes dem som får ungdommen lagt i hendene,

og dem som må rive den til seg med nebb og klør,

stjele den – Edouard Louis

I dette kapittelet blir økologisk systemteori med vekt på utviklingsøkologi løfta fram, både fordi sentrale omgrep i studien (sosial støtte, sosialt arbeid, psykisk helse, sosial kapital, sosiale nettverk, aktør, økonomi, sosial ulikskap, recovery, lokalmiljø, kultur, sosialpolitikk og forsøk på psykisk helsearbeid) og funn kan sjåast i samanheng mellom dei ulike nivåa i økologien. Innan rammene av utviklingsøkologi og sosiale nettverk, kan ein løfte fram sentrale aspekt ved vår tid og kultur som er av interesse når vi utforskar fenomenet sosial støtte. Eg vil vidare sjå nærare på sosial kapital og relasjonisme i eit post-humant landskap, diagnosekulturen; val som i stor grad er basert på sentrale funn i denne studien.

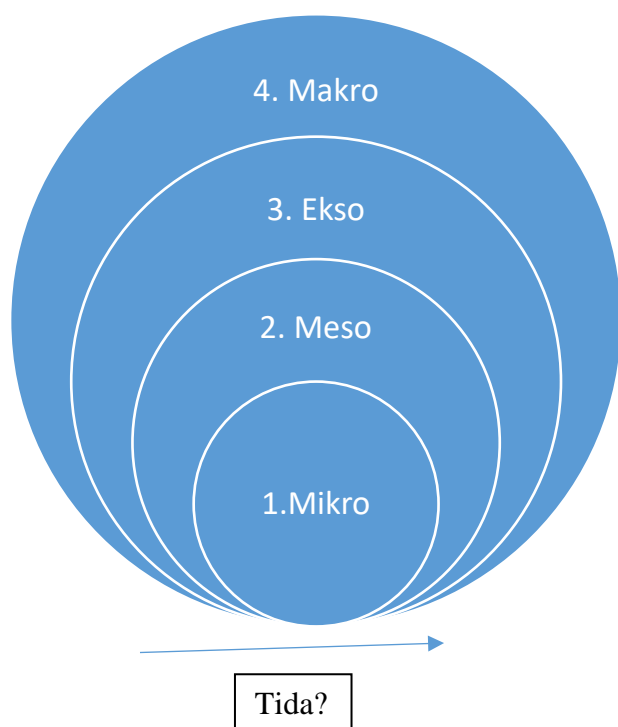
3.1 Utviklingsøkologi og aktør-nettverk-teori

Utviklingsøkologi og den økologiske utviklingsmodellen er relevant å utforske og bruke i vår forskingskontekst, fordi teorien kan hjelpe oss å forstå litt betre dei forholda som påverkar personen i situasjonen. Personen i økologien. Bronfenbrenner (1979) løfta ikkje berre fram barn sine utviklingsprosessar inn i ein større kontekstuell modell, men la grunnlaget for ein utviklingsmodell som kan nyttast til å *forsøke* lage eit kart for heile livssyklusen til menneske. Utviklingsøkologi beskrivast slik av grunnleggaren av teorien:

Utviklingsøkologi dreier seg om det vitenskapelige studiet av stadig bedre tilpasninger mellom en aktiv, voksende person og de miljøene, også de i forandring, som den utviklende personen lever i. Disse prosessene må studeres slik de berøres av relasjoner mellom de umiddelbare miljøene og av de mer omfattende kontekstene som miljøene inngår i (Bronfenbrenner 1979, s. 21).

Eit viktig moment i Bronfenbrenners tankegang og omgrepsverd er det han kalla for *proksimale prosessar*. Proksimale prosessar er dei prosessane eller aktivitetane som påkallar personen si merksemd og inviterer til utforsking, manipulering, utdjuping og fantasi. Prosessar som går føre seg heile livet. Det er ikkje berre våre næraste relasjonar som kan støtte og invitere til desse prosessane. Vi går inn i mange andre forhold som skaper viktige relasjonar som har vesentleg verdi for slike proksimale prosessar (Bronfenbrenner, 1977). Ein behandlingsrelasjon, vennsksapsrelasjonar og ulike former for betringsprosessar kan i så måte bli døme på slike proksimale prosessar i konteksta vår.

Personen i utvikling blir i Bronfenbrenners modell satt i samanheng med fire system: mikro, meso, ekso- og makrosystemet. Framfor å gje ei lang innføring i desse systema, har eg teikna modellen nedanfor; med utgangspunkt i og fritt etter Bronfenbrenner (1977;1979) og Gulbrandsen (2006), samt lagt til nokre omgrep; som til dømes naturområder og klima. Prinsippet om relasjonell utvikling og påverking – både i dei miljøa vi til dagleg vankar i – og i dei miljøa vi aldri ser noko til – er relevant å ha i mente når vi utforskar og diskuterer sosial støtte og betringsprosessar. Då gir det òg endå meir meining å snakke om relasjonell recovery, òg i dei situasjonane eller periodane vi ikkje tenker relasjonelt om.



Figur 2: den utviklingsøkologiske modellen²

1. Mikrosystemet: Dei nærmiljøa og arenaene personen ferdest i/på i kvardagen (familie, arbeid, skule, vennegruppe, møteplass, naturområder osv.).

2. Mesosystemet: Band og samspel mellom ulike miljø og arenaer personen ferdest i/på der kvaliteten vil påvirke relasjonar og utvikling.

3. Eksosystemet: Andre miljø, forhold og institusjonar i lokalmiljøet som personen sjeldan eller aldri besøker, men kor det skjer ting av verdi for personen sitt liv og utvikling.

4. Makrosystemet: Kulturelle og subkulturelle mønstre og forhold i samfunnet og på planeten som påverkar (tradisjonar, politikk, sosial organisering, aktivisme, klima osv.).

Miljøa som faktor i vår utvikling og våre betringsprosessar ved helsevanskar inneber fleire forhold og dimensjonar. Den utviklingsøkologiske modellen kan vere nyttig for å søke å forstå samanhengane mellom dei ulike miljøa – samt kunne reflektere over i kor stor grad vi er aktørar i ulike prosessar som angår oss. Miljøet refererer til fleire viktige forhold for sosialisering, danning og trivsel, og kan ifølgje Bø (1993) vere:

- a) Fysisk: til dømes fysiske omgjevnadar som bygningar, det fysiske nabolaget, trafikk, staden sin natur, klima og geografi.
- b) Sosialt: menneska og forholda mellom oss. Her inngår blant anna dei menneskelege ressursane; kompetanse, kunnskapsnivå, ferdigheiter, sosiale nettverk, samhandling m.m.
- c) Kulturelt: Til dømes den sosio-kulturelle organiseringa av konvensjonar, verdiar, tradisjonar, kulturkodar og andre sosiale og kulturelle ytringar som blir utvikla gjennom menneskeleg samhandling – det vil seie miljøet sitt særpreg – etos.

² Modellen er inspirert av Bronfenbrenner (1979) og Gulbrandsen (2006), og er meint å gje litt oversikt over det uoversiktlege. Dette er på ingen måte ein fullstendig modell.

I eit slikt økologisk system og utviklingsperspektiv, med miljøa sin kompleksitet og påveringskraft, er vi alle aktørar i ulike nettverk. I samband med utviklingsøkologi er det, slik eg ser det, òg naturleg å relatere utviklingsøkologi til Aktør-Nettverk-teori. Éin måte å nærme seg Aktør-Nettverk-teori (ANT) er gjennom denne forenkla beskrivinga: den handlar om å utforske samspelet mellom individet og dei sosiale relasjonane som blir ein del av liva våre. Aktør-Nettverk-teori tar oss litt vidare med på reisa i det relasjonelle samspelet. I dette samspelet skjer ifølgje ANT heile tida forhandlingar og konstruksjon av kunnskap og røynda (Latour, 2005). Sentralt i aktør-omgrepet er oppfatninga av at menneske ikkje berre er eit passivt mottakande (reseptivt) vesen, som passivt let seg forme av krefter i økologien og miljøa – men at mennesket først og fremst er aktivt, at ein vil noko, er veljande, initiativtakande og målsøkande. Latour (2005) framheld at ANT er ein teori og måte å utforske verda på som ikkje tek ontologiske skillelinje for gjeve – men som i si kjerne heile tida tek omsyn til korleis sosiale og naturlege fenomen eksisterer i kraft av nettverk av relasjonar. I denne forståinga blir det tatt høgde for at menneske har evne til å gripe inn i sitt miljø, forbetre eller forverre det, og målbevisst søker sine handlingsarenaer og (ofte) aktivt vel sin omgangskrins (Bø, 1993; Latour, 2005). Vi påverkar og blir påverka heile tida i våre sosiale landskap, i våre ulike nettverk, og som vi stadig forsøker å auke medvitet om; i vårt samspel med naturmiljøet. I vår samanheng kor utforskinga av forhold som kan fremja og hemja sosial støtte er hovudfokuset, kan det vere nyttig å ha eit teoretisk «kart» over dei ulike delane av økologien og nettverka kor støtte skjer eller ikkje skjer – men òg forsøke bevisstgjere den unike aktøren – personen som påverkar situasjonen. Vidare; kva forhold i dei ulike nettverks-nivåa og økologien som kan påverke sosial kapital og støtte. Eg vil referere til dette «kartet» i diskusjonen av funna.

3.2 Sosial kapital i eit post-humant velferdsperspektiv

Det er vanskeleg å snakke om sosial støtte utan å snakke om sosial kapital. Pierre Bourdieu sine teoriar og omgrep som *det sosiale rom*, *habitus* og *kapital* er relevante og samansette (og for omfattande til å gå inn i alle aspekta av her). Eg vel å gå inn i sosial kapital-omgrepet for setje det i samanheng med i kor stor grad det kan vere definerande for våre relasjonar, potensiell støtte og eventuelt betring. Fordi nivået av sosial kapital kanskje er det som rommar best samanhengen mellom andre kapitalformer. Teoretiske forståingar av kapitalomgrepet har røtter i omgrep som økonomisk og human kapital. Ofte blir omgrepet sett i samanheng med og forstått i forbindelse med utvikling knytt til marknadsøkonomien, og som eit omgrep til å

måle økonomisk vekst og produktivitet på makro-nivå (Becker, 2009). Marx (1993) og Bourdieu (1983) identifiserte, om enn på ulike måtar, kapital som eit område der ein kunne utforske maktkonsentrasjon, sosialt strev og ulikskap – og mellom anna som eit område til å studere korleis sosiale relasjonar/grupperingar og sosiale rom på ulike måtar kan bidra til å produsere ulikskap. I forlenginga av dette låg eit potensial til utvikle kunnskap om korleis utsette grupper kunne styrke sin (sosiale) kapital; og som vi veit – dei ulike greinene på dette treet er for mange og for store til at ei kappe kan gje ein fullstendig introduksjon til kapitalomgrepet. Bourdieu understreka at omgrepa han sysla med og utvikla, helst ikkje burde forståast som bestanddelar i ein stor, altomfattande teori; men heller som eit sett tenkereiskap som tek form med empirisk forskning (Bourdieu, 1992).

Sosial kapital gjennomsyrrer alt, hevder (Starrin, 2009), og kan påverke alle aspekt ved liva våre og i kva retning(ar) vi utviklar oss. Sosial kapital refererer til den profitten (omsorga og støtta; mi tyding) ein får gjennom dei sosiale nettverka ein er del av, og gjennom dei forbindelsane ein har og utviklar. Sosial kapital er relasjonar som er tilgjengelege for oss gjennom deltakinga vår i sosiale nettverk. Betydinga av sosial kapital er ofte relatert til den mengda av kapitalformer (kulturell, emosjonell, materiell/økonomisk, filosofisk, praktisk etc.) aktørane i nettverka våre har. Moglegheitene for å «profittere» på sosial kapital kan auke med mengda av økonomisk og kulturell kapital i nettverka våre, hevda Bourdieu (1983) – noko som gir resonans når vi snakkar om sosial ulikskap i helse, i alle høve i eit vestleg perspektiv. Di betre økonomisk og kulturell kapital – di høgare «kvalitet» på den sosiale kapitalen og støtta, og i forlenginga av det: lengre levealder og betre helse.

Det er kanskje betydinga av den sosiale kapitalen som står fram som den viktigaste helsekomponenten. I *Bowling alone* skriv Robert Putnam (2000) at den sosiale kapitalens betyding står fram som klarare innan helse og velvære; klarare enn innan nokon av dei andre områda kor han har granska den sosiale kapitalens vekselverknad. Putnams karakteristikkk av sosial kapital inneber i stor grad sivilt engasjement, deltaking i sosiale nettverk med dei normene for gjensidigheit og eventuelt tilhøyrslse som dei ofte representerer. Teorien og empirien knytt til betydinga av sosial kapital og støtte i sokalla «Blue Zones: områder med eksepsjonell livskvalitet og langt liv», viser òg at sosial tilhøyrslse og sosial støtte er nokre av dei mest avgjerande dimensjonane knytt til helse og velvære. Den greske øya Ikaria, og fire andre stader med høg grad av sosial integrasjon og stabilitet i nettverk, skil seg ut (Poulain, Herm & Pes, 2013). I USA har ein forsøkt å bruke lærdommen frå desse stadene i utviklinga av lokalsamfunn, og fann at å putte ansvaret på individnivå for å skape sunne miljø ikkje

lukkast – men der ein aktivt gjekk inn for å endra politikk og miljø har desse prosjekta lukkast med å auke leve-alder, livskvalitet og gjere meir helsefremjande val lettare for mange fleire gjennom systemiske endringar (Buettner & Skemp, 2016).

Sosial kapital og sosial støtte må òg forståast i ein kontekst med vanvettig teknologisk utvikling; der nye måtar å kommunisere på og relatere til kvarandre gjennom internett og virtuelle rom, gjennom sosiale media og datateknologi, i stor grad påverkar våre sosiale rom. Smarttelefonen og internett har på mange måtar blitt ein forlenga del av den sosiale kroppen vår – på godt og vondt – noko deltakarane i denne studien òg løfta fram i samanheng med sosial støtte. Slik sett kan vi seie vi studerer sosial kapital og sosial støtte i eit *til dels* post-humant landskap.

Utviklinga av sosial kapital og støtte blir òg eit spørsmål om i kva grad ein har ressursar til å halde følgje med utviklinga (jf. den økonomiske kostnaden ved å inneha det «rette» teknologiske utstyret) og i kva grad ein «meistrar» det. Vi får stadig oftare spørsmål på nettet om vi er robotar eller verkelege personar; eit sikkert teikn på at vi lev i ei tid kor robotar og kunstig intelligens i stadig større grad intervenserer i våre sosiale rom. Rosi Braidotti (2019) skriv om våre sosiale relasjonar i den posthumane vendinga at:

The central challenge that the posthuman convergence throws open is how to reposition the human after Humanism and anthropocentrism. No, I am not a robot, but that begs the question what kind of human I am, or we are becoming, in this posthuman predicament (...). We are caught in contradictory pulls and spins that call for constant negotiations in terms of time, boundaries and degrees of involvement with, and disengagements from, the same technological apparatus that frames our social relations (Braidotti, 2019: 15-17).

Vi kjem ikkje utanom dei nye rammevilkåra teknologien set for liva våre, og dei utviklar nye vilkår for det relasjonelle i våre sosiale rom og praksis. Vi kan difor snakke om ein multi-skala-relasjonalt som vi enda ikkje fattar rekkevidda av, som vi kanskje aldri vil fatte rekkevidda av (Braidotti, 2019).

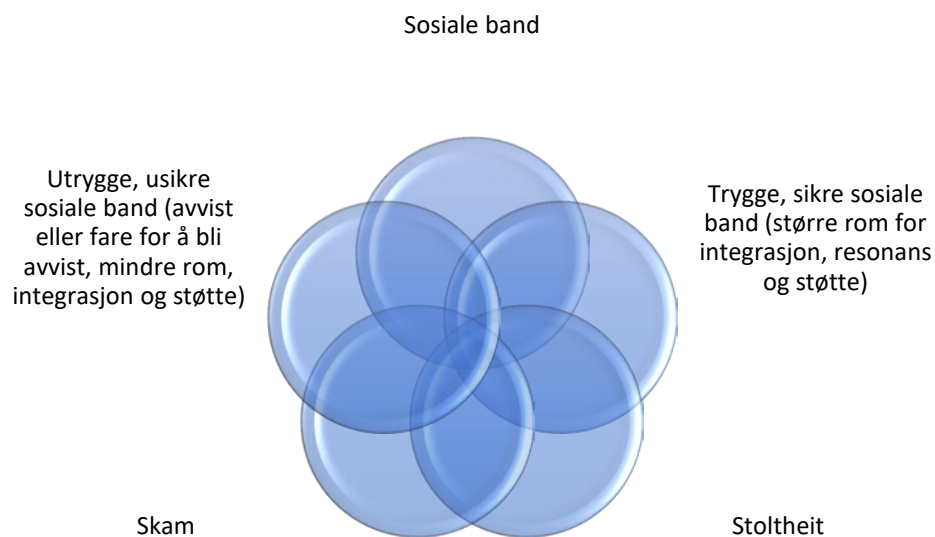
Sosial kapital, støtte og skam

Mellom-menneskelege relasjonar er ikkje synonymt med støtte, beiring og positiv utvikling. Det sosiale inneber ofte ambivalens, tvitydigheit og risiko i våre sosiale relasjonar. Som vi veit er det òg i det relasjonelle vondskap og trauma stammar frå. Kva skjer til dømes når det sosiale sjølvet trugast og blir utsett for skam? Kva med skamma over å ikkje ha nokon eller få

sosiale relasjonar – i ei tid der sosiale media stadig gjer det synlegare om ein er populær eller ikkje – innanfor eller utanfor? Kva slags forhold i det sosiale og i våre sosiale band kan trigge skadelege variantar av skam – og på den andre sida: stoltheit? Historia har vel lært òg oss at stoltheit knytt til tilhøyrse i bestemte grupper ikkje nødvendigvis alltid er så bra for samfunn og mangfald. Stoltheit kan fort bli til skam og vice versa. Fangen (1998;1999) eksemplifiserer godt tvtydigheta av meining og sosial tilhøyrse i sine studiar av radikale nasjonalistar. Korleis møter sosialarbeidaren han eller ho som har funne meining, sosial støtte og helse i ei gruppe med ekstreme og farlege haldningar?

Skamkjenslene er komplekse når det gjeld konsekvensar og med tanke på relasjonar til andre. Det er viktig å påpeike at skam rommar ein slags dobbelheit. På den eine sida er skamkjensler vesentlege og naturlege innslag i våre sosiale liv; skam gir ein indikasjon på om at det finst ein knute på tråden mellom oss – og kan gjere oss merksame på at det er fare for at dei sosiale banda kan kome til å bli oppløyst, dersom ikkje noko blir gjort for å utvikle dei (Starrin, 2009). Skam kan vere ein nødvendig friksjon for utvikling - for endring av åtferd som er skadeleg for resten av gjengen. På ei anna side kan skamkjenslen vere undertrykkande, bryte ned og ha ein ekskluderande funksjon (Starrin, 2009). Ein kan difor hevde at skamfølelsar er ein del av kjernen i det å vere sosial og å føle samhøyr med andre menneske.

Sett i relasjon til sosial kapital, og med eit Bourdieu-perspektiv (at sosial kapital kan referere til i kva grad vi profitterer positivt av dei sosiale nettverka vi er del av) vil graden av skamkjensle spele ei vesentleg rolle i potensialet vårt for å bygge denne kapitalen. Dette vil mellom anna diskusjonen vår av funna diskutere vidare – sett i samanheng med t.d. skam knytt til kombinasjonen av å slite psykisk og ha dårleg økonomi. Kva har det å seie for kapital og støtte utover tenestene i møte med storsamfunnet og mellom mikro- og makro-nivå? I samband med dette vil det vere relevant å sjå innom eit relativt nytt omgrep; recovery-kapital.



Figur 3 – skam, stoltheit og sosiale band (fritt etter Starrin, 2009: s.41)

Recovery-kapital

Eg vil kort gjere reie for omgrepet recovery kapital, som har blitt introdusert som eit forsøk på å utvide og ramme inn sosial kapital i relasjon til Recovery/betringsprosessar. Tew (2013) bygg på tidlegare konsept av kapital-omgrepet, og har forsøkt å identifisere og kategorisere nokre former for kapital som kan vere relevante når ein utforske folk sine Recovery-prosessar; potensialet for positiv utvikling og auka livskvalitet:

- Økonomisk kapital
- Sosial kapital
- Identitets-kapital
- Personleg (eller psykisk) kapital

Det er freistande å legge til kjærleiks-kapital. Desse formane for kapital finn ein spesielt viktige knytt til føresetnadane for korleis vi generelt er i stand til å takle krevjande livssituasjonar og overgangar. Til dømes bevegelsane og overgangane frå studiar til arbeidslivet, eller eventuelt frå ein sosial møteplass med «likesinna», og til sivilsamfunnet eller andre arenaer i det sosiale økosystemet (Tew, 2013). Ein kan tenke seg at summen av

kapitalen vil avgjere i kva grad ein opplever sosial støtte. I vår samanheng er det relevant å utforske korleis vi klarer å navigere oss gjennom – eller halde ut – langvarige psykiske helsevanskar; livserfaringar som kan vere spesielt utfordrande og potensielt øydeleggjande eller forstyrrende, knytt til identitet-oppleving vi kanskje tidlegare har tatt for gitt, livsstil og sosiale relasjonar. Ei fare ved å fokusere *for* mykje på den enkelte sin recovery-kapital er kanskje at ein gløymer vesentlege forhold i økologien som påverkar moglegheitene for betring – og at endringar i politikk og miljø er vel så viktig for betringsprosessar. At recovery-tradisjonen har fått sitt eige kapital-omgrep er interessant i seg sjølv.

Det neste området er spesielt interessant knytt til korleis identitets-kapitalen blir påverka, når vi får tildelt ulike psykiatriske diagnosar.

3.3 Diagnosekulturen

Brinkmann og Petersen (2015) hevder at diagnosekulturen er djupt rotfesta i samtida. Vi kan på mange måtar hevde at diagnosekulturen samsvarar godt med meir individualiserte recovery-prosessar – som gjer det lettare å skygge unna strukturelle problem. Denne kulturen er kjenneteikna ved at psykiatriske diagnosar og kategoriar til stadigheit og i større grad enn tidlegare er ein del av vårt språk. Diagnosekulturen kan òg bli forstått som alle sitt (og offentlegheita sitt) behov for å søke å begripe livets ulike problem, avvik, liding og eksentrisitet. I diagnosekulturen kan det dermed herske ein psykiatrisk logikk – som blir overført, klassifisert og standardisert i diagnostiske manualar. I ei slik forståing blir eit psykiatrisk språk for liding, og i forlenginga praksis, utvikla som på fleire måtar har blitt demokratisert. Dette inneber at dei aller fleste av oss i dag brukar det diagnostiske språket om egne eller andre sine psykiske problem (Petersen, 2015).

I vår samanheng er maktforholdet mellom sosiale perspektiv på psykiske helsevanskar, og den «reine» psykiatriske/bio-medisinske forståinga av psykiske helsevanskar, særleg relevant å sjå nærare på. Brinkmann (2015:39) løfter fram Joan Busfield som har samanfatta fire av dei mest vesentlege kritikkområda psykiatrien har blitt (og stadig blir) utsett for.

1. Det første området handlar om at psykiatrien er inhuman og ineffektiv, noko som er ein klassisk kritikk som til dømes blei omtala av Erving Goffman (1961) i kjølvatnet av ei berømt undersøking av livet på eit psykiatrisk sjukehus. Etter anti-psykiatrien sin framvekst (med Recovery i mente) i 1960-og 70-åra har mykje endra seg – men det har i dei seinare år i store delar av vestlege land blitt løfta fram ein fornya kritikk. Dette handlar i hovudsak om tvang, det store diagnose- og medisineringsfokuset innan

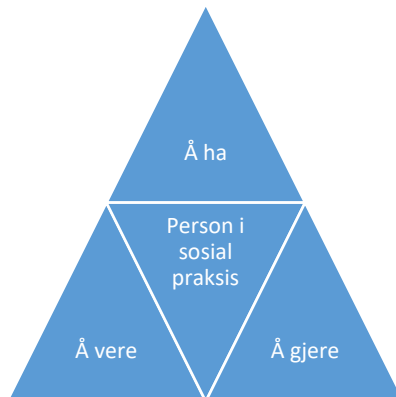
psykisk helsevern. Fleire (Karlsson & Borg, 2021; Whitaker, 2010; Healy, 2012) har løfta fram at skadeverknadane av psykofarmaka er så store at dei ofte overskygger fordelane med å bruke slike medisinar (noko som er ein omstridt konklusjon).

2. Det andre området for kritikk omhandlar at psykiatrien sin og den kategoriske modellen for psykopatologi er lite fruktbar.
3. Det tredje kritikkområdet er løfta fram av ei gruppe radikale forskarar (som i hovudsak høyrer til det ein ofte omtalar som anti-psykiatribevegelsen). Her går kritikken av den kategoriske modellen og diagnosesystemet langt, og ein hevder i forlenginga at det er ei feilslutning å bruke omgrep som psykisk sjukdom i det heile teke.
4. Dette tredje området bygg ei bru til den fjerde innverknadsrike kritikken av psykiatrien: at diagnosane bidreg til sjukeliggjering.

Brinkmann skriv vidare om å ha, å vere og å gjere psykisk liding – tre aspekt knytt til eit epistemisk objekt. Dette kan sjåast i samanheng med korleis og i kor stor grad vi identifiserer oss med diagnosar vi får tildelt. Brinkmann viser til psykologihistorikaren Kurt Danziger, som har beskrive psykologiens gjenstandar som epistemiske objekt og overfører dei til psykiatrien. Epistemiske objekt er dei gjenstandane vitskapsfolk arbeidar med og søker å skape kunnskap om. Innan psykiatrien og psykologien kan ein til dømes namngi dei epistemiske objekta med diagnostiske kategoriar (som depresjon, angst, ADHD og så vidare). Dei epistemiske objekta kan ifølgje Brinkmann vere diskursive i den forstand at dei berre eksisterer i kraft av å bli språkleggjort (og brukar passande nok julenissen, som berre er eit objekt for kunnskap fordi vi har ein julenissediskurs). Ifølgje Danziger (2003) har epistemiske objekt i psykologien og psykiatrien i regelen ein ekstradiskursiv, altså ein materiell, dimensjon. Dette blir knytt til at dei oppstår som element i sosiale praksisar der menneske saman orkestrerer ulike handlingforløp. Dei sosiale praksisane utviklar seg historisk, og det finst ikkje ahistoriske objekt i psykologien, hevder Danziger. Her skil difor psykologien seg frå fysikken, fordi fysikarane i større grad kan gå til verda slik dei finn ho, kor på den andre sida sosialforskarar, psykologar og psykiatrar kan skape nye fenomen. Desse fenomen kan oppretthaldast av psykologien sine og psykiatrien sine praksisar. Brinkmann (2015) viser til eiga og andre sine undersøkingar, kor ein klart finn samanheng mellom det psykiatriske og diagnostiske språk og påverking av identitet, sjølvoppleving og åtferd:

For alle psykiatriske diagnosers vedkommende gælder det, at man som diagnosticeret skal lære at begå sig som psykisk forstyrret på den situationelt adækvate måde –

relativt til de konkrete sociale praksiser, hvori man deltager (familie, arbejde, kontakt med kommunen, selvhjelpsgrupper, behandlingsinstitusjoner, osv.). Man skal lære at 'gjøre lidelsen riktig' (s. 48).



Figur 4 (Fritt etter Brinkmann, 2015:45)

Følgjande spørsmål blir stilt i utforskinga av diagnosar som epistemiske objekt: er genuine psykiske sjukdomar på førehand eksisterande objekt (som ein kan ha eller ikkje ha) uavhengig av nærværet av diagnostiske kategoriar? Eller, kan det vere slik at sjukdomane kjem inn i verda saman med dei diagnostiske kategoriane som utpeikar dei? Må vi velje side mellom ein essensialisme (at diagnosane viser til pre-eksisterande sjukdomsspesifikke objekt) og ein sosialkonstruksjonisme (diagnosane konstruerer sjukdomane), eller finst der ein tredje moglegheit?

Brinkmann reflekterer endeleg rundt forholdet mellom essensialisme og sosialkonstruksjonisme, og påpeikar at denne analysen blant anna dreier seg om at det går føre seg ein kompleks interaksjon mellom mennesket som opplever liding – og dei sosiale praksisane (i dei ulike økologiske systema). Noko trer fram som mønster av måtar å ha, vere og gjere liding på. Analysen er tydeleg på at det er forhold ved psykiske helsevanskar som heilt klart har nevrologiske og biologiske komponentar, men peiker på at det som måtte vere galt i hjernen/kroppen manifesterer seg i sosiale praksisar.

Diagnosar som designa orden

Når det kjem til forståing og behandling av psykiske lidingar/helsevanskar kan ein kanskje noko forenkla og grovt seie at det i hovudsak eksisterer to meta-modellar: *den medisinske modellen* og *den kontekstuelle modellen* (Bøe & Thomassen, 2017). I forståinga av den

medisinske modellen meiner ein ikkje at den berre tek føre seg biomedisinske perspektiv på psykiske lidningar og helsevanskar, og bruken av medisin som behandling. Ein vanleg måte å beskrive utgangspunktet til den medisinske modellen (eller sjukdomsmodellen som den også blir kalla) omfattar alle tilnærmingar som har følgjande grunnelement:

1. Premissane for behandling er at ein først gjennom bruk av diagnosar identifiserer ei liding/sjukdom/forstyrning som lar seg avgrense
2. Behandling skjer vidare ved at ein finn ein teknikk eller metode som skal vere verksam ovanfor akkurat denne lidinga/sjukdomen/utfordringa.

Ein slik måte å forstå og behandle psykiske lidningar på har sitt utgangspunkt i medisinen og behandlinga av somatiske lidningar. Men denne grunnforståinga av psykiske lidningar og behandling pregar store deler av psykisk helsefeltet sine tilnærmingar. Dette gjeld ikkje berre den biomedisinske psykiatrien og legane si verksemd, men den pregar òg psykoterapien og i forlenginga mange av psykologane sine behandlingstilnærmingar. Om den medisinske modellen blir reindyrka og får stå aleine, kan ein gå så langt som å kalle den kontekstuavhengig. Dette betyr at ein står i fare for å konstruere førestillingar om at same liding kan bli behandla med same metodar, uavhengig av den enkelte personen sin kontekst: levekår, personlegdom, sosiale relasjonar, verdiar og så vidare (Børe & Thomassen, 2017).

Eit døme er at det ein kan rekne som god behandling av «schizofreni», «personlegdomsforstyrning», «depresjon» eller «angstlidningar» kan vere den same uavhengig av personen og han si/ho sin livssituasjon og uavhengig av kven behandlaren er. Metodane kan då sjåast på som kontekstuavhengige og universelle. Med ei slik analyse til grunn blir det påstått at psykiske helsetenester på mange måtar eksisterer innan ein biomedisinsk arkitektur, og at denne biomedisinske arkitekturen bør utfordrast (Ekeland, 2011). I forlenginga kan ein hevda at psykiatriske diagnosar er ei form for designa orden og understrekar behovet vi har for å oppretthalde dikotomien *normalitet og avvik* (Petersen, 2015). Vi har behov for å nyansere og utfordre psykiatriske diagnosar; ikkje nødvendigvis kaste dei på bålet – heller utfordre dei som *forsøk* på å forstå og sette språk på ulike smerteuttrykk og liding – og som ein type design som altfor ofte fører til forenkla forståingar av personen i situasjonen (og identitetskriser).

Vidare er det vi kan kalle *den kontekstuelle modellen* ein utfordrar til denne tenkinga, og praksisen. Denne modellen er ikkje ein modell i same grad som den medisinske modellen, i betydninga faste skjema som regulerer korleis ein gjennomfører behandling. Hovudtanken er

at psykiske lidningar ikkje kan bli forstått uavhengig av eit menneske sin personlegdom, levekår og livssituasjon, dei sosiale relasjonane, dei økologiske omgjevnadane han eller ho lev livet i og så vidare (Bøe & Thomassen, 2017). Her er nokre grunnleggjande element og utgangspunkt for den kontekstuelle modellen som må sjåast i samanheng med t.d. Recovery-orienteringa:

- Erfaringskunnskapen
- Den personlege relasjonen som oppstår mellom hjelper og brukar av tenesta/hjelpesøkande
- Kjelda til etisk engasjement og moralsk handling som ligg i det konkrete møtet med den andre
- Personen som søker hjelp sine omgjevnadar; nettverk, familie og lokalsamfunn

Den kontekstuelle tilnærminga har med seg ein skepsis til bruk av diagnoser, for med diagnosane står ein i fare for nettopp å trekke problem og symptom ut av dei samhengane dei oppstår og utviklar seg i. Det er denne modellen det sosiale psykiske helsearbeidet legg til grunn for si verksemd. Slik sett kan ein forstå det sosiale psykiske helsearbeidet som ein utfordrar til diagnosekulturen, og ein utfordrar til det rådande hegemoniet i feltet.

Men korleis kan ein forstå kva slags perspektiv og modeller som får mest makt og innverknad i psykisk helsearbeid? Foucault (1979) sine tankar og analyser knytt til forelesinga «American neo-liberalism» og «The birth of biopolitics» kan kanskje vere til hjelp. Foucault fokuserte seg mellom anna skarpt inn på omgrepet human-kapital, i ei analyse som i stor grad spinn vidare; frå Marx til Bourdieu. I dette ligg forståinga, noko forenkla forklart: korleis kan ein (først og fremst politikarane) investere best mogleg i oss menneske for å utnytte vårt fulle potensial og potensielle bidrag i samfunnet (først og fremst til økonomisk utvikling og vekst)? Foucault beskriv nokon av bestanddelane av human-kapital-forståinga slik:

What in the child's family life will produce human capital? What type of stimuli, form of life, and relationship with parents, adults and others can be crystallized into human capital? (...) In the same way, we can analyze medical care and, generally speaking, all activities concerning the health of individuals, which will thus appear as so many elements which enables us, first, to improve human capital, and second, to preserve and employ it for as long as possible. Thus, all the problems of health care and public hygiene must, or at any rate, can be rethought as elements which may or may not improve human capital (Foucault, 1979: 230).

Knytt til diagnosekulturen og rådande praksisar, kan ein undre seg over korleis desse er med på å skreddarsy forståingar som har som føremål å utnytte eller maksimere human kapital, som i sin tur passar godt inn i den Descartianske splitten, vestleg individualisme og maksimal profitt-tenking i marknadsliberalismen. Er systema (miljøa) vi har utvikla på nokon måte designa for *omsorg og støtte* – eller går dei i større grad i retninga reparasjon og effektive pakkeforløp? Er den medisinske modellen og diagnosekulturen meir i harmoni med neo-liberalistisk og kapitalistisk vekst-ideologi, enn den kontekstuelle modellen? Kan det vere slik at den kontekstuelle modellen i for stor grad peiker på problematiske forhold i samfunnet- og difor utfordrar rådande ideologiar og politisk styring – noko som gjer det vanskeleg å utvikle ny praksis? Praksis som i større grad kunne hatt omsorg og støtte og passelege krav som ledestjerne?

4.0 Metodologi

Kvar og korleis er dette prosjektet ontologisk og epistemologisk forankra og samtidig på veg? Bakgrunnen og teori-delen gir eit lite innblikk i dette. I dette kapittelet skal eg forsøke så godt som mogleg å vise korleis vi har gått fram for å finne svar på det vi er nysgjerrige på og som vi har utforska på systematisk vis, og kvifor.

4.1 Ekspertise og kunnskap: studien sitt design

Karlsson & Borg (2021) skriv at metodologi uttrykker samanhengen mellom korleis forskarane forstår eigen og andre sin eksistens i verda (ontologisk posisjon), korleis vi forstår kva kunnskap er, og korleis den kan skapast (epistemologisk posisjon), og dei systematiske metodane som blir nytta og knyttast an til desse nemnde posisjonane. I denne samanhengen vil eg starte med å fortelje litt kring studien sitt design – som er samansett av både eigenerfaring og påverking knytt til forståingar av kva demokratisk kunnskapsutvikling kan vere, og korleis med-forskning/samarbeidsorientering kan vere til hjelp i forskingsprosessar.

Forskning krev ekspertise og kunnskap, men kva for ekspertise treng vi og kven er dei kunnskapsrike (Borg & Kristiansen, 2009)? Er enkeltpersonar sine forteljingar om og erfaringar med betringsprosessar gyldige kunnskapskjelder? Personar som opplev og har streva med psykiske vanskar har ei unik eigenerfaring og har ofte følt på kroppen korleis samarbeidet med hjelpeapparatet er, og har dermed òg det vi ofte omtalar som «brukarerfaring». I dette forskingsprosjektet har samarbeidsorienteringa vore viktig frå byrjinga. Difor blei tema og forskings spørsmål diskutert i det vi kalla «utviklingsgruppa» frå starten av (våren/ hausten 2016 og våren 2017). Dette var ei gruppe bestående av meg, fire

kollegaer med relevant erfaringskompetanse og ein ekstern person engasjert i mental helse. Relevant erfaringskompetanse innebar i dette prosjektet å ha eigenerfaring med psykisk helse- og/eller rusvanskar. Alle deltakarane var på ulikt vis tilknytt eller hadde samarbeida med senter for psykisk helse og rus (SFPR) i Drammen, ved Universitet i Sørøst-Noreg, kor eg sjølv arbeidar. Prosjekt-idéen blei tidleg lagt fram i «Forum for brukarinvolvert forskning» ved Universitet i Sørøst-Noreg (USN) og i «Dialogforum for praksisnær forskning», same stad. Her kom det fleire tilbakemeldingar til vidareutviklinga av prosjektet. I utviklingsgruppa blei omgrepet sosial støtte diskutert knytt til kva gruppa tenkte om fenomenet sosial støtte, kva erfaringar ein hadde med å gi og få sosial støtte, og ein drøfta eigne erfaringar i relasjon til vidareutviklinga av prosjektskissa og forskingsspørsmåla. Vi var einige om betydinga av å utforske kva som kan vere med på å fremje sosial støtte når ein strevar med psykiske helsevanskar, og kva som kan vere med på hindre eller øydelegge for opplevinga av sosial støtte. Dette fokuset var også motivert av ein systematisk litteraturgjennomgang av forskinga på området, som blant anna er utgangspunkt for artikkel 1 i avhandlinga.

Det blei etter kvart rekruttert ein forskingsmedarbeidar med eigenerfaring som vil vere med-forskar gjennom heile prosjekt-perioden. Vi søkte supplerande driftsmidlar slik at med-forskaren i prosjektet kunne få betalt for arbeidet. Hovudmotivasjonen var grunna i at med-forskar med erfaringskompetanse kan gjere det lettare å rekruttere deltakarar til studien, legge til rette for betre tillit og meir ærlege samtalar i intervju-situasjonane, samt bidra med sitt unike erfaringsperspektiv i heile forskingsprosessen. Rose-Marie Bank har deltatt som med-forskar i prosjektet. Rose-Marie er utdanna sjukepleiar og har eigenerfaring knytt til langvarige helsevanskar. Ho har ein master i psykisk helsearbeid og har i tillegg erfaring som skribent og med forskning gjennom sitt engasjement som hospitant ved Universitet i Sørøst-Noreg. Vi kjende kvarandre litt frå før og hadde eit godt utgangspunkt for å kunne samarbeide i dette prosjektet. Prosjektet har ført oss endå tettare saman og har utvikla seg til eit støttande lite fellesskap, der vi har fått sjansar til å både utfordre kvarandre og yte omsorg til kvarandre i ulike fasar av forskingsprosessen. Prosessen har òg medført nokre utfordringar kva gjeld rolle-forvirring og samarbeid som eg skal kome tilbake til.

Kva betyr mi eiga livserfaring i dette prosjektet?

Kva utgangspunkt hadde eg når eg gjekk inn i denne prosjektutviklinga? Eg hadde arbeida som sosialarbeidar innan psykisk helse i om lag sju år, og hadde sjølv eigenerfaring med psykiske helsevanskar. Både eigne helsevanskar og psykiske helsevanskar i familien. I løpet av denne forskings-perioden hadde eg og eit opphald på Lovisenberg (2019) i Oslo, på grunn

av ein overveldande depresjon. Det ante meg at denne dagen måtte kome! Slik kan det altså gå når ein skriv doktorgrad. Det betyr at eg sjølv har eigenerfaring med å vere brukar av psykisk helse-teneste på ulike nivå; erfaringar som på mange måtar, for eigen del, har bekrefta at tenestene er særst medisin-orienterte. Då eg blei akutt innlagd på Lovisenberg i 2019 blei eg tildelt eit isolat-rom ved akuttavdelinga. På rommet, som var så sterilt ein kan førestille seg eit rom kan vere, var handtaka på dørene forma som glatte geite-horn, bøygd nedover, slik at ein ikkje skal klare å henge seg i dei. Ei innretning prega av risiko-psykologi framfor omsorgs-filosofi? På dette rommet hadde eg to forferdelege døgn, berre avbrott av diskusjonar med ein psykiater knytt til medisiner, og starta opp med to typar antidepressiva. På mange måtar, og spesielt i ettertid, ligg denne uverkelege kjensla av at dette skjedde, som føler at det er for galt når vi er sjuke, at vi får tildelt eit rom som minner om fengsel-celler. Det var ei kjensle av å vere kriminell, da eg var sjuk og aller mest trengte omsorg. Etter to døgn blei eg flytta over til ei open avdeling, fullstendig nedsløva av medisinen (noko som for så vidt var greitt, fordi underskotet på søvn var så stort).

Rolla mi som forskar i denne samanhengen ber preg av mi eiga erfaring. Både erfaringa med det generelle eksistensielle tilværet, med depresjon, og erfaringa som fagperson. Dette er openbart ei sentral drivkraft både for forskingsprosjektet sitt tema, og samarbeidsorienteringa. Denne erfaringa gjer meg endå sikrere på at vi har ein lang veg å gå før tenestene er omsorgsorienterte og kontekstuelle. Den viktigaste faktoren for mi betring var kontakt med venner og familie, noko som eg organiserte og la til rette for kunne skje på eigenhand. Det er viktig for meg å understreke at eg ikkje har eit personleg vendetta retta mot psykiatrien, men at erfaringa mi fell inn i rekka av erfaringar brukarar av tenestene ofte har; at vi har behov for noko mykje meir annleis.

Den kanskje viktigaste drivkrafta for all forskning er nysgjerrigheit og undring. Å filosofere, som bokstaveleg talt betyr *kjærleik* (philo) for *kunnskap* (sophia), over eigen praksis og erfaring, har vore sentrale drivkrefter for meg. Med bakgrunn i eigen erfaring, kan eg kanskje seie at eg er både *insider* og *outsider*? Eg og vi har vore forskarar som utforskar *andre* si livsverd i relasjon til sosial støtte, psykisk helse og betringsprosessar – samtidig som vi sjølv har erfaring med psykiske helsevanskar, og med å bruke eller samhandle med tenestene. Eg tenker ikkje at vi kan vere *insiders* i andre sine liv eller erfaringar – men eg har opplevd i feltarbeidet at det å vere open kring egne erfaringar har *opna* opp for ein større nærleik til deltakarane. I beste fall har dette skapt eit større rom og vilje til å dele, som deltakarane i denne studien har gjort så raust. På den andre sida; mi eiga livserfaring og mine egne

opplevingar i møte med tenestene, betyr nok at eg umedvitent leiter etter bestemte ting som kanskje kan bekrefte det eg opplevde. Eg har som forskar forsøkt å bevisstgjere dette etter beste evne, og det har vore ein fordel at vi har samarbeida om både datainnsamling og analyse-prosessane.

4.2 Demokratisk kunnskapsutvikling i praksis?

Brukarar og brukarorganisasjonar har jobba lenge med å etterlyse breiare behandlingsformer med meir vekt på erfaringskunnskap, og sakna større fokus på levekår. Det er i dette feltet og i desse samanhengane samarbeidsbasert forskning kring psykisk helse utviklar seg, med ambisjon om betre demokratisering av forskning (Karlsson & Borg, 2021). Dette prosjektet er på ingen måte fullverdig demokratisk, ei heller ontologisk og epistemologisk mangfaldig nok. Dei demokratiske elementa i ulike forskingsprosjekt kan gjere seg gjeldande på ulike nivå. I vår samheng er utviklinga av forskingsspørsmål i samarbeid med brukarar og brukarorganisasjonar eit forsøk på å demokratisere design og fokus for forskinga; at vi gjennom ulike ontologiar forsøkte å utvikle prosjektets ontologiar og epistemologiar. Å utvikle forskingsspørsmåla saman med andre som har erfaring med langvarige psykiske helsevanskar, og som har brukt eller brukar tenestene – som vi har gjort – kan opne opp for ein større diskusjon om kva kunnskap som er vesentleg å rette merksemda mot. Kva tema ønsker dei som kjenner feltet skal undersøkast nærare og studerast vidare?

Eit anna demokratisk prinsipp, er å kunne gjere forskinga så *tilgjengeleg* som mogleg – noko som er ei utfordring all den tid publisering av vitsskapelege artiklar ikkje akkurat blir lest i breie lag. Det krev at vi som forskarar deltek på ulike arenaer kor erfaringane og funna kan bli løfta fram og diskuterte. For vår del har det i tillegg til å skrive vitsskapelege artiklar betydd å skrive kronikkar, delta på seminar til nasjonalt kompetansesenter for erfaringskunnskap (2019), bidrag gjennom førelesingar og så vidare. Her har eg som stipendiat og med-forskar Rose-Marie samhandla så tett som mogleg – både i det vi har gjort og presentert saman, og gjennom diskusjon med kvarandre i forkant av framlegg vi har gjort på eigenhand.

Karlsson og Borg (2021: s.64) skriv om samarbeidsbasert forskning at det kan vere:

(...) eit vesentleg bidrag til ei auka demokratisering av kunnskapsutviklinga innan psykisk helse- og rusfeltet. Ein tilgang til å bryte ein paternalistisk kultur, eit einsidig kunnskapssyn og tilslørande bruk av kunnskapsmakt *kan* vere (...) demokratisk kunnskapsutvikling gjennom eit samarbeid som inkluderer alle dei som har erfaringar med det som skal undersøkast eller utforskast. Altså personer sine levde erfaringar

med til dømes psykisk uhelse eller rusbruk og alt dette inneber for personen og han sitt/ho sitt sosiale nettverk (mi omsetjing).

Som vi var innom må dette innebere ein auka tilgang til akademia for ulike målgrupper. Dilemma som oppstår i samarbeidsbasert forskning kan vere mange. Til dømes har eg opplevd det som krevjande å inkludere med-forskar Rose-Marie godt nok i alle delar av prosessen, både på grunn av avgrensa kapasitet frå begge si side, og fordi krava om at eit doktorgrads-arbeid skal vere prega av sjølvstende. Eg meiner vi likevel har fått til eit samarbeid som kan ha styrka kvaliteten på arbeidet. Ein kan òg argumentera at det å navigere eit samarbeid krev stor grad av sjølvstende og medvit om i kva fasar det er avgjerande å diskutere det som skjer undervegs i forskinga – for å sikre at våre ulike perspektiv har fått rom til å møtast. Dette blir omtala meir omgåande i analyse-kapittelet; både betydinga av sosial støtte mellom oss i forskingsprosessen, og korleis vi har sett ting og oppdaga fenomen på like og ulike måtar.

Verdilada forskning?

Med dette bakteppet kan ein seie at forskinga i dette prosjektet er *verdilada*, noko som i enkelte tilfelle kan vere både ønskjeleg og til hjelp. Det vil seie at forskarane ikkje alltid skal vere nøytrale eller objektive, men ofte heller posisjonere seg og bruke seg sjølv i forskingsprosessen (Borg & Kristiansen, 2009). I denne forskingsprosessen er det ei klar normativ og verdilada haldning at å inkludere personar med eigenerfaring kan heve kvaliteten på arbeidet. Vidare er det å undre seg og å omfamne prosessen der eigne haldningar og erfaringar blir utfordra viktig. Å bruke eigne reaksjonar som forskarar kan vere ei viktig kunnskapskjelde, og ein viktig del av dømmekrafta under tolking og analysing av data (Borg & Kristiansen, 2009).

Dette krev sjølvsgt ei særleg reflektiv haldning til forskingsprosessen. Mine eigne erfaringar, interesser, politiske sympatiar, lidenskarar, mine mål og min (flyktige) identitet, vil forme denne forskinga. Denne varianten av refleksivitet er personleg, og om studien er truverdig kjem i stor grad an på om forskaren(-ane) har evna å reflektere rundt korleis dette påverkar resultatet (Willig, 2013). Den epistemologiske varianten av refleksivitet går meir ut på drøftinga av moglegheitene for at forskningsspørsmåla kan vere definerande for kva slags resultat som blir generert ut frå datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015). Både forskningsspørsmåla og min/vår biografiar har påverka heile forskingsprosessen, og kanskje spesielt korleis datamaterialet har blitt handsama og forstått. Likevel er erfaringane og perspektiva til dei vi har snakka med i hovudsetet.

Recovery-orienteringa og oss

Som ein del av det metodologiske bakteppet er det viktig å understreke av både eg, hovudrettleiar Bengt og med-forskar Rose-Marie på ulike måtar identifiserer oss med Recovery-orienteringa. Parallelt med utviklingstrekk i forskinga har det vore endringar i det rådande synet på folk som er annleis, mykje fordi Recovery-orienteringa ifølgje Karlsson & Borg (2021), både frå forskarane si side og frå samfunnet si side spør: Kven er desse andre som forskarar og samfunnet ville forstå og eventuelt hjelpe? Pasientar, klientar og brukarar – eller medmenneske og medborgarar? Begge deler? Ein person som lev eit liv som liknar mitt kva gjeld draumar og ønske om å leve eit godt og meningsfylt liv?

Vi har kome eit stykke på veg, og etter kvart har det vore meir plass til engasjement frå folk med eigenerfaring til å uttale seg og ta meir kontroll. Kvinner, afroamerikanarar og menneske med ulike fysiske funksjonshindringar var blant dei fyrste til å kome meir aktivt inn i forskingsprosessar (Borg & Kristiansen, 2009). Men som Volden (2009) løftar fram tok det lengre tid før folk som sleit med langvarige psykiske helsevanskar blei teke alvorleg som gyldige kunnskapskjelder og vart inkluderte i forskinga. Vi er likevel vitne til ei forsiktig positiv utvikling, sjølv om det ofte går litt for sakte framover – og i nokre tilfelle i revers.

Menneskesynet slik vi ser det, har openbart etiske og tydelege metodologiske implikasjonar. Definisjonsmakta i samfunnet og i språket er alltid med oss. Det kan føre til klarheit, forståing, positiv kontakt – og det kan skapa blinde flekkar, konflikt og barriere for kontakt mellom folk. Den opne dialogen kan fort bli ein naiv og utopisk draum. Korleis ein forstår psykiske helsevanskar og omtalar menneske som strevar med psykiske helsevanskar har endra seg, men den overdrivne medisinske og psykiatriske forståinga har vi sett stadig har eit slags jerngrep i feltet. Det er likevel grunn til å hevde at vi er godt inne i eit paradigmeskifte; fleire med psykiske helsevanskar og lidingar ønsker å bevege seg vekk frå å vere objekt for dei kronisk friske sitt blikk, til å bli subjekt i alle posisjonar og på alle nivå (Volden, 2009).

Kan vi summere kva menneskesyn som rådar i vår livsverd – dette prosjektet si livsverd? Vel, eg kan ikkje gå inn i Rose-Marie og Bengt sine kroppar. Menneskesynet i denne studien er at møte mellom oss alltid dreiar seg om subjekt-subjekt- møte, og *personar i sine situasjonar-møte*, som alltid lev sine liv i ein sosial og økologisk kontekst. Her er vi på linje. Det betyr ikkje at eg alltid klarer å møte andre på opne måtar utan fordommar. Det betyr heller ikkje at folk ikkje har noko ansvar for å ta grep i eige liv – men at det stort sett er ein grunn til at ein utviklar psykiske helsevanskar som oftast ligg utanfor eigen kontroll. Vi meiner at psykisk

helsearbeid kan kome vidare om sosiale perspektiv og tiltak får større plass. Når det er sagt; stort engasjement og ein så tydeleg kritisk posisjon mot det psykiatriske paradigmet kan føre til blinde flekkar og svekka nyansering. Som forskarar har vi følgjeleg eit vitskapeleg ansvar for å la datamaterialet tale for seg, i all sin kompleksitet – og som fenomenologisk innstilte vesen har vi vore samstemte om å aldri slutte å undre oss eller bli overraska over det som møter oss. Eg er i tvil, og tvilen er i meg.

Å forske saman for kunnskap om psykisk helse: utfordringar i samarbeidet

Med-forskning er som Kristiansen (2009) seier det så fint, eit stort og gammalt tre med mange røter og greiner og nokre frø som har reist verda rundt. Eit historisk blick kan sporast tilbake til dei ulike formane for «deltakings» og «aksjonsbasert» forskning, utviklingstrekk i synet på og forståinga av kunnskap, og endringar i samfunnet sitt syn på dei som er «annleis». Med-forskning er i stor grad basert på trua om at folk med eigen/brukarerfaring kan endre eller styrke forskingsprosessen ved å delta i heile prosessen (Borg & Kristiansen, 2009). Dette har vore ein viktig motivasjon i dette prosjektet: med-forskar Rose-Marie har slik eg ser det vore med på å utfordre, supplere og tilføre ein større rikdom til forskingsprosessen. Vi har vore einige om mykje, men vi kjenner kvarandre godt nok til å kunne utfordre kvarandre og tørre vere ueinige. Vi har sett ulike ting i prosessen med analysearbeidet, og difor hatt moglegheita til å hjelpe kvarandre med å fange opp tema og detaljar som kanskje elles ville gått forbi mitt avgrensa blick. Undervegs har vi forsøkt å ha ein open dialog om prosessen. Rose-Marie har mot slutten peika på nokre utfordringar ho opplevde undervegs, og summert dei i tre kategoriar: (1) eit sagn etter ei større rettleiingsgruppe til å drøfte relevante utfordringar, erfaringar og spørsmål (2) for lite informasjon ved prosjektstart knytt til planar og framdrift, noko ho etter kvart sa frå om og som betra seg og (3) tidsperspektivet: det er utfordrande å vere med-forskar i eit prosjekt, der det er knytt usikkerheit til kor mykje tid ein bør setje av i ulike fasar av forskingsprosessen. Dette kunne føre til usikkerheit og uføreseielegheit for Rose-Marie. I kor stor grad kunne ho seie ja til andre arbeidsoppdrag? Kor mykje kunne ho forvente å få betalt for deltakinga i dette prosjektet (sjølv om vi visste på førehand det ikkje var allverden, men at avtalen var å skrive timar undervegs)? Dette er problematiske aspekt vi gjerne skulle avklart betre.

Sjølv om vi begge har hatt glede av samarbeidet – har det altså ikkje vore fritt for utfordringar. For meg har det vore ulike krav og forventningar til det å vere stipendiat som til tider har gjort det utfordrande å halde oppe den nødvendige informasjonsflyten, og

samarbeidet; spesielt i startgropa når det var mange ting å setje seg inn i på ein gong. Her kunne eg og vi med fordel laga tydelegare planar for samarbeidet, og forventa tidsbruk i dei ulike fasane for prosjektet. Det var mitt ansvar, og eg ser eg kunne gjort dette betre. Samstundes er det eit krav og ei forventning av det å vere stipendiat er ei «individuell reise», og det er *stipendiaten* som må drive arbeidet framover og vise sjølvstende. Eg håper at måten vi har klart å navigere gjennom dette samarbeidet, viser nettopp det, samtidig som det kanskje kan gje nokre kritiske perspektiv på og problematisere stipendiat-tilværet som «ei individuell reise». Under midtvegs-seminaret fekk eg til dømes ikkje løyve til å inkludere med-forskar Rose-Marie i framlegget og presentasjonen av prosjektet. Det synes eg var rart, og vitnar om ei noko avgrensa forståing av kva sjølvstende kan innebere. Eg meiner at eit prosjekt eller stipendiaten ikkje blir «mindre sjølvstendig» av å ha med ein så viktig aktør i dialogen kring prosjektet. I eit samarbeidsbasert prosjekt med fokus på med-forskning, skulle ein tru at det var heilt grunnleggjande at begge stemmene kom fram i eit så viktig seminar for prosjektet. Det skal seiast at Rose-Marie ikkje var ekskludert frå sjølve seminaret, men i sjølve presentasjonen av prosjektet.

Vi opplevde, trass ein del rusk, at dette gjekk seg betre til utover i prosjekt-perioden. Noko begge har satt ord på i samtalaner vi har hatt når prosjektet nærma seg slutten, er kor avgjerande den sosiale støtta mellom oss har vore – spesielt i prosessen med datainnsamling, i analyseprosessane og skriveprosessane. Rose-Marie skreiv etter at vi hadde gått gjennom nokre sentrale utfordringar og friksjonar at: *«jeg MÅ kommentere at det har vært en fornøyelse å samarbeide med deg. Og jeg har lært masse av disse utfordringene. Så utfordringer kan også være veldig positivt. Og støtten du har vist meg underveis har vært helt uten sidestykke. Det er jeg deg evig takknemlig for»*. Her snikskryt eg litt, kanskje. Men, hovudpoenget her er at Rose-Marie skreiv det eg sjølv følte, knytt til at støtta mellom oss har vore gjensidig, og kanskje eit venskap har utvikla seg. Eg tenker at prosjekt-prosessen vår kan gje viktige lærdommar i utviklinga og design av andre samarbeidsbaserte prosjekt, kor med-forskar(ar) skal vere ein sentral del av prosessen.

4.3 Sosialkonstruksjonismen og forståing av kunnskapsproduksjon

Det mest naturlege i denne studien er å ta steget inn i dette store kunnskapsparadigmet som kallast sosialkonstruksjonismen. Korleis er denne studien sosialkonstruksjonistisk? Kvifor? Og korleis tenker vi kring kva forskning kan vere? Kan vi vere objektive forskarar, utan påverking

av dei rundt oss, eller er eg som forskar opptatt av å forstå meg sjølv som skapar av kunnskap knytt til den kulturen eg er ein del av? Slik eg forstår Karlsson & Borg (2021) er dette grunnleggjande ontologiske spørsmål, og *refleksive*, i den forstand at ein tenker kring og utforskar si eiga og andre si påverkingskraft i vitskapings-prosessane. Innan sosialkonstruksjonismen er det ikkje uvanleg å tenke at mening, eller røyndomen, ikkje kan finnast i nokon sitt sinn – og at det ikkje er opp til enkeltindivid å avgjere kva mening eller røyndom faktisk er (McNamee, 2010). Gergen (2015) skriv at i kvalitativ forskning er det ikkje slik at ein (berre) avdekkjer noko som allereie eksisterer. Ein er heller som forskarar med på å konstruere kunnskap om dei fenomena som blir undersøkt og utforska. Dette er i tråd med idear om korleis filosofien og vitskapeleg aktivitet heile tida er med på å konstruere ulike konsept som vi forstår røyndomen gjennom (Deleuze & Guattari, 1996), samt aktør-nettverk-teori (Latour, 2005).

Vidare vil ein frå eit sosialkonstruksjonistisk perspektiv oftast hevde at kunnskap alltid er uløysleg knytt til sosiale og kulturelle prosessar. Vår haldning til sosial-konstruksjonismen som paradigme i det samarbeidsbaserte, er at denne -ismen kan vere med på å gje ein god grunnmur og inspirasjon. Eg trur det er mogleg å avdekka og utforske noko som allereie eksisterer, og samtidig konstruere ny kunnskap og knyte kunnskapen an til viktige samfunnsspørsmål. Når vi snakkar om konstruksjon av – og samskaping av – kunnskap er det kanskje problematisk å kalle det som har blitt konstruert i denne studien for *funn*? Vi gjer det likevel, sidan det som er konstruert og skapt kan fasthaldast som noko vi har *funne* i dataskapings-prosessen.

Vi tar ein snartur innom ontologi(-ane), metafysikken og «vitskapskrigen» (som Brinkmann (2017) kallar denne brytninga). Fysikk er som vi veit vitskapen som først og fremst bryr seg med den fysiske verda og korleis objekt rører seg gjennom rom og tid. Metafysiske spørsmål derimot utforskar dei ytterste samanhengane i røyndomen og eksistensen, og fenomen som vanskeleg er observerbare. Her kjem termen ontologi inn i biletet, ein term som stammar frå greske ontos logos, og bokstaveleg talt betyr studiet (logos) av/om verden (ontos) (Brinkmann, 2017). Kampen i filosofi-historia over materialisme (verda er til sjuande og sist konstruert av fysisk substans, som partiklar i rørsle) versus idealisme (verda og røyndomen er bygd opp av idear) ser ut til å vere ein evig kamp. Eksisterer matematikk utan menneske? I det siste åra har desse ulike inngangane til å forstå og utforske verda og livet blitt kjempa om under fanen «vitskapskrigen»; med materialistar på den eine sida, som kjempar for å forsvare prinsippa og metodane i naturvitskapen. Sosialkonstruksjonistar på den andre sida, som omfamnar den

sosialt konstruerte naturen kring ideane våre om verda og livet (Brinkmann, 2017). Mange av oss vil nok ikkje kjenne oss igjen i ein så stringent dikotomi, og *heie* på at vi treng bevegelsen mellom desse ontologiane, og eit mangfald av epistemologiske tilnærmingar for å utforske tilværet.

Vitskapskrigen er likevel ikkje irrelevant i vår samanheng, all den tid vi forsøker å utvikle supplerande ontologiar som er meir subjekt-subjekt-orienterte. Brinkmann (2017) trekk fram at dette meir generelt handlar om ein ontologisk kamp mellom realistar og anti-realistar. Realistane meiner at verda har nokre sikre eigenskapar uavhengig av mennesket si evne til å begripe eller vite om dei. Der er ein måte røyndomen og eksistensen er, som kan bli oppdaga og representert gjennom systematisk bruk av vitskapelege metodar. Anti-realistar kan tvila på det, og heller argumentere for at det er menneskeleg aktivitet knytt til det å vite og skape meining, som skaper det vi kan vite noko om. I denne diskusjonen, som raskt kan bli veldig generell, er det viktig å minne om at dei fleste ikkje er anten reine realistar eller anti-realistar. Vi har òg ulike oppfatningar av kva realisme er og kva som er rasjonelt. Diskusjonen handlar meir grunnleggjande om kva vitskap faktisk er eller kan vere, og korleis vi kan vite noko om noko. Likevel er «vitskapskrigen» framleis pågåande – fordi vi har ein tendens til å polarisere og utvikle skylappar i dei leirane vi bur og får næring i. Dette bygg ei bru til kva eit forskingsprosjekt faktisk vil utforske og er nysgjerrig på, som i sin tur avgjer det metodologiske og metodiske grunnlaget, meiner eg. Kvifor har vi valt ei kvalitativ orientering? Wadel (2014) forklarar det enkelt: kvalitativt orientert forskning og kvantitativt orientert forskning skil seg frå kvarandre fordi ein vektlegg ulike teoretiske perspektiv og metodar (avhengig av forskingsspørsmåla). I vårt tilfelle handlar nysgjerrigheita først og fremst om menneskelege erfaringar, og mellommenneskeleg samspel i kontekst. Vi er i felt og vi gjer feltarbeid, der vi søker etter individuelle, relasjonelle og kontekstuelle forklaringar på fenomen(a) vi utforskar. Vi søker djupare kunnskap om samspelet mellom erfaringane og kontekstane – mellom personane i økologien. Det er i dette samspelet vi har forsøkt å finne noko, med hjelp av det dei metodiske og analytiske verktøya vi har valt.

Ofte blir utsaknet «forskning viser at...» brukt til å legitimere politiske avgjerder eller vedtak i diskusjonar om kva som kan vere klokt å gjere knytt til sosiale problem, samfunnsproblem og individuelle vanskar som vi har (Karlsson & Borg, 2021). Dette utsaknet uttrykker ikkje ein likeverdige pluralisme kva gjeld forståinga av forskning, hevdar Karlsson & Borg (2021) vidare, og flaggar dette; det beste ein kan seie om forskning, er at forskning viser mange forskjellige ting. Svara er avhengig av kva ein spør om, korleis ein spør, og vidare korleis spørsmåla blir

undersøkt, analysert og tolka. Sjølv vil eg hevde at det er bra at politikken stadig vekk aukar kunnskapsgrunnlaget for avgjerder og retning – og kanskje i mindre grad vert styrt av ideologiske kjepphestar. Likevel, eg følgjer Karlsson & Borg (2021) ved faresignala knytt til ei trong forståing av kva kunnskap og forskning kan vere. At det openbart er knytt nokre problem til at vitskap kanskje har utvikla seg til å bli den største religionen i Vesten (Foucault, 1967) og at politiske avgjerder openbart treng å vere baserte på eit breiare kunnskapsgrunnlag enn randomiserte kontrollerte studiar. Sjølv har eg og vi brukt formuleringa «forskning viser at...» fleire gongar i denne studien. Er det noko forskinga ikkje viser – som vi treng å utforske?

Gergen (2015) forfektar at sosialkonstruksjonisme ikkje har som mål å presentere sanningar, men at ein i beste fall kan legge til rette for at rammene for det som ofte blir tatt for gitt blir utfordra, og at ein i forlenginga av dette kan frigjere seg frå det konvensjonelle. Kva betyr det i vår samanheng? Sjølv om denne studien på mange måtar er forankra i sosialkonstruksjonismen, betyr dette ikkje at andre perspektiv *ikkje* er relevante i forståinga av det sosiale livet og psykiske helsevanskar. Vi har likevel valt ei kvalitativ orientering i forskinga fordi vi meiner det gir meir rom til å utforske forskingsspørsmåla i djupet. Vi har valt ei teoretisk og vitskapsteoretisk orientering som på mange måtar er forankra i sosialkonstruksjonismen; fordi vi er med på å skape kunnskapen som deltakarar i felt, i datainnsamlinga og i vårt tolkingsarbeid. Vi er med på å skape kunnskapen fordi vi har erfaringar som vi meiner kan brukast i forskingsprosessen, og som dermed vil påverka forskinga og konstruksjonen av røyndene og funn.

4.4 Fenomenologisk og hermeneutisk inspirasjon i avhandlingsarbeidet

Filosofiane og teoriane som har gitt og gir liv til kvalitativ forskning er mange. I denne studien har det sosialkonstruksjonistiske, fenomenologiske og hermeneutiske perspektivet størst plass i det metodologiske grunnlaget, og i dataskapinga og tolking av data. Vitskapane kan betraktast som menneskeleg praksis som vi engasjerer oss i for å produsere kunnskap på systematisk vis. Som vi var innom kan produksjonen og vit-skapinga ta mange ulike former. Human- og sosialvitskap er avhengig av å forsøke beskrive dei fenomena som vi faktisk erfarer. Dette kan seiast å vere eit startpunkt for fenomenologi som ei deskriptiv tilnærming til det vi utforskar og erfarer (Brinkmann, 2017); forsøk på beskrive erfaringar og fenomen.

Fenomenologi handlar ofte om menneske sine levde erfaringar, eller utforskinga av andre livsformer sin subjektivitet for den saks skuld, og om å beskrive den moglege essensen i desse erfaringane. Ein kjend skikkelse innan fenomenologisk filosofi er Edmund Husserl (1859-1938). Ambisjonen til Husserl var å utvikle ein filosofi og vitskap for å betre begripe det subjektive i den menneskelege verda. Husserl blei mest kjend for sin deskriptive/beskrivande fenomenologi, der eit fenomen skulle bli studert mest mogleg utan påverking av egne fordommar og førehandsprega haldningar. Det blei stilt spørsmål om kor vidt dette var mogleg, og i forlenginga av dette blei den hermeneutiske (eller eksistensielle) fenomenologien utvikla, som ofte er representert av Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty og ja; til og med Wittgenstein (Brinkmann, 2017). Det blei danna i bru mellom fenomenologien og hermeneutikken. I dette samspelet blir det lagt vekt på at korleis ein ser erfaringar alltid vil vere påverka av den som lyttar og vidare korleis ein til dømes les og fortolkar datamateriale. Wittgensteins er ikkje ein typisk filosof å finne på lista over fenomenologar. Wittgenstein delte med Husserl og andre fenomenologar ein ambisjon om å beskrive. Som Merleau-Ponty var Wittgenstein interessert i språket som ein inkorporert praktisk aktivitet, og som Heidegger var han interessert i å bringe ikkje-tematiserte bakgrunnar fram i ljuset (Wittgenstein, 1953). Det er dette som kan gjere oppdaginga mogleg; av det vi seier og gjer som noko meir meningsfylt. Meaning var ifølgje Wittgenstein ikkje kopla til mentale representasjonar i skallane våre, men heller til sosiale praksisar, der språket, aktivitetane og samtalane våre er avgjerande sosiale praksisar (Wittgenstein, 1953). Wittgenstein ga kanskje mykje av dei same svara som andre kjende fenomenologar; nemleg at vi må sjå til livsverda – verda som faktisk levd, erfart og snakka om, om vi ønskjer å forstå menneske betre.

Kjernen i den fenomenologiske inspirasjonen i denne studien er at vi håper på å kunne gjere noko av det openbare openbart. At ingenting er skjult er ei filosofisk innsikt, ifølgje Wittgenstein, og kan knytast til motivasjonen bak nyare fenomenologisk tenking og hermeneutikk. Brinkmann (2017) løftar fram noko av dette grunnleggjande i fenomenologien: at ingenting av filosofisk interesse er skjult, men at openbare og grunnleggjande fenomen kan bli så openbare for oss – så implisitt i språket vårt, handlemåtene våre og erfaringane våre – at vi feiler med å oppdage dei. Difor er vår fenomenologiske interesse å gå inn i dette. Kanskje er det noko som ligg i erfaringane, i samtalane og samhandlinga rundt sosial støtte (og samanhengane mellom sosial støtte og psykisk helse) som er så openbare at vi ikkje ser det?

Hermeneutikken er nært relatert til fenomenologien, og den enkle definisjonen av hermeneutikk er at det handlar om *kunsten å fortolke*. I utgangspunktet var hermeneutikken utvikla som ein metode for å tolke tekstar – hovudsakeleg bibelske tekstar (og blei difor danna som retning før fenomenologien) (Brinkmann, 2017). Korleis kan vi forstå meininga med og bak teksten? Spørsmåla utvikla seg vidare til: korleis kan vi forstå liva våre og liva til andre menneske, til det meir kompliserte: kva er modusen og motivasjonen i livet til den/dei som skal forsøke å forstå? (Heidegger, 2002) Vi kjem ikkje utanom eit relativt omfattande tolkingsarbeid av datamaterialet som blir produsert i denne studien. Dette kan vidare seiast å vere startpunktet for mange forskarar som er opptatt av fortolking, og som argumenterer for at human- og sosialvitskapen forsøker å fortolke menneskeleg røyndom som allereie er eit resultat av fortolkingar. Giddens (1976) har referert til dette som dobbel hermeneutikk, for å påpeike at sosialvitskap består av fortolkingar av fortolkingar, som i sin tur kan ende opp med trippel hermeneutikk. Trippel, fordi forskarane sine fortolkingar blir ført tilbake til praksis og til liva til dei som har blitt fortolka. Vår oppgåve som forskarar, slik eg ser det, er å ikkje fortolka datamaterialet i hel – men bruke dei verktøya vi ser som er mest relevante til å få fram deltakarane sine perspektiv, og livsverd, på ein best mogleg måte. Ei anna sentral oppgåve er å setje det heile inn i ein større samanheng, som forhåpentlegvis vil stimulere til undring og diskusjon. Så kan vi kanskje vere sikker på at vi går glipp av noko uansett?

Poetisk fenomenologi – og poetisk realisme?

Å utforske fleire ontologiar i ei uendeleg samansett verd er kanskje noko av det vakraste med å kunne å forske, å undre seg, å lure på noko; å utforske eit eller fleire fenomen. Å vere i verda og møte andre som har liknande men òg heilt ulike erfaringar og forståingar enn det eg har. Menneske som har si unike livs- og erfaringsverd og historie å fortelje. Heidegger (2002) snakkar om at fenomenet i fenomenologien ikkje viser seg sjølv. Dei trekker seg tilbake i skjul og dveler der, og vi trur vi ser eller forstår det slik det viser seg, men fenomenet er ofte likevel gåtefullt ute av sikte for oss. Det er kanskje òg litt av naturen av å vere del av eit narrativ – til dømes den vestlege forteljninga om kva det inneber å vere menneske. Det kan bety at å vere vevd inn i forteljninga om korleis ting er, kan føre til at vi ikkje alltid les narrativ som narrativ. Narrativa kan vere meir skjult i vanleg og kjend sikt. Med eit fenomenologisk analytisk utgangspunkt er arbeidet vårt ofte å løfte fram fenomena ut av skjul, lokke dei fram frå gøymestadene på ulike måtar. Vi forsøker kanskje å lokke fram det ordinære i det ekstraordinære, og andre vegen rundt.

Å møte verda fenomenologisk kan kanskje forståast som å møte ei verd som ikkje er ferdig med å undre seg; å møte ei verd der det vidunderlege, det vide og underlege, ikkje kan bli utsliten (Mueller, 2017). Ifølgje Mueller (2017) betyr det å møte verda med ei fenomenologisk haldning, sjølve oppfatninga vår av fenomenene sine under, at møte ofte dukkar opp spontant i dei direkte møta med verdas aldri fullt ut forståelege kompleksitet. Kor ofte blir ikkje vi overraska over kor ulikt vi kan erfare liknande fenomen, som til dømes støtte? Ein fuglekoloni på himmelen? Kva påverkar tenkinga vår av eit omgrep og fenomen som sosial støtte korleis vi skal forstå, utforske og erfare det? Kva tilhøve påverkar korleis vi analyserer fenomenet støtte, med utgangspunkt i erfaringane og historiene? Kanskje er tilbaketrekkinga inn i det tenkande sinnet, i den Descartianske splitten mellom kropp og sinn, menneske og natur, det mest utfordrande og tjukkaste laget å fjerne? Om vi evnar å fjerne det – som Heidegger foreslår – kan vi føle djupare kring fenomenene, kome nærare kjernen av dette mørke omgrepet; tilværet.

Edmund Husserl manta fram at vi skulle gå til kjernen av fenomenene (*zu den sachen selbst!*) for å kunne begripe korleis tilværet blir sansa og opplevd gjennom andre kroppar (Brinkmann, 2017). Om vi skal kunne forstå kva støtte kan vere, og kva som kan få støtte til å blomstre eller visne, må vi gå inn i samspelet kor støtte kan skje – kor støtte blir erfart. Eit spørsmål som dukkar opp er: korleis kan vi unngå det? Om vi skal ta på alvor at vi er fininnstilt for relasjonar, avhengige sosiale dyr, er støtte noko som skjer og forhandlast om heile tida på ulike nivå. Vi har møtt dette fenomenet, erfart frå folk som står i vanskelege livssituasjonar, og dei som samarbeider med desse menneska. Vi erfarer det likeins sjølv heile tida både i samarbeidet – og i liva vi lev – i våre like og ulike miljø. Vi har vore nysgjerrige på kva som kan stå i vegen for støtte, og kva det er i *tilværet* som kan opplevast støttande, spesielt når livet svir som verst. Sidan støtte er eit samansett fenomen har det vore viktig for oss å utforske det frå ulike perspektiv; både ontologisk og epistemologisk. Den trygge vegen har vore å organisere og analysere datamaterialet tematisk og induktivt; tett på deltakarane sine utsagn, og i stor grad datadreven analyse og deskriptiv framstilling av funna – som vi har forsøkt å halde tett på hjelpemidla tematisk analyse tilbyr. Sjølv om tematisk analyse har sine openbare avgrensingar, meiner eg han er nyttig i prosessen med å vere tett på deltakarane sine uttrykte erfaringar.

Å forlate ein trygg sti og ta steget inn i villmarka er ikkje utan risiko. Til samanlikning med ein del andre akademiske disiplinar kan den fenomenologiske framgangsmåten nokre gongar verke meir poetisk. I nokre samanhengar kan stilen til eit fenomenologisk arbeid kanskje

skape grobotn for misforståing, og ein miks av skepsis og frustrasjon. Det er framleis ei viss forventning om at «god» akademisk skriving bør vere mindre poetisk, og tilfredsstillende ei slags kjølig lausriving. Heidegger (2002) beskreiv at *nærleiken* til poesi i det fenomenologiske ikkje er tilfeldig; det er eit slags program. Han tenkte at det utviklande og ikkje-fullstendige i poetisk praksis gir eit rom til fenomena, som ofte kan ta det komplekse ved dei og brette det ut i eit opent landskap. Deleuze & Guattari (1996) var òg opptatt av å dramatisere filosofien og vitskapen gjennom kunstnarlege uttrykk. Det skyver tankane i gong på ein annan måte. Poetisk språk og praksis, ofte i form av dikt, kan vere éin måte å kome tettare på tilværet:

The poetic is a way of speaking that enables us to give expression to the primordial experience of being within a world that is laden with meaning, a world that refuses to be reduced to objective data, where hiddenness and knowledge are not opposites but complementary aspects of being in the world. It is through poetic saying that we are able to “bring forth” that world, to bear witness to its inherent self-emergence. That bringing forth happens by tuning in. The poetic does not create resonance as much as it resonates with being. It does not make as much as it receives. It is not a flight of fancy. It is the fluid, ongoing, dynamic attempt to serve that receptivity (Mueller, 2017: s. 85).

Heidegger skriv òg at poetisk praksis ikkje er ein eksklusiv praksis for berre profesjonelle poetar; det er heller ein måte å bære eksistensen på, ei haldning i verda. Poetisk praksis og tilnærming til delar av denne studien er for oss ikkje ein luksus – ikkje ei utsmykking. Når vi vel det poetiske uttrykket, er det kanskje fordi delar av erfaringsgrunnlaget og funna kan løftast fram på ein klarare måte. Tilnærminga er motivert av eit ønske om å vite endå klarare, forsøke å løfte erfaringane fram på meir subtile måtar. Som å legge musikk til datamaterialet, slik at sansane kanskje oppdagar noko nytt, og både det unike og universelle i erfaringane og det observerte. Kanskje er dette poetisk realisme?

4.5 Metodar for dataskaping: fokusgruppeintervju og deltakande observasjon

Fokusgrupper

Kvifor fokusgruppeintervju og deltakande observasjon? Vi har valt fokusgruppeintervju for å samle informantar til å diskutere temaet og forskingsspørsmåla. Fokusgruppeintervju kan vere ei effektiv form for datainnsamling, fordi ein utviklar intervjudata frå fleire deltakarar samtidig (Tjora, 2013). Eit mål med å velje fokusgrupper har vore å fange opp samtalen rundt

tema og fenomena, og dei ulike meiningane som kom fram. At ein kan fange opp meiningane i den interaksjonen som skjer mellom deltakarane kan gje ein ekstra dimensjon til metoden – og gje meir rom til spontane meiningar og uttrykk i den sosiale interaksjonen (Brinkmann, 2013). Fokusgrupper kan difor ha same fordel som observasjonsstudiar har; nemleg å bruke interaksjon som anledning til å generere og skape data. Tjora (2013) peiker vidare på at fokusgrupper slik sett kan knytast til eit sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn.

Deltakande observasjon

Å delta meir aktivt og observere, kan gjere det enklare å stille vidare spørsmål i forkant og etterkant av intervjuopprosessar (Fangen, 2010). Ein kan utforske nærare – og høyre kva folk snakkar om når dei sjølv sett premissane for samtalanene. Begge stadene har vi forsøkt å tydeleggjere både vår eigen bakgrunn, og rolla som forskarar. Somme har kome til oss for å spørje meir om prosjektet, og nokre har naturlegvis vore meir nysgjerrige (eller meir frampå) i forhold til kven vi er, enn andre.

Det vi ser veks fram som ein stor fordel med å kombinere desse metodane, er at vi får: 1) fanga opp ein del av det vi kan kalle kvardags-diskusjonane knytt til forskingstemaet og forskingsspørsmåla og 2) får tilgang til å forsøke beskrive den faktiske og konkrete samhandlinga mellom folk som aktivt oppsøker tenesta.

Deltakande observasjon blei etter kvart viktig å omfamne som metode fordi vi såg behovet for ei meir aktiv rolle i feltet for å samle utfyllande data. Deltakande observasjon kan ofte innebere at ein følgjer deltakarane/målgruppa på dei ulike arenaene dei ferdast i gjennom kvardagen, og at ein er med på aktivitetar typisk for det miljøet deltakarane er ein del av (i vår samanheng aktivitetshusa i bydelane) (Fangen, 2010). Vi ville ha eit betre utgangspunkt til å kunne forstå kva som skjer i bydelane, med eit spesielt fokus på dei sosiale møteplassane som psykisk helseteneste sjølv organiserer. Det blei difor ganske raskt oppretta kontakt med aktivitetshusa for å informere om prosjektet. Det var òg ein fordel med tanke på rekruttering til fokusgrupper. Vi blei ønska velkommen begge stader, og det er hovudsakeleg eg som har jobba med den deltakande observasjonen, medan med-forskar Rose-Marie har vitja stadene saman med meg; både i forbindelse med fokusgruppene og deltakande observasjon. Vi har difor tenkt at prioritering av fokusgruppene (å intervjuje saman) har vore viktigast i vårt samarbeid om datainnsamlinga.

Wadel (2014) skriv om feltarbeid i eigen kultur og å vere sosiolog på seg sjølv. Kanskje spesielt i deltakande observasjon er dette viktig, og Wadel trekker fram tre forhold til bevisstgjerung:

- 1) At ein er bevisst sitt eige rollerepertoar og kva slags rolle ein til ein kvar tid sjølv tar eller blir gitt av informantane sine. Dette fordrar at ein òg er klar over informantane sine rollerepertoar.
- 2) At ein er i stand til å utnytte seg sjølv som informant. I eit kvart feltarbeid ta/bli gitt nokre lokale roller. Desse lokale rollene kan forskaren utnytte på ein slik måte at han blir sin eigen informant.
- 3) At ein gir merksemd til at eins eigne kulturelle kategoriar, og ikkje informantane sine eigne kategoriar, ofte dirigerer kva ein observerer. Dette gjeld i større grad i studiar av eigne samfunn enn ved studiar av framande samfunn.

Feltet og stadene

Bydelane i Oslo tilbyr fleire tenester for menneske som opplever psykiske problem eller psykiske kriser. Ein kan søke slike tenester sjølv, eller be fastlege eller behandlar (for dei som har det) om støtte til å søke seg til rett teneste. Tilbodet ein får er avhengig av kor alvorleg livssituasjonen er og kva ein sjølv meiner skal til for å få det betre. Søknaden går gjennom eit søknadskontor som tek kontakt med søkaren for ein kartleggingssamtale før ein får tildelt teneste. Det mest vanlege er at ein får ein kontaktperson/psykisk helsearbeidar for personleg oppfølging og samtalar. Tilboda varierer noko i dei ulike bydelane, men Oslo kommune skriv at hjelpa skal bli tilpassa den enkelte sitt behov. Nokre av tilboda kan vere (Oslo kommune, 2021³):

- Personleg oppfølging og samtalar
- Hjelp til å lage struktur i kvardagen og finne meningsfulle aktivitetar
- Individuell plan og hjelp til å finne riktige tenester
- Støtte til betring og meistring
- Gruppetilbod som til dømes depresjonsmeistring, turgruppe og samtalegruppe
- Vaksne kan få tilbod om kurs ved aktivitetshusa eller frisklivssentralane
- Oppfølging i ein krisesituasjon

³ <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helse/#gref>

Vi vitja to aktivitetshus og møtestader i dei ulike bydelane for deltakande observasjon. Desse stadene tilbyr lågterskel-tilbod – ofte med samansetjing av både fagpersonar, brukarrepresentantar og frivillige. Oslo har totalt 18 slike aktivitetshus. Vi vitja fire av desse i forbindelse med førebuinga av fokusgruppene, kor to av dei blei valt ut til å delta i ulike aktivitetar over fleire gongar gjennom deltakande observasjon. Den eine staden var ein vakker villa med rikt uteområde/hage, den andre staden eit typisk kommunalt bygg utan uteområde/hage. Denne deltakinga varte i ei periode på 6 månadar (2018) i eit tidsrom på fire timar per dag; tysdagar den eine staden og fredagar ved den andre staden. Her deltok vi – og først og fremst eg – på ulike aktivitetar som til dømes måltid, quiz, kunstutstillingar og hagestell. Eg var òg på nokre besøk ved stadene i løpet av 2019. Fokusgruppeintervjua blei gjennomført i eigne grupperom på dei ulike stadene i perioden 2018-2019. Stadene fekk infoskriv om prosjektet som blei hengt på infotavle. Det har resultert i fleire rike observasjonar som har gitt utfyllande feltnotat. Vi er trygge på at vi får endå rikare kvalitative data og breiare kontekstuelle perspektiv gjennom å supplere fokusgruppene med deltakande observasjon.

Deltakarene – rekruttering og samansetjing

Til fokusgruppene blei totalt 32 deltakarar rekrutterte: brukarar av tenestene (n=11), tilsette (n=12) og frivillige (n=9). Fokusgruppene blei delt inn i sju grupper, tre grupper (brukarar, tilsette og frivillige) i to bydelar, ei gruppe brukarar i den siste bydelen.

Det blei gjort eit strategisk utval av brukarar, profesjonelle og frivillige med tilknytning til dei psykiske helsetenestene i bydelane. Vi rekrutterte deltakarar i samarbeid med leiinga for tenestene i dei representative bydelane, og i samarbeid med andre tilsette som delte ut informasjon om prosjektet til potensielle deltakarar. Inklusjonskriteria for deltaking i fokusgruppe for brukarar av tenestene var 1) erfaring med psykiske problem over tid og 2) hadde eit vedtak om psykisk helsehjelp i tilhøyrande bydel. Berre to av brukarane var i fast deltidsarbeid, ein av grunnane til at tradisjonelt arbeid ikkje er eit vesentleg tema i materialet vårt.

Intervju-prosessane – gjennomføring, intervjukontekst og tekstomfang

Dei fleste fokusgruppene (5 av 7) blei gjennomført av stipendiaten og med-forskar Rose-Marie i dei respektive bydelane. Dei to resterande av stipendiaten aleine. Vi utvikla intervjuguiden (semistrukturert) saman, og tilpassa den noko til dei ulike gruppene. Vi førebudde intervjua med inspirasjon frå Brinkmann (2013), kor vi innstilte oss på å vere

lyttande moderatorar, og forsøkte å fokusere diskusjonane etter beste evne knytt til forskingsspørsmåla. I intervju starta vi med å introdusere oss sjølve og fortalte kort om bakgrunnen for studien. Vi søkte og å gje nokre døme på kva sosial støtte kan vere – og korleis omgrepet blir definert av mellom andre folkehelseinstituttet. Det var viktig for oss å understreke at dette ikkje var ein gitt eller endeleg definisjon av kva sosial støtte kan handle om.

Gruppene blei ikkje miksa. Det betyr at vi la til rette for eitt fokusgruppeintervju med brukarar i dei aktuelle bydelane (3), eitt med tilsette i to bydelar (2) og eitt med frivillige i to bydelar (2). Gruppa med brukarar hadde eit aldersspenn frå 22-67 år, tilsette frå 25-65 år og blant dei frivillige 42-75 år. Blant brukarane varierte varigheit av kontakt med psykisk helseteneste (både i kommune og psykisk helsevern) frå 4 til 25 år, og alle deltakarane i denne gruppa rapporterte å ha ei eller fleire psykiatriske diagnoser. Dei tilsette hadde ulike fagbakgrunnar og utdanning: sosialt arbeid, sjukepleie, vidareutdanning i psykisk helsearbeid, ergoterapeutar, fysioterapeutar m.m. I gruppa av frivillige var fleire pensjonerte arbeidarar frå ulike yrkesgrupper; nokre hadde eigenerfaring med psykisk helse og rusvanskar og nokon var tilknytt frivillig arbeid for arbeidstrening. Tre personar hadde fleirkulturell bakgrunn. Alle intervju har blitt gjennomført på stader som var kjende for deltakarane, og hadde ein varigheit på 1 til 1,5 time. Fokusgruppeintervju blei tatt opp på band-opptakar. Eg transkriberte fire intervju og med-forskar Rose-Marie tre intervju. Til saman blei dette om lag 130 sider i Word-dokument klargjort til analyse (i tillegg til feltnotatar på om lag 50-60 handskrivne sider.

Etnografiske refleksjonar kring sosial støtte

Både Fangen (2010) og Wadel (2014) skriv om kjenslevarleik for feltet. I tråd med ulike måtar å nærme seg det vi kan kalle ein fenomenologisk følsemd og nysgjerrigheit, har det vore viktig for meg å forsøke å auke følsemd for det som gjekk føre seg rundt meg. Kva slags før-forståingar pregar det eg ser? Kva ser eg etter? I denne prosessen har det vore viktig å ha ei openheit for det uventa, og forsøke å legge merke til samhandlinga mellom folk og miljøet. Eg har forsøkt å vere bevisst korleis mine egne erfaringar og kulturelle kategoriar farga det eg såg, og om eg tolka noko på ein bestemt måte og var i tvil, stilte eg ofte oppfølgingsspørsmål til dei eg møtte (til dømes: «eg såg at dykk gjorde dette, og tenkte at.. kva tenker du?» og «kva betyr desse måltida for deg, eigentleg?»).

Inneber sosial støtte og betringsprosessar noko anna enn det eg og vi førestilte oss? Det som overraska meg mest, var kanskje kor sterkt *og* skjørt støtte kan vere. At vi ikkje har kome lenger med å knyte psykiske helsevanskar saman med levekår. Å skrive dikt knytt til feltarbeidet og observasjonane, og i relasjon til datamaterialet, opplever eg har vore til hjelp. Eg opplevde det kunne gje meg som observatør ein annan tilgang til materialet og erfaringane, til det som skjedde. Tilgang til meir av det uventa, kanskje, sjølv om funna våre på ingen måte representerer banebrytande nytt. I antologien *Ethnographies of Social Support* redigert av (Schlecker & Fleischer, 2013), som tek for seg case studiar knytt til sosial støtte i ulike kulturar, beskriv Schlecker innleiingsvis at desse studiane deler ei utforskingstrong for det uventa. Denne boka dukka diverre ikkje opp i vår *scoping review* – noko som synar at vår scope ikkje er brei nok (noko vi har understreka under «limitations» i artikkelen). Utforskingane av sosial støtte i denne boka gir mening i relasjon til prosjektet vårt. Case-studiane den synar til, understrekar på ulike måtar verdiar som solidaritet og gjensidigheit, og interessante utforskingar knytt til kollektivistisk tenking – både gjennom sub-kulturar som kan arte seg i individualistiske kulturar, og i kulturar med meir kollektivistisk orientering; kor ein kanskje er meir prega av ein plikt-etikk og ei større «oss»-tenking. Vi er alle saman i dette saman. I perioden kor eg var tettare på samspelet mellom folk, tenker eg i etterkant at desse møtestadene på mange måtar utgjorde kollektivistiske sub-kulturar i ein overdriven individualistisk kultur. Fangen (2010) skriv at for å bevare følsemda til feltet bør ein streve etter å ivareta noko av det «ferske blikket» utover i feltarbeidet (og analyseprosessane). Eg og vi har forsøkt å nærme oss dette. Kva kunne vi bli overraska av og undre oss over som skjedde og skjer – sjølv etter at vi har lært feltet og deltakarane betre å kjenne? For meg har det å ha med-forskar Rose-Marie med i analyseprosessen betydd at eg har tenkt annleis om deler av datamaterialet. Det har betydd at eg kanskje har sett meir, og ivaretatt noko betre det «ferske blikket» i ulike fasar.

Som vår tredje artikkel forsøker å gå litt djupare inn i: kva var det med desse stadene som skilte seg ut – som gjorde at nokre stader kanskje la betre til rette for at støtte kunne blomstre enn andre?

5.0 Analyseprosessen

I analyseprosessen vår har vi i hovudsak brukt tematisk analyse, poetisk analyse og etnografisk fortolking som verktøy. Samtidig har analyseprosessen fleire element av etnografisk fortolking, samt hermeneutisk og fenomenologisk inspirasjon, som har vore

støttande og supplerande analytiske verktøy i omgangane våre med datamaterialet. Eg vil i dette kapittelet forsøke å vise korleis vi har tenkt og arbeida med materialet.

5.1 Samarbeidsbasert tematisk analyse

I analyseprosessen av fokusgruppeintervjua har hovudtilnærminga vore å gå dei essensielle stega for tematisk analyse. Tilnærminga er inspirert av andre prosjekt som har nytta samarbeidsbasert analyse (Borg et al., 2017). Eg og med-forskar Rose-Marie førebudde analysen ved å lese og diskutere pågåande litteratur innan med-forsking (Borg & Kristiansen, 2009; Tangvald-Pedersen & Bongaardt, 2017). Målet med analyseprosessen var å fange deltakarane sine personlege erfaringar og diskusjonar knytt til sosial støtte, og følgeleg våre ulike fortolkingar av deltakarane sine levde erfaringar – med den hermeneutiske sirkel i mente. Heidegger løftar fram sin filosofi i *Sein unt Zeit* om mennesket sin eksistens som hermeneutisk; ikkje berre knytt til vår forståing av tekst, men at all vår vit(skaping) bygg på forståing artikulert som ei utlegging av det vi kan vite noko om. Det handlar om vår «historisitet», menneske som veren-i-verda – *In-der-Welt-Sein* – som allereie beveger seg i forståings-situasjonar som menneske gjennom historisk forståing må utleggje, korrigere og forhandle om for å kome nær ei sanning (Gilje, 2019).

Både innan rammene av tematisk analyse og etnografisk fortolking vil eg argumentere for at hermeneutikk skjer, og at sirkelen blir relevant. Den hermeneutiske sirkelen forsøker å hjelpe oss til å forstå at noko som har meining (ein tekst, ei historie, eit bilete, ei handling etc.), kor vi i fortolkings-prosessane av dei ulike delane av materialet, har forsøkt å bevisstgjere at vi alltid har ein førehandsforståing av heilskapen som dei ulike tema som dukkar opp høyrer heime i. Her har òg analyse-prosessen vår blitt prega av våre teoretiske forståingar og ståstader. I analyse-prosessen har eg og Rose-Marie forsøkt å forhandle om dei ulike delane og tentative tema som dukka opp; eg har sett noko, Rose-Marie noko anna. Vi har hatt ulike førehandsforståingar av delane og heilskapen – men likevel klart å bli einige om retning og gjentakande mønster og tema i datamaterialet. Analyseprosessen knytt til fokusgruppene og feltnotatane, har vore prega av at vi hatt fleire pausar og fleire omgangar med datamaterialet. Korleis kunne nye funn-områder av interesse setjast i samanheng med heilskapen – og i samanheng med forskingsspørsmåla? Ein kan hevde at den analytiske tilnærminga og tolkinga vår er både semantisk (eksplisitt og datadreven) og latent (samankopling av data til aktuell teori og erfaring med djupare tolking). Ideelt sett, som Braun og Clarke (2006) hevder, inneber den analytiske prosessen ein progresjon frå semantisk utgreiing til ei breiare tolking og analyse.

Vi har hatt god hjelp i vår samarbeidsanalyse av Braun og Clarks steg for å oppnå betre stringens i organiseringa av materialet: (1) Naiv lesing; bli kjend med datamaterialet, (2) Generere meinings-einingar, (3) Utvikle tentative tema, (4) Gjennomgå, definere og namngje tema og vårt eige punkt (5) Ta pausar og kome tilbake til materialet. I slutfasen vurderte vi tentative tema som vi analyserte oss fram til nok ein gong – og prøvde å identifisere hovudtema som kunne beskrive både fellestrekk, forskjellar og overraskande moment i relasjon til forskingsspørsmåla. Etter å at oppnådd ei betre oversikt, var vi i stand til å observere tema som utvikla seg i det vi fann som «domene-diskusjonar», noko som var til god hjelp i prosessen med å bli einige om hovudtema. Vi valte å systematisere funna frå fokusgruppene i tre organiserande tema knytt til forskingsspørsmåla i studien – kvart tema med to undertema knytt til essensen i diskusjonane. Desse diskusjonane og funn-områda forsøker artikkel 2 å gå djupare inn i. Under følgjer eit døme på korleis vi jobba med datamaterialet. I den tematiske analyseprosessen fekk vi fram ulike eigenskapar og meiningsdimensjonar ved datamaterialet. Det er fleire forhold ved datamaterialet vi kunne ha utnytta vidare, med meir tid og kapasitet. Vi har ein pågåande prosess for å kunne skrive fleire artiklar i kjølevatnet av denne avhandlinga.

Data extract (J-FG) (duration 1,5 hour)	Coding & potential themes
P1: Men så er det jo og det at folk er villige til å stille opp når du har praktiske ting som du trenger å ordne med. At de viser at de er interessert og at de blir glad for det. Det er vel det som jeg tenker først da. Det enkleste nivået. Og at man ikke opplever å bli avvist av folk. For det er jo fravær av.. (tenkepause) føler jeg... fravær av den støtten. Når de trekker seg eller begynner å ghoste deg.	Forståelsen av sosial støtte Villig til å stille opp/ Praktisk hjelp Å ikke bli avvist/ Ghosting

Etnografiske fortolingsprosessar

Ved at vi trekker vekslar på breiare meiningssamanhengar, kan vi sette det vi observerte inn i nye perspektiv. Om vi berre konstaterer det vi ser og høyrer, har vi gjort ei fortolking av første grad (Fangen, 2010). Det ein som forskar(ar) kan gjere for å leggje ei deskriptiv beskriving så nær som mogleg deltakarane sine erfaringar, er å fortolke kva som hender, i kraft av å sjølv vere deltakar. Uansett korleis eg føler eg har glidd inn som deltakar ved stadene, har eg òg

vore gjest, forskar, ein person folka veit er der for å lære og observere. Ein outsider? Det er mogleg å legge vår eiga fortolking av det som skjer så nær opp mot informantane og samtalepartnarane sine omgrep og forståing som mogleg. Geertz (1973) kalla desse fortolkingane for aktørorienterte fortolkingar – deltakarane sine statusar som subjekt, som informantar og samtalepartnarar, med førstehands kunnskap om si livsverd. I forlenginga vil dei omgrepa og tema ein utviklar vere erfaringsnære – og tjukkare. Det er likevel ikkje sikkert vi speglar røyndomen slik deltakarane sjølv ville gjort det, om dei skulle skrive ut om det som skjedde sjølve.

Ei føresetnad for å kome nærare det erfaringsnære – deltakarane si livsverd – er at vi i vid forstand har hatt samtalar, diskusjonar og felles aktivitetar saman. Som antropologien ofte har som ideal – å beskrive tilværet til dei menneska ein samhandlar med – så nært opp mot det dei sjølv erfara og beskriv som mogleg. Kanskje vi då nærmar oss så langt det er mogleg ein subjekt-subjekt-posisjon? Ein open dialog – med rom for ulike perspektiv? For å kunne ta samhandlingane og det erfaringsnære, har det å skrive dikt knytt til observasjonane og diskusjonane vore eit forsøk på å ta analysen eit steg vidare. Ein kan argumentere for at vi gjennom poetisk analysemetode og ved hjelp av utvida diskusjonar har bevegde oss vidare – og kanskje beveger oss i grenselandet mellom første- og andregrads fortolking – mellom det tynne og tjukke deskriptive. Fangen (2010) meiner at det å bruke meir erfaringsfjerne analyseformer er ei viktig tilnærming, om ein vil overskride deltakarane si common sense-forståing, og at vi då kan tale om ei andregrads-fortolking. I denne prosessen ligg òg rommet for å bevege seg frå tynne til noko tjukkare beskrivingar. Ei tynn beskriving viser «berre» det som observerast. Tjukkare beskrivingar kan inkludere element knytt til kva deltakarane kan ha meint med det dei gjorde, kva fortolkingar dei ga sjølve, og vår eiga fortolking av dette knytt til aktuell teori (Geertz, 1973).

5.2 Poesi som analysemetode

Vi bestemte oss for å bruke poesi som supplerande analysemetode, inspirert av Faulkner (2016), fordi vi såg ein annan analytisk tilgang i poetisk praksis. Poetiske uttrykk av erfaringar knytt til fenomenet sosial støtte og tilværet kan vere berikande – spesielt knytt til observasjonane og feltnotatane, men òg nye områder og innsikter i fokusgruppeintervjua. Poesi som analyseverktøy og formidling har eit potensial til å ta oss djupare inn i empirien og situasjonane, på ein måte sakprosaisk framstilling ikkje alltid klarer (Short & Grant, 2016). Det kan òg vere pedagogisk hensiktsmessig i forskingsformidling av kvalitativt

forskningsarbeid (ibid). Poesi har potensialet til å komprimere vesentlege erfaringar, og kan til dømes spegle eller vise nye sider av røyndomen ved det å leve i marginale livssituasjonar. Dette steget vidare i analyseprosessen er òg inspirert av autofiksjon og autoetnografisk orientering. Autoetnografi handlar i stor grad om bevegelsane mellom det personlege og kulturelle, det individuelle og kollektive. *Auto* handlar om introspeksjon og observasjon av skribenten – refleksjonar, tankar og kjensler. *Etno* viser til kultur, og fokuset rettar seg utover mot den kulturelle konteksten og praksis. Vidare betyr *Grafi* sjølve framskrivinga av den systematiske undersøkinga – frå forteljingar, erfaringar og observasjonar – til personleg innsikt og vitskapeleg kunnskap (Karlsson et al., 2019). Prosessen med å utvikle empiri til poesi kan difor òg forståast som ein autoetnografisk prosess, som ein prosess der vi vever eigne erfaringar og fortolkingar inn med deltakarane sine levde erfaringar meir eksplisitt. Poesi som analytisk verktøy og formidling kan òg hjelpe til å male fram ulike bilete av det marginale og framande, og setje desse fenomena i samanheng med det politiske (Faulkner, 2017).

Poetiske analyserefleksjonar: grenselandet mellom fiksjon og prosaisk formidling

I heile analyseprosessen har vi delt materialet, studert det kvar for oss, og hatt fleire møter saman der vi har diskutert gamle og nye funn. Etter ei lengre pause frå arbeidet tok vi til å studere empirien på ny. Vi fann at fleire feltnotat frå observasjonane og mange av erfaringane til deltakarane, skilte seg ut på måtar som var kjenslemessig sterkt lada. Det gjorde at vi kom på sporet av poesi som analytisk og pedagogisk verktøy, både i forskingsprosessen og forskingsformidlinga. Vi gjennomførte ei re-analyse der eg skreiv fleire dikt med bakgrunn i materialet, som med-forfattarane studerte, tolka i relasjon til materialet og ga innspel til. Dette arbeidet førte til den tredje artikkelen. I arbeidet med å tilføre fiksjon i delar av datamaterialet i analyseprosessen, oppstår ei viktig øving i å ivareta det empiri-nære, og samtidig bruke og integrere eigne erfaringar og fantasi. Vi ønska å løfte poenga til deltakarane endå høgare, forsøke å vise dei tydelegare. Jan Erik Volds tankar om at diktet blir skapt ut frå diktaren sin biografi, geografi og livssituasjon, gir meining når vi utforskar ein poetisk skapingsprosess som autoetnografisk (Vold, 2013). Både empirien og poesien blir uttrykt gjennom våre fortolkingar, sjølvfiksjonar og kjensler. Omgrepet «sjølvfiksjonar» stammar frå romanforfattaren og litteraturprofessoren Doubrovsky. Han hevdar at «autofiksjonelle» tekstar løftar fram *reelle* menneske, handlingar og hendingar, samtidig som dei i form i liten grad skil seg frå annan fiksjonslitteratur, og at fakta òg kan vise seg i fiksjonen (Buvik, 2019). Autofiksjon er noko anna enn autoetnografi, fordi ein tillét at fantasien kjem inn i språket; ein

beveger seg noko lenger inn mot det kunstnarlege, men held stadig fast i det observerte (Faulkner, 2016). I dette landet som vi kan kalle for grenselandet mellom vitskap og poesi, autofiksjon og autoetnografi, kan ein skape ein større konsentrasjon kring avgjerande erfaringar. Eit større rom for refleksjon over og analyse av bestemte opplevingar. Det kan føre til vidare utforsking av samanhengar, der utnyttinga av språket – den poetiske utforskinga av det erfaringsnære – kjem tettare på konteksten erfaringane oppstår i. Tettare på tilværet og den ofte så brutale realismen.

Kunst og litteratur utgjer ei kontinuerleg forhandling med røyndomen, og representerer ei utveksling mellom identiteten, kulturen, og den materielle, fysiske og uendeleg kompliserte verda dei oppstår av (Knausgård, 2018). I denne forhandlinga er poesien sentral. Men krev ikkje poetisk praksis og poesi som analysemetode at forfattarane er poetar? Kva er poetisk praksis? Og kva er det motsette av poetisk praksis? Poesi er ein skapingsprosess fordi det handlar om *å gjere* og *å bringe fram*, om vi skal følgje det etymologiske opphavet til sjølve omgrepet (Vold, 2013). Det motsette av poetisk praksis kan ifølgje Vold vere poetisk teori: altså ein framgangsmåte, ei formeining om korleis poesi skulle arte seg (Vold, 2013). Kanskje er det eg forsøker å forklare her nettopp dette; det motsette av poetisk praksis. Faulkner (2016) meiner (som Mueller og Heidegger) at forskarar som arbeidar med kvalitativt datamateriale både kan og bør utforske sine poetiske talent og den poetiske praksis. Den komprimerte forma og rytmen som poesien ofte kan tilby, kan gje meir kraft til erfaringane, og kan vidare yte det kvalitative datamaterialet meir rettferd, om ein vil. På den andre sida kan ein risikere å gå seg vill. Vi vel å gje det eit forsøk med eit ønske om å formidle vesentlege erfaringar frå feltet ved hjelp av poetisk praksis i form av dikt, som vi i tredje artikkel har argumentert for kan supplere tradisjonell forskingsformidling.

Etnografiske analyserefleksjonar – frå deltaking til erfaring, til tekst, til dikt

Deltakinga og samværet med folk i feltet resulterte i observasjonar om og av det marginale, om det rike, om det sterke og skjøre i støtte. Om alt potensialet i støtte og kanskje fråværet av støtte. I tidsperioden eg var ved dei ulike stadene (øg kalla aktivitetshusa) møtte eg ei oppleving av at folk *gjorde* sosial støtte. Det er fleire moment av verb i fenomenet sosial støtte – for i samværet med kvarandre *gjer* vi som regel saker og ting: vi samtalar, vi malar, vi går, vi quizzer, vi dyrkar, vi handlar, vi ler, vi gret, vi lever. Desse aktivitetane og rommet

sosial støtte skjer i, eller ikkje skjer i, blir forsøkt handsama i dikta. I prosessen har medforskar Rose-Marie og hovudrettleiar Bengt lest dikta, og vi har knytt dei til andre relevante mønster og tema i materialet. Eg vil gje to døme på korleis deltaking, samvær og feltnotat kunne utvikle seg til dikt:

Fredag 4. mai

Før dagens quiz er eg med Jarle og Else ut i bakgården (kom ein time før). Det er ein fin dag, sola skin, vi småpratar om at det tross alle ting er herleg når våren endeleg fester grepet. Else har med ein pakke med bie-blomsterfrø og løkar som vi skal så og setje ved kjøkkenhagen, like utanfor kjøkkenvindaugget. Vi fordeler frø og løkar og grev opp eit eigna område i bedet, kor vi plantar det vi har. Jarle fleiper med at vi kjem til å bli nedrende av bier her, vi ler. Eg går eit stykke unna for å kvile og kjenne sola i andletet, ser dei halde på – insider/outsider. Else og Jarle fortset i bedet, eg høyrer ikkje kva dei pratar om, berre mumling og tidvise utbrot av latter. Det verker som dei har god kjemi, det veks noko mellom dei (...) (utdrag feltnotat).

Vikarierande håp

Etter fleire omgangar med tørrprat
seier du det til meg (kviskrar du det?)
du seier dette:
at samfunnet har det ikkje
men denne staden har det;
eit vikarierande håp

vi sår nokre frø utanfor kjøkkenvindaugget
det veks liljer mellom brysta våre

Tysdag 10. april

Eg kjem til lunsjen rundt klokka tolv, og her er nokre nye sjeler sidan førre gong eg var her. Det er aktiv prat rundt bordet, to store kasserollar med suppe som vi forsyner oss ivrig frå. Eg spør ein kar ved sidan av meg kva som er hovudgrunnen til at han kjem hit. Han svarer; «det er tomt på kontoen, da». Eg spør kva denne staden betyr for

han, og han ventar ei stund før han fortel at den «hjelper litt på» når det er så lite som skjer elles og ingen å kome heim til. Han fortel at det er ein ok plass å kome, både fordi han bur aleine og ofte strever med å få endane til å møtast. Her er kan ein velje om ein betaler ein slant for maten, legger han til (...) (utdrag feltnotat).

Marginal salme

drar kortet i betalings-terminalen
avvist for siste gong
er det ein Gud her
så heiter han Wall Street

dei ser så friske ut
alle som får draga sine godkjend
har ikkje alle på seg
treningsklede òg?

avvist for siste gong
terminalt
utanfor butikken
står ein tomsekk
og ventar på meg

Datamaterialet si kontekstavhengigheit blir forsøkt understreka vidare i den hybride framstillinga (fokusgrupper og dikt etter feltobservasjonar) av funn, som vi har forsøkt i tredje artikkel. Ved ei fortolking av kva ei handling eller ytring betyr, må dette openbart sjåast i lys av samanhengen den skjer i (Fangen, 2010). Analyseprosessen vår har òg forsøkt å halde fast i sosialt arbeid si analyseining; personane i situasjonane (i økologien). Den har forsøkt å halde fast i det erfaringsnære ved ytringane og handlingane – og samstundes blitt gjenstand for våre vidare tolkingar og forståingar av heilskapen. Det at ulike delar av materialet har blitt til dikt, kan kanskje innebere eit etisk problem: at fortolkingane går utover den beskrivinga deltakarane sjølv har, av handlingane sine, og at bruk av abstrakte omgrep i verste fall kan føre til at nokon kanskje kjenner seg objektivisert. Det kan vere eit gjeldande problem både ved den tematiske og poetiske analysen. På ei anna side kan ein tenke seg at vi får fram fleire

aspekt ved erfaringane; som i beste fall *både* får fram det unike og meir universelle ved fenomenet sosial støtte – men som òg kler av omgrepet noko meir.

Metodekritiske refleksjonar

Har prosjektet vore for statisk – eller ber det preg av ein dynamisk prosess? Kva andre tilnærmingar kunne vore hensiktsmessig i dette prosjektet? Kva utfordringar og avgrensingar inneber det at prosjektet har både fokusgruppeintervju og deltakande observasjon? Har vi vore for verdilada? Har eg inkludert Rose-Marie godt nok i forskingsprosessen? Eg vil hevde at prosjektet har vore både statisk og dynamisk – og ikkje anten eller. Statisk i den forstand vi har klart å halde fast i forskingsspørsmåla vi i starten utvikla saman. Statisk om ein tenker på ordet sin greske etymologi, *statikos*, ‘vegande’; at vi har leita og vege ulike delar av materialet opp mot det ‘vegande’ ved forskingsspørsmåla. Dynamisk fordi vi har klart å dykke djupare inn i ulike aspekt knytt til forskingsspørsmåla, og i analyseprosessen aktivt leita etter nye ting som kan svare på desse spørsmåla. Ei vesentleg metodisk avgrensing har oppstått knytt til tidsaspektet; vi kunne nok med fordel brukt meir tid på møtestadene for å få eit endå rikare materiale, og variert meir kva slags aktivitetar vi var med på. Ideelt sett skulle eg og med-forskar Rose-Marie kanskje gjort meir av den deltakande observasjonen saman. Ei anna utfordring ved å kombinere metodane for datainnsamling er at dette kanskje ikkje blir eit «fullverdig» antropologisk arbeide. Likevel har argumenta for å kombinere metodane vist seg som gode; fokusgruppene har utfylt den deltakande observasjonen, og vice versa.

Når det gjeld grad av verdilading, er det svært sannsynleg at vår identifisering med Recovery-orienteringa skaper blinde flekkar. At vi leiter meir etter noko i materialet som kan bekrefte våre ståstader, enn det som kan utfordre våre forståingar av kva som skal til for å skape gode betringsprosessar. Kanskje er vi for medisin-kritiske? Kanskje har biologiske og personlege forhold meir å seie enn det vi har klart å fange opp? Situasjonen i personen? Kva med einsemda sine privilegium og kollektivet sine potensielle undertrykkjande mekanismar? Som forskarar har vi forsøkt å gjere jobben vår som forskarar; å la erfaringane som ligg i materialet i størst mogleg grad få tale for seg – og setje erfaringane inn i ein større samanheng – og problematisere funna. Ei av svakheitene ved studien, er at eg nok ikkje har klart å inkludere med-forskar Rose-Marie godt nok i alle fasar av studien (som nemnt tidlegare). Det er ikkje sikkert vi har klart å utnytte eller forstå dei ulike rollene vi har hatt godt nok. Vi har heller ikkje hatt så mange fysiske møtee som vi skulle ønska i analyseprosessen, fordi livet har

krevje ulike ting av oss. Dette har vi forsøkt å løyse ved å ha telefonsamtalar og gjennom lengre mail-brev i avgjerande fasar av analyseprosessen.

Vi kan òg stille oss spørsmålet: er sosial støtte eit dekkomgrep? Wadel (2014) peiker på at vi ofte nyttar omgrep om tilværet og fenomen som i sin tur kan dekke over andre fenomen.

Likevel, sosial støtte er eit konsept og fenomen som kan vere til hjelp for å forstå mellommenneskeleg samhandling. Eit konsept og fenomen som kan vere nyttig å utforske i relasjon til (psykisk) helse, helsevanskar og betring. Det som har fascinert meg mot slutten av forskingsprosessen er korleis vi har (forsøkt) forstått sosial støtte på nye måtar gjennom å kle av oss omgrepet *litt* meir. Det betyr at erfaringane og samhandlingane uttrykker meir enn eit omgrep kan klare å dekke, eller fange opp. At materialet og deltakarane sine erfaringar rommar ei spennvidde: det unike ved enkeltmenneske sine liv og kontekstane liva beveger seg i – til heilt grunnleggjande kollektive menneskelege behov for helse, tilknytning, gjensidig støtte og samhengane mellom desse behova. Kven vi er og vil vere bundne saman med – og kva som gjer at sosiale band og støtte på ulike nivå styrkast og svekkast. Kva som kan vere helsefremjande relasjonar og miljø, og motsett.

Nokre fleire kritiske spørsmål knytt til analyseprosessen som har dukka opp er: kvifor brukte ikkje vi utviklingsgruppa som gruppe for rettleiing og diskusjon av analyse og funn?

Diskursanalyse – why not – og er det element av diskursanalyse i analyseprosessen vår?

Skulle vi brukt kvantitative metodar for å utforske statistiske forskjellar og likeheiter mellom bydelane, og for å utforske grad av støtte brukarane av tenestene rapporterte å ha i livet?

Desse spørsmåla blir ståande å gape som opne sår, og kan tilsettast salt ved høve.

6.0 Etske refleksjonar

Denne studien utforskar folk sine sosiale landskap, og går sær nær og tett inn på liva til folk. Det medfører sjølvstakt nokre etske problemstillingar – kanskje til og med etske problem. Vi har forsøkt å vere medvitne at tema som vi løftar fram og tek med inn i dei sosiale situasjonane, kan vere sensitive, sårbare og utfordrande å snakke om. Det å samle folk til fokusgrupper, kan både vere med på å gjere det litt mindre vanskeleg å dele personlege erfaringar, eller det kan gjere det vanskelegare; alt etter dynamikken i gruppa og kvar enkelt deltakar sine preferansar og personlegdom. Nokre stemmer og perspektiv har potensielt fått meir plass enn andre. Dette dilemmaet har vi forsøkt å førebu oss på etter beste evne – gjennom å dele litt frå eige liv òg – både i introduksjonen til samtalane og diskusjonane, der

vi meinte det kunne vere relevant å knyte samanhengar mellom erfaringar, for å potensielt skape større resonans. Der det å dele erfaringane ikkje blei einsame handlingar, som nokre utanforståande forskarar studerte med sine kronisk friske blikk. Ei etisk utfordring i denne erfaringsdelinga, kan vere at forskarane sine erfaringar får meir plass enn dei behøver. I ein av intervjusituasjonane tok eg meg i å prate litt vel mykje. Vi har difor vore opptatt av å avgrense det rommet vi deler frå eige liv, til å handle om spesielt relevante områder i samtalanene og diskusjonane – og elles følgte Brinkmanns' (2013) intervjutips nummer éin; å halde mest mogleg kjeft. Lytte. Vi har moderert og forsøkt å gje plass til dei i gruppene som har sagt minst eller vore stillast gjennom spørsmål som; «kva tenker du om dette?» etc. Eg er likevel litt usikker på kor fullstendig taus «intervjuarane» skal vere, all den tid kunnskapsproduksjonen skjer i eit samarbeid – og gjennom dialogar – der intervjuarane òg med fordel kan vise seg som menneske med levde liv. Slik kan ein kanskje i intervjusituasjonar òg nærme seg endå meir møte prega av subjekt–subjekt-posisjonar. Men; det er og har vore dei rekrutterte deltakarane sine perspektiv og samtalar som har vore i førarsetet. Her har eg og Rose-Marie forsøkt å moderert kvarandre.

På mange måtar dreier studien seg kring *samarbeid og etikk*. Eit forsøk på det *vi-baserte* samarbeidet, eit forsøk på å viske ut skiljelinene noko i dikotomien *oss og dei andre*, utan å viske ut det unike ved enkeltmenneske. Dette kan vi plassere i ein slags bekreftande etikk; at vi er alle i dette saman, men likevel (og heldigvis) ikkje dei same (Braidotti, 2019). Den etiske fordringa i dette prosjektet er kanskje meir utforskinga av *vi-et*, enn av *eg-et*, men uløyselig knytt til begge deler. Ein slik filosofi er i tråd med bevegelsane som utvikla seg mot slutten av det 20. århundre, som i stor grad utforska motstand på etisk grunnlag. Miljøproblema opna i større grad opp erkjenninga av eit utvida «eg» – ei endring av fokus frå «eg» til «vi» – *vi i relasjon til* (Aasland & Botnen Eide, 2003). Paradoksalt nok stammar ein del av det individualistiske tankegodset òg frå hippie-bevegelsen, og denne motstanden mot systemet klarte kapitalismen jaggju å utnytte. I dag, nokre ti-år etter at den økologiske heilheits- og fellesskapstankegongen slo igjennom, vil nok dei fleste hevde at (det utvida) fellesskapet framleis ikkje blir satt framfor *eg-et*. Kvifor? Kanskje fordi ei tenking og ein politikk som var basert på det kollektive «vi-et» har ei baksida som ikkje var så tydeleg den gongen – men som har blitt meir synleg etter kvart? Spør Aasland & Botnen Eide (2003) vidare.

Ei fare med for stor grad av (eller kanskje rettare; utnyttande, ekstreme og diskriminerande variantar av) «vi-tenking», er at slik tenking som vi veit, kan gje rom for både maktmisbruk og avmaktskjensle blant oss. Då kan vi kanskje lande litt med dette: etikken følgjer av det å

vere eit menneske blant andre menneske (ibid), men òg menneske blant andre livsformer med sine interesser (Mueller, 2017). Etikken viser seg i møte med dei og det vi er i slektskap med – som jo er alt. Ethiske problem og korrigerings skjer i møte vi har – i det *utvida relasjonelle*. Kanskje kan ei slik etisk fordring hjelpe oss til å møte andre med større audmjukheit og venlegare sinn? Altså, ein sinnelagsetikk i Spinozas' ånd: for at vi som enkeltmenneske skal kunne oppføre oss best mogleg, mest mogleg moralsk riktig, må vi ha eit minimum av kunnskap om, eller forståing for denne heilskapen. For vår gjensidige avhengigheit, slik at vi ikkje gjer noko som kan skade heilskapen (Aasland & Botnen Eide, 2003).

Vi møter livet som omgir oss slik vi sjølv ønskjer å bli møtt, etter beste evne, og det har òg vore ei god rettesnor for meg i dette arbeidet. Å utforske folk sine sosiale liv så tett som vi har gjort, medfører ei rekke etiske utfordringar. I studien brukar vi anten fiktive namn eller ingen. Dette gjeld både knytt til stader og personar – og vi har følgd strenge retningsliner for å ivareta personvernomsyn. I rekrutteringsprosessen og ved underskriving av samtykkeerklæring, har vi både skriftleg og munnleg informert om at deltaking i studien er frivillig, og at ein når som helst kan trekke samtykket til deltaking. Vi har òg informert om at deltaking i denne studien ikkje har noko påverking knytt til tenestetilbod eller liknande. Informasjon som inneheld personopplysingar (samtykke til deltaking) er låst i eige skap, og blir sletta og makulert etter gjeldande retningsliner. Opptaka frå bandopptakar er sletta etter transkripsjon utan overføring av personidentifiserande opplysingar. Godkjenning av studien blei gjort av Norsk Senter for Forskingsdata (NSD).

7.0 Funn

Hovudvekta av det som har blitt skapt og funnet i dette ph.d.-prosjektet er presentert og formidla gjennom tre vitskapelege artklar. Målet med artiklane har vore å kartlegge ulike studiar knytt til sosial støtte og psykisk helse, og etablere ei (ufullstendig) kunnskapsbase, utforske om forskingsspørsmåla heldt vatn, og følgeleg søke å svare djupare på forskingsspørsmåla. Fenomenet sosial støtte, og forhold som kan fremja eller hemja sosial støtte, blir i artiklane utforska både gjennom systematiske søk i litteraturen, og gjennom fokusgruppeintervju og deltakande observasjon i feltet.

7.1 Samandrag av første artikkel

Tittelen på første artikkel er: *Social support and recovery from mental health problems: a scoping review*. Målet med artikkelen var mellom anna å undersøke omfanget av forskingsaktivitet knytt til temaet (som er stort), og bygge opp argumentasjonen for artikkel to

og tre. Vi såg òg eit behov for å utvikle kunnskapen om forskjellige assosiasjonar mellom sosial støtte, sosialt arbeid og betringsprosessar, og dei ulike funksjonane og nivåa av sosial støtte. Ulikskap i helse er eit aukande problem som vi òg forsøker å adressere og setje i samanheng med sosial støtte i denne artikkelen. Vi hevda at breiare integrering av sosial støtte-orientering i tenester og politikk *kan* spele ei viktig rolle i å redusere ulikskap i helse, og stimulere betringsprosessar. I denne artikkelen tok vi sikte på å kartlegge viktige deler av den eksisterande litteraturen angående (a) samhengane mellom sosial støtte, psykisk helse og betringsprosessar, og (b) beskrive trekk ved psykiske helsetenester som inkluderer sosial støtte som anten direkte eller indirekte strategiar. Vidare diskuterer vi korleis ulike forhold med utgangspunkt i desse studiane peiker på nokre moglegheiter og barrierar for sosialt arbeid og sosial støtte. Artikkelen utforskar òg ulike forhold knytt til forståinga av sosial støtte, og korleis ein kan nærme seg ulike måtar å utforske sosial støtte på. Vi gjennomførte avanserte søk i fem relevante databasar med hjelp av bibliotekar: Social Science Premium Collection, CINAHL, SweMed +, Idunn og PsychInfo Ovid. Vi gjorde eit omfattande utval, analyse og organisering av dei inkluderte artiklane. Vi gjorde ei avgrensing i utvalet til publiserte artiklar med utgreiing av forskingsdesign, og artiklar i nettverket vårt som søka ikkje fanga opp, og gjekk nok difor glipp av vesentleg litteratur. Det er ei svakheit ved artikkelen at vi ikkje inkluderte bøker i søket. Tjue-ni artiklar blei til slutt utvalt og blei organisert i to hovudtema: a) Samanhengar mellom psykisk helse og sosial støtte, og b) Nøkkel-eigenskapar ved sosial støtte-orienterte tenester. På mange måtar bygg denne artikkelen ein argumentasjon for dei to komande; til tross for at vi har mykje kunnskap om at sosial støtte er viktig, fann vi ingen studiar som går i djupet for å utforske forhold som fremjar og hemjar sosial støtte, sett frå brukarar, tilsette og frivillige sine ståstader. Artikkelen er publisert i *Nordic Social Work Research*.

7.2 Samandrag av andre artikkel

Andre artikkel fekk tittelen: *Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism: A Qualitative study Exploring Barriers and Possibilities for Social support in Mental Health Work*. Målet med studien var å kvalitativt undersøke brukarar, tilsette og frivillige i kommunal psykisk helseteneste sine *perspektiv og diskusjonar* knytt til kva som kan fremja eller hemja sosial støtte. Studien blei gjennomført i tre bydelar i Oslo. Gjennom samtalene og diskusjonane ønska vi å utforske potensielle fremjande faktorar, og ulike barrierar for sosial støtte og betringsprosessar. Stipendiaten og medforfattar 2 gjennomførte

sju fokusgruppeintervju (n= 32) med hjelp frå semi-strukturerte intervjuguidar som vi utvikla i samarbeid med rettleiar. Ved hjelp av samarbeidsbasert tematisk analyse organiserte vi funna i tre tema, med tilhøyrande seks undertema. Dette resulterte i ein funn-del som presenterer domene-diskusjonar vi analyserte oss fram til, gjennom følgjande tema: 1) kvaliteten og sårbarheita i sosial støtte: a) levde erfaringar, gjensidig støtte og forståing, b) "ghosting" og skam; 2) forhold som fremjar sosial støtte: a) stabile miljø og rom for mangfald, b) sosial rytme og heilande ritual; og 3) forhold som hemjar sosial støtte: a) økonomiske barrierar, og b) sosiale utfordringar i det moderne samfunnet. Vi fann at brukarar understreka at kvaliteten på sosial støtte var viktig, og at relasjonar som klarer å halde ut dei vanskelege periodane ofte er avgjerande. Ofte representerer dei sosiale møtestadene eit rom ein kan halde ut, og moglegheiter for å utvikle gjensidig støtte. Vidare fann vi at stabile miljø, sosial rytme og heilande ritual (som aktivitetar ein kunne stole på varte, og som markerte overgangar i dagane og frå veke til helg) var viktige faktorar for å stimulere forskjellige lag av sosial støtte og betringsprosessar. Vi fann at avgjerande barrierar for sosial støtte, spesielt i relasjon til storsamfunnet, var knytt til dårleg økonomi, dei sosioøkonomiske utfordringane tenestene møter, og følelsar av skam knytt til å slite psykisk og med økonomi. Funna representerer på ingen måte noko banebrytande nytt, men understrekar og utvidar nokre områder som vi kjenner frå betrings-forskinga. Dei viser òg korleis utfordringane deltakarane peiker på i stor grad er i samsvar med kritikken knytt til at det går for sakte i arbeidet med å utvide forståinga av psykiske helsevanskar. I diskusjonen inviterer vi lesarane våre til å reflektere over funna med tanke på nye og gamle forhold i kulturen som kan prege sosial støtte, og er innom kva den pågåande pandemien krev av oss og tenestene. Artikkelen er publisert i Kanadiske *Journal of Recovery in Mental Health*.

7.3 Samandrag av tredje artikkel

Den tredje artikkelen har fått tittelen: *Eksistensielle stormar, toreskyer og hus med rolege hav: ei vitenskapelig og poetisk utforsking av sosial støtte i psykisk helsearbeid*. Denne artikkelen handlar òg om deltakarane sine erfaringar med forhold som fremjar og hemjar sosial støtte i psykisk helsearbeid. Artikkelen har som mål å utforske vidare *forhold som påverkar sosial støtte i vår tid*, spesielt relatert til korleis vi opplever støtte i kjensleliv og praktisk kvardag når vi går gjennom langvarige psykiske helsevanskar. Denne artikkelen løftar òg fram perspektiva til brukarar, tilsette og frivillige. Inspirert av poesi som metode har vi re-analysert delar av datamaterialet etter gjennomførte fokusgruppeintervju og deltakande

observasjon. Metoddelen tek føre seg kvifor poesi som analysemetode og verktøy kan vere relevant i både analyseprosess og i presentasjon av data, og synar at analyseprosessen og har vore ein autoetnografisk prosess. Eg har skreve dikt med utgangspunkt i feltarbeidet, og medforskar Rose-Marie og hovudrettleiar Bengt har vore med på å vurdere desse dikta. Dikta spring ut av samvær og observasjonar først og fremst med brukarane av tenestene. Saman har vi sett dei i samanheng med mønster i datamaterialet, og inn i ein større kontekst knytt til dei ulike stadene og forholda i feltet. Vidare skreiv vi diskusjonen i tett samarbeid. Funna i artikkelen er presentert gjennom to poetiske hovudtema: I: *det som blomstrar* og II: *det som visnar*. Funna beskriv mellom anna kva betydning estetikk, økonomi, strukturelle tilhøve og haldningar kan ha for opplevinga av sosial støtte. Denne artikkelen går på mange måtar djupare og vidare inn i erfaringane kring fenomenet sosial støtte, og inviterer til innsikter som tradisjonelt format ikkje alltid kan gje. Den forsøker å få endå tydelegare fram det skjøre og sterke knytt til sosial støtte. Artikkelen er innsendt til tidsskriftet *Nordic Journal of Art, Culture & Health*, og har gjennomgått to omgangar med grundige fagfellevurderingar og innspel. Fagfellane var i siste runde veldig nøgde med revisjonane. Artikkelen vil etter mindre justeringar bli klargjort til publisering, og vil bli publisert i løpet av sumaren, eller tidleg haust 2021.

8.0 Diskusjon

Til en sykesøster

Et tårn, en have og en sykesal

Å søsters løvhånd

Gjør all feber sval

Vær treets skygge under nattens sol

Der ånden brister –

Og en fremmed drikker

-Gunvor Hofmo

I skrivinga av denne diskusjonen har eg tenkt ein del på poeten Gunvor Hofmo, som tilbrakte over 20 år av livet sitt på Gaustad sjukehus. Det har på ein måte vore støtte og hjelp i å lese

hennar dikt – og samstundes ha ein viss nærleik til Gaustad – i tilfelle det skulle tilte for meg i innspurten. I det følgjande vil eg diskutere funna relatert til desse fire områda: (I) forhold knytt til kva som kan fremja sosial støtte (II) forhold knytt til kva som kan hemja sosial støtte (III) studien i lys av pandemien: omsorg og støtte under press og (IV) kritikk og utfordringar: fallgruver i fellesskapsorientert praksis. Diskusjonen kan lesast i lys av empirien som er presentert i artiklane.

Det blir synlegare for oss, som Bøe (2021) skriv, at det vi utforskar, forstår og omtalar som psykisk helse og sosial støtte, kan sjåast som eit spørsmål om kroppen sine rørsler i sosiale og politiske rom. Dette kan forståast fenomenologisk; om fenomenologi betyr ein måte å vere i tilværet på som alltid er deltakande – så betyr kanskje det å nærme seg eksistensen og tilværet fenomenologisk å setje seg sjølv i bevegelse? Å bevege seg i dette terrenget betyr at noko blir oppdaga medan noko anna vil gå tapt, blir liggjande i skjul, søkk i horisonten bak oss.

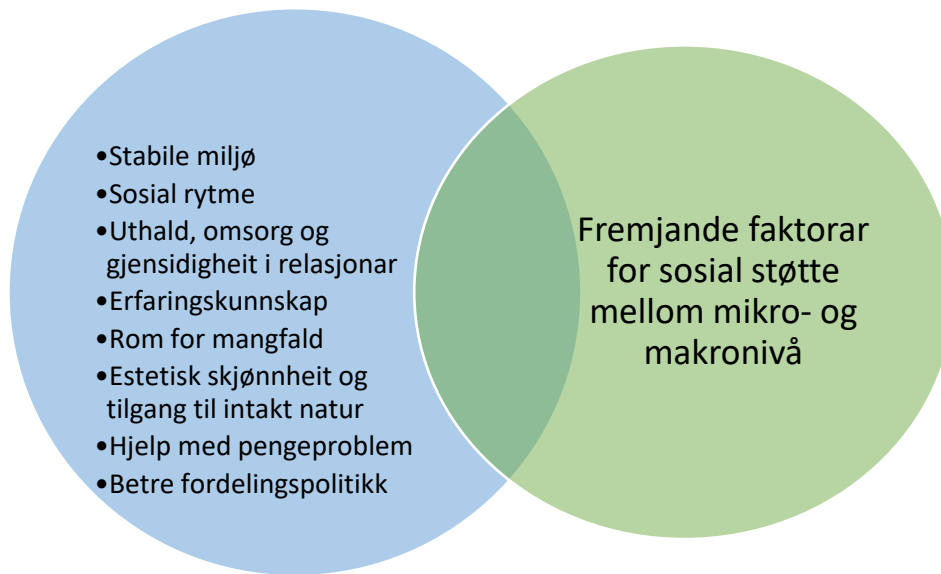
Fenomenet sosial støtte er stort, utfordrande og samansett. Likevel kan funna i vår studie gje rike døme på kva som kan fremja og hemja sosial støtte. Kanskje fortel desse perspektiva oss noko om økologien i omsorg og støtte, og om støtte og omsorg i økologien; mellom sjølvøydelegging og verdsøydelegging – mellom håp og håpløyse – mellom betring og forverring – mellom støtte og einsemd – mellom omsorg og rovdrift – mellom liv og død – mellom oss.

Funna, og spennvidda i dei, kan sjåast i lys av den utviklingsøkologiske modellen og aktør-nettverk-tankegang. Ein kan òg sjå funna i lys av spesielt sosial kapital-omgrepet, og utforske kva forhold som kan vere med å stimulere sosial kapital og i forlenginga sosial støtte, og kva forhold i sosiale, kulturelle og politiske rom som potensielt er med på å vedlikehalde eller reprodusere helsevanskar og ulikskap i helse. Dei fleste forholda ved funna er kjende områder knytt til sosialt arbeid og eksisterande betringsforskning knytt til psykisk helse. Eg vil argumentere for at dei både bekreftar og supplerer eksisterande forskning knytt til tematikken.

8.1 Hovudfunn I: forhold som kan fremja sosial støtte

Hovudfunn knytt til dette området, basert på dei samla erfaringane frå felt og analyse, blir løfta gjennom seks hovudtema: (I) stabile miljø, (2) sosial rytme, (3) kvaliteten på sosial støtte (uthald, omsorg, gjensidigheit), (4) erfaringskunnskap, (5) rom for mangfald og (6) estetisk skjønnheit. I begge hovudfunn-områda utvidar vi potensielle fremjande og hemjande faktorar, både knytt til funn i artikkel 1 og ved hjelp av anna relevant forskning og kunnskap knytt til temaet. Ei visualisering som synar at desse faktorane på ulike måtar skjer *mellom* mikro- og

makronivå, kan vere nyttig, når vi diskuterer faktorar som kan vere fremjande og hemjande for sosial støtte og betringsprosessar.



Figur 5: fremjande faktorar for sosial støtte

Sosiale møtestader som er knytt til tenestene kan vere viktige for å auke sosial kapital og stimulere betringsprosessar. Dette er funn som samsvarar med anna forskning, som peiker på at sosiale møtestader rigga av helse- og sosialtenestene og frivillige kan bety «alt» for folk som har få andre alternative møtestader, og som slit med langvarige psykiske og sosiale problem (Ynnesdal Haugen et al., 2018). Det som kjenneteiknar stader som har større potensial for gode betringsprosessar, samanlikna med andre, er at dei har rom for mangfald, og at deltaking i aktivitetar er prega av passelege krav og mindre tidspress (Horghagen et al., 2014).

Aktivitetane må ha ei meining og retning – og gjennom aktivitetane kan sosial støtte skje, noko funna i studien vår kan gje døme på. Det er viktig at slike stader likevel representerer noko anna enn arbeidstrening, med mål om å kome inn under arbeidslina igjen. Ikkje slik å forstå at arbeid ikkje er viktig – at det ikkje kan eller av og til bør vere eit mål. Men, i betringsprosessar framhevar både deltakarane i denne studien og andre (Borg et al., 2017; Ynnesdal Haugen et al., 2018) erfaringar som indikerer at framfor å auke press knytt til sivilsamfunnet sine krav bør ein heller redusere dette presset for å skape rom til nødvendige betringsprosessar.

På den andre sida kan ein tenke seg at ei «isolering» i miljøa knytt til møtestadene tenestene tilbyr, kan auke distansen til sivilsamfunnet. Det kan bli ein sub-kultur, på godt og vondt –

noko vi utforskar vidare i neste del som potensielle barrierar for betring og utvikling. Andre studiar viser òg verdien av å kople stader til arbeid, spesielt knytt til klubbhus som Fontenehusa, og andre sosiale møtestader – som arbeider direkte med brubygging mellom sivilsamfunnet og folk som strever med langvarige psykiske helsevanskar (Prince et al., 2017; Prince et al., 2018). Deltakarane vi intervjuar og var saman med, spesielt brukarane, hadde særst lite fokus på arbeid. Det speglar òg sjølvstøtt vårt fokus og våre spørsmål i intervjuomgangane, og at dei fleste deltakarane i brukar-gruppa ikkje var i tradisjonelt arbeid. Likevel – når vi var innom temaet arbeid og det «normale» sivilsamfunnet – fokuserte diskusjonen til brukarane seg inn mot opplevingar av stigma og skam knytt til arbeidslivet og sivilsamfunnet elles, som vi går nærare inn på i neste funn-del. Det som kunne redusere dette stigmaet og skamma, var mellom anna å møte andre i liknande livssituasjonar, og gjennom det oppleve eigen livssituasjon som mindre framandgjerande og unormal.

Sosial rytme var noko som skilte seg ut som ein fremjande faktor for sosial støtte.

Komparative studiar syner at på tvers av ulike kulturar er denne rytmen, eller fråværet av den, noko som gjerne har samanheng med korleis folk rapporterer helse og livskvalitet (Margraf et al., 2016; Schlecker & Fleischer, 2013). Sosial rytme refererer ofte til døgnrytme, tidspunkt for måltid, og tidsbruk og hyppigheit brukt saman med andre (Bjørlykhaug et al., 2020). I vår studie peika deltakarane på betydinga av aktivitetar som både kunne representere rytme og overgang. Funna våre speglar erfaringar og refleksjonar kring forhold i miljøa som kunne vere med på å fremja rytmen, og i forlenginga sosial støtte på ulike nivå. Særleg viktig, og noko som kom fram i alle fokusgruppeintervjuar blant brukarar, tilsette og frivillige, var *måltidene*. Måltid som møtepunkt og måltid som ein kunne dele med andre, om livet elles var prega av einsemd og strev. Måltid der ein kunne kjenne og føle nærværet av andre, men òg gjerne vere med i prosessen med å lage måltida.

Spesielt brukarane framheva betydinga av at det òg kunne innebere måltid ein elles ikkje hadde råd til. Tilsette og frivillige understreka at den sosiale dimensjonen knytt til måltida; at folk kunne ha stabile møtepunkt, bli kjend med nye gjester – òg kunne føre til styrka sosiale band mellom folk. Det blei eit slags heilande samlingspunkt, noko kvardagsrituelt, som markerte tilhøyrslø og overgongar i kvardagen. Om vi hentar inn igjen dei nemnde studiane frå sokalla «Blue Zones» (Buettner & Skemp, 2016; Poulain et al., 2013), ser vi i desse studiane òg verdien av sosial rytme, og forholda mellom sosial rytme, maten og deling av måltid. Alle desse lokalsamfunna med – lang levealder og høge skårar på livskvalitet – skil seg ut ved å leve på eit meir tradisjonelt vis. Det betyr meir naturleg aktivitet knytt til

dyrkinga av maten i nærleiken til lokalmiljøet, og «alle» deltek; ei større vekt på kollektiv orientering. Meir stabilitet. Det fører til at ein er meir fysisk aktiv utan å tenke over det, og har større nærleik til naturmiljøet. Ulike faktorar gjer at desse stadene er prega av sosial rytme og høg grad av sosial støtte. Ikkje berre til eigen familie, men til heile lokalsamfunnet. Stabilitet, god tid og oppbyggande sosiale band er nøkkelfaktorar. Dette blir òg aktualisert i våre funn. Noko av det som skilte seg ut i fokusgruppediskusjonane og analyseprosessen vår, var betydinga av stabilitet ved møtestadene og i tenestene – og langsame betringsprosessar. Det er kanskje for mykje å forlange av tenestene innan psykisk helse at dei skal bygge sjølve lokalsamfunnet sitt fundament. Likevel er desse nøkkelfaktorane kanskje noko tenestene og politikarane kan lære av, i ei tid prega av stadige innovasjonar og omsiftingar.

Både brukarar, tilsette og frivillige meinte at om ein klarte å halde fast ved tilbod og møtestader, slik at ein fekk tid nok til å bygge opp aktivitetar med varigheit, var det meir sannsynleg at sosial støtte kunne utvikle seg og skje. Dette synar kanskje òg – og understrekar – behovet for samfunnsarbeid og politikk som ser verdien av stabile sosiale møtestader. Det er openbart større sjansar for å utvikle relasjonell og sosial kapital, ved treffpunkt der ein møter eit større mangfald av menneske. Samstundes samsvarer funna i denne studien med andre studiar (Rossen & Elstad, 2021) som løftar fram verdien av erfaringskunnskap. At folk med eigenerfaring blir ein del av tenestene, kan både føre til at folk som oppsøker tenestene finn meir resonans, håp og kjensler av å høyre til (Borg et al., 2017). Fokusgruppene blant brukarane i denne studien peika på betydinga av dette; at det hjelper å høyre om og møte «folk som har vore ute ei vinternatt før». Ein treng følgjeleg ikkje vere erfaringskonsulent for å vise litt av eiga sårbarheit og erfaring med strev i livet. Denne openheita er noko som kan bidra til dannelsingsprosess i tenestene, bevegelse i relasjonane, og som i beste fall fremjar opplevinga av støtte og betring. Denne openheita og det å vise seg som eit sårbart menneske, kan potensielt leie til mindre «oss-og-dei»-tenking. Ein bevegelse frå møte mellom subjekt-objekt, frigjering frå det objektive blikket frå «kronisk friske», til møte mellom subjekt-subjekt (Volden, 2009). Slike bevegelsar er erfaringskunnskapen med på å bidra til både i kommunale tenester for psykisk helse, og i psykisk helsevern. Bevegelsar som potensielt aukar rommet for støtte, både for fagfolk og for dei som brukar tenestene.

Rossen & Elstad (2021) har utforska korleis fagpersonar opplevde at erfaringskonsulentar påverka perspektiv og praksis i psykisk helsevern. Fagpersonane som blei intervjuva i denne studien, uttrykte at dei hadde fått auka medvit og forståing om brukarar sine kriser og livssituasjonar. Dei meinte òg at erfaringskonsulentane bidrog til å utvide både faglegeheit og

verdigrunnlag. På den andre sida: utfordringar i samarbeidet og i integreringa av erfaringskunnskap, og erfaringskonsulentar, eksisterer sjølvstøtte. Nokre brukarar av tenestene kan oppleve at enkelte erfaringsmedarbeidarar er for opptatt av eiga erfaring, og for fokusert på eigen veg ut av helsevanskane som den heilage løysinga. *Korleis og når* ulike aspekt av egne erfaringar blir brukt, er avgjerande, om dei skal opplevast som relevante og støttande for andre (Ogundipe et al., 2019).

Dei estetiske og strukturelle tilhøva lokalt syner funna i denne studien er avgjerande for å fremja sosial støtte. Kolstad (2007) understrekar at ingen er upåverka av måten omgjevnadane signaliserer til oss, og korleis desse omgjevnadane stimulerer til dømes det rommet vi opplever i samværet med andre. Til dømes bedømer vi andre menneske i lokalet meir positivt og føler økt eigenverd og sjølvkjensle i vakre omgjevnadar. Vi får rett og slett meir lyst til å vere saman med andre menneske, og å hjelpe kvarandre, dersom vi oppheld oss i rom og på plassar vi opplever som vane. Design som er prega av estetisk skjønnheit kan ha positiv effekt på brukarar av tenester og deira pårørande si oppleving av velvære og betring (Riisbøl & Timmermann, 2020). Forfattarane av sistnemnde artikkel løftar til dømes fram tre områder som skil seg ut. Desse områda samsvarar på fleire måtar med erfaringane deltakarar i vår studie òg peika på: (I) musikk, veggpryd og fargar (II) tilgang til natur/grøne områder og (III) private rom, moglegheiter for å trekke seg tilbake i stille soner.

I det antropologiske arbeidet kunne vi òg sjå korleis samspelet kring støtte utvikla seg i ulike rom: både knytt til måltida, og korleis innrettinga var; med dekkja bord, blomar og trivsel. Men òg kva type aktivitetar som skapte og på ulike måtar stimulerte proksimale prosessar; utforskning, fantasi og gjensidig støtte. Kva skjedde med folk når dei til dømes gjekk saman for å så bie-blomster? For det første var det ein læringsprosess som skjedde knytt til kor avhengig vi er av biene, og at vi kan hjelpe til med å legge til rette for estetisk skjønnheit – samtidig som vi hjelper biene med å auke tilgangen på mat. I slike prosessar, og i slike samvær, jobbar ein saman mot eit felles mål og samspelet relasjonelt på fleire nivå. Aktivitetar som har ein tydeleg agenda og som representerer noko anna enn sjukdomsfokus, kan vere viktige både for å knyte nye sosiale band og rette merksemda over mot ting ein faktisk får til. Ein kan rette merksemd mot meistring, trass vanskelege livssituasjonar.

Proksimale prosessar som utviklar seg i miljøa og nettverka vi er del av, kan vere avgjerande for betringsprosessar, og er ofte livslange prosessar (Bronfenbrenner, 1977). Det same er «sosial dulting» på ulike nivå i økologien. Dulting eller «nudging» blir brukt på ulike måtar for å stimulere dei sosiale liva våre, både til å regulere åtferda vår, og kan anten hjelpe oss til

å ta sunne eller usunne val (Bicchieri & Dimant, 2019). Slik dulting kan handle om alt frå kampanjar som siktar mot å hjelpe befolkninga til å slutte med røyking, ta vaksiner eller deltaking i organisasjonar, politiske val eller demonstrasjonar. Det kan òg vere knytt til prosessar som handlar om å førebygge einsemd, og bidrag til styrke sosial tilhøyrse i lokalsamfunn. Eit interessant område knytt til forhold som kan fremja støtte og kontakt, og førebygge einsemd, er korleis tenestene og møtestadene vi besøkte har potensial til å «kople» saman folk. Ei slags «sosial dulting»: «han er jo aleine, men har same interesser som... kanskje vi skal invitere han dit». Undervegs i feltarbeidet kom nokre slike situasjonar fram, noko som ofte kunne føre til at nye sosiale band oppstod. Kjensler av stoltheit og tilknytning til ein bestemt aktivitet, men og staden, kunne blomstre.

I forskingsprosessen vår blei miljøa si betydning for å stimulere og styrke sosiale band tydelege. Eg hugsar særst godt at ei sprudlande kvinne kom bort til meg i starten av opphaldet i den deltakande observasjonen å sa: «eg blir frisk av å vere her!». I den vidare utforskinga handla kanskje dette mykje om den opplevinga av at det blei skapt eit rom, som skilte seg frå andre stader, til å kome og vere slik ein er – finne meir ut av kven ein er i samspel med andre – å skape rytme saman med andre? I dette rommet kan det oppstå vikarierende håp, som nokre deltakarar i denne studien beskreiv det som, og som vi har uttrykt i eit av dikta i tredje artikkel.

Når vi snakkar om relasjonell recovery, relasjonelle betringsprosessar, snakkar vi om sosial støtte på dei ulike nivåa. Vi snakkar òg om desse to omgrepa som blei introdusert i teori-delen: sosial kapital og recovery-kapital. Korleis kan dei ulike fremjande faktorane for sosial støtte, vere med på å stimulere og auke denne kapitalen? Funna i vår studie peiker på at for å stimulere og utvide sosiale nettverk, som er avgjerande for å bygge sosial kapital, er vi avhengige av stabile miljø med rom for mangfald. Mangfaldet representerer moglegheiter til å treffe nye menneske ein kan ha noko til felles med, og som har andre perspektiv, noko som kan skape rom for bevegelse og forandring. Noko som kan utvide opplevinga av identitet og livskvalitet. Miljø som kan tilby alternativ sosial rytme når ein på grunn av langvarige helsevanskar ofte opplever at rammene raknar, og som kan dulte oss i nye retningar i betringsprosessane. Miljø som kan tilby aktivitetar som er meningsfylte, og som inneber noko *mykje meir* enn angstsirklar og depresjonsmeistring. Aktivitetane kan og bør med fordel koplast på ein agenda, og representere noko ein gjer og arbeidar mot i fellesskap, synar studien vår. Misforstå meg rett; konkrete meistringskurs knytt til angst- og depresjon kan vere fint og til hjelp, og sjølvstøtte òg bidra til nettopp det. Men, det er mogleg tenestene ofte og i

for stor grad undervurderer aktivitetar som er frigjorde frå sjukdomsspråket. Tilnærmingar som i større grad er frigjorde frå sjukdomsfokuset, som til dømes fotballgrupper som tilnærming. Aktivitetar som representerer eit pauserom frå strevet, kan stimulere til relasjonell recovery, og vere med på å utvide sosiale nettverk og sosial kapital (Lamont et al., 2017).

Det er òg fleire fordelar med aktivitetar som både er sosiale og fysiske – at ein brukar og beveger kroppen. For mange som slit over tid og brukar mykje medisin, er det ofte ekstra krevjande med trening, og fleire av brukarane av tenestene vi snakka med understreka kor viktig det var at aktivitetane anten hadde lav terskel for deltaking, men òg at det kunne vere aktivitetar ein var fysisk aktiv i; kor ein blei «lura» inn i fysisk fostring. Aktivitetar som ikkje er trenings-senter-orienterte kan vere gull verdt; til dømes hagearbeid, dyrking og hausting, matlaging, dyre-stell, turgrupper, fotballgrupper, klatring, you name it, kan bidra til at heile kroppen får det betre – både den einsame og sosiale kroppen. Alt anna enn å skrive doktorgrad, hjelper.

Kva slags kulturelle og sosialpolitiske forhold kan fremja sosial støtte og sosial kapital? Det er mange forhold, og samansett, men vi kan nemne nokre sentrale områder av betydning. Funna våre peikar mot at hjelp med pengeproblem, integrering av erfaringskunnskap og stabile møtestader er avgjerande for å kunne auke *både* sosial kapital og recovery kapital. Samstundes viser funna våre at å skape støttande miljø/system, òg er avhengig av, som nemn, at det finst rom for mangfald. Det betyr at tenestene må legge vekt på verdiar knytt til velkomstkultur, omsorg og rausheit. Ein kan tala om at det oppstår ein større relasjonell resiliens ved dei tenestene og miljøa som klarer å omfamne desse verdiane. Waldegrave et al. (2016) utforska i ein større studie relasjonell resiliens – i og mellom ulike kulturelle grupper (Māori, Pacific & European Sole Parent families). Dei fann at aleine-foreldre fann særleg god støtte på tvers av kulturelle bakgrunnar, og aktiverte støttande nettverk. Kanskje mykje på grunn av vilja til å oppdra barn(a) – og at deltakarane hadde til felles det å vere aleine-forelder. Verdiar, tru, kulturelle støttesystem og spiritualitet var viktige tema som deltakarane meinte bygde betre relasjonell resiliens og sosial støtte. Dette er funn vi òg kan spore i ulike studiar frå andre kontekstar, summert i våre første artikkel. Likevel, desse områda aleine var ikkje nok til å klare seg. Deltakarane peika på at dei var avhengige av ein betre sosialpolitikk for å kunne både bu, oppdra ungane og vedlikehalde støttande nettverk. Særleg viktig var økonomisk bo-støtte – ein utgiftspost som er ei tung byrde for mange som er aleine – og andre økonomiske støtteordningar, som ikkje var tilstrekkelege for mange som deltok i studien (Waldegrave et al., 2016). Dette speglar til ei viss grad erfaringane som brukarane av

tenestene i studien vår hadde. For folk i somme kulturar, som til dømes aleine-foreldre frå Māori og Polynesiske kulturar, er det desto viktigare med tilgang og tilrettelegging for sosiale bustadar, som kunne huse fleire i familien. I ein typisk europeisk logikk og sosialpolitikk, er mange hus og leilegheiter ikkje designa for ein større familiestruktur – eller alternative sosiale bustadar. Slike studiar understrekar kor viktig det er å utvikle nyanserte sosialpolitiske innrettingar, som kan tilpasse seg kulturelle verdiar og forskjellar, og ulike sosiale kontekstar (Waldegrave et al., 2016). Innrettinga av tenestene og sosialpolitikken treng ofte ei meir kultursensitiv tilnærming.

Fleire av deltakarane i vår studie peika på betydninga av pengar og det å streve med å få endane til å møtast. Så dette grunnleggjande; å ha og oppretthalde ein heim, noko som blir stadig meir utfordrande i en by som Oslo, med vanvitige bustad-prisar og eit kunstig høgt prisnivå på utleigemarknaden. Det verkar openbart at ein sosialpolitikk som kan regulere desse forholda, og legge til rette for ein meir rettferdig økonomisk fordelingspolitikk generelt, og bustads-politikk spesielt, er avgjerande for å oppleve at romma i våre sosiale landskap kan opna seg meir. Vi veit at målretta økonomiske tiltak er sentralt for å fremja (psykisk) helse og våre sosiale liv, og har stor betydning i arbeidet med å redusere sosial ulikskap i helse (Topor & Ljungqvist, 2017; van der Wel et al., 2018; Wilkinson & Pickett, 2020). Difor er det grunn til å jobbe meir med det vi kan kalle for *kultursensitiv instrumentell støtte*; målretta hjelp med pengeproblem og bustad, og ein mykje meir progressiv fordelingspolitikk. Dette området er kanskje det viktigaste strukturelle grepet for å på alvor jobbe med å utvide folk sine sosiale liv, helse og livskvalitet – og det mest avgjerande for å unngå å designe hjelpesystem som reproducerer ulikskap.

8.2 Hovudfunn II: forhold som kan hemja sosial støtte

Og tror du det var ensomt å ferdes slik alene

Der skog og tundra sprer seg krevende og vill

Da feiler du min kjære

for det er blant mennesker at ensomhet blir til

-Helge Ingstad

Desse velkjende orda frå Helge Ingstad står seg godt. Ein kan tolke det på ulike måtar. I vår samanheng er det vesentleg å understreke dette noko eksplisitt; at det er i *det sosiale* og

mellommenneskelege at vondskap og faenskap skjer. Funna i studien vår knytt til erfaringar og forhold som kan hemja sosial støtte, peiker mot fleire velkjende fenomen som historisk sett både representerer nye *og* gamle utfordringar med det sosiale. Deltakarane i vår studie, og spesielt blant dei som brukte tenestene, løfta fram økonomiske problem, skam og utfordringar i kulturen knytt til det å vere sosial – det å vere menneske som strever med sosiale problem og psykisk helse – i vår tid.

Hovudfunnområder knytt til dette området blir løfta fram i følgjande hovudtema: (1) økonomiske problem, (2) stigma knytt til psykiatriske diagnosar, (3) diagnosekulturen (4) utfordringar i samtida (opplevingar med overdriven individualisme, sosiale media, etc.) (5) sosial ulikskap og (6) strukturelle utfordringar i tenestene.



Figur 6, Hemjande faktorar for sosial støtte

Beresford (2005) minner oss på at sosialt arbeid vaks fram som ei radikal rørsle, hovudsakeleg starta av kvinner. Det var den første profesjonen som for alvor peika på problemet med ulikskap og diskriminering i samfunnet. Arbeidet med å utvikle praksisar som gjekk til rota i kampane for sosial rettferd er eit viktig poeng i forlenginga av dette, og eit sentralt utgangspunkt for sosialt arbeid. Det er òg ei viktig påminning knytt til funna i vår studie; å ha nok pengar er avgjerande for gode betringsprosessar, deltaking og sosial støtte. Nancy Fraser sin rettferdsteori stiller tre krav til korleis sosial rettferd kan realiserast (Kojan,

2016). Dei to første krava er økonomisk fordeling og verdsetjing av kultur. Det tredje er politisk deltaking. For at deltaking og endring skal skje må ein vere representert i det politiske livet. Det er òg, slik eg tolkar det, ei viktig påminning om at sosialt arbeid er eller *bør* vere eit politisk arbeid, som kan verke truande for nokre ideologiar.

I fokusgruppene og feltarbeidet vårt var det tydeleg at økonomiske problem utgjorde ei sentral utfordring, for mange av dei som brukte dei kommunale psykiske helsetenestene. Kojan (2016) løftar fram at økonomisk ulikskap er eit avgjerande område som står i fare for å bli tilsløra, om ein ikkje har faglege og analytiske omgrep til å identifisere ulikskapen. Fraser trekker fram at økonomisk rettferd forsvinn i den «postsosialistiske tidsånda» (Kojan, 2016) – og er slik sett i tråd med den overdrivne individualistiske og ny-liberale arketypen: du er din eigen lukkes smed, og om helsa di er god eller dårleg handlar først og fremst om du er innovativ nok eller ikkje. Kvifor er dette viktig? For det første; fordi vi har tilgang på årevis med empiri, som viser dei sosiale og helsemessige negative konsekvensane når ulikskap får vekse fram i samfunn (Karlsson & Borg, 2021; Piketty, 2020; Wilkinson & Pickett, 2020). For det andre; det sosialfaglege har stadig mindre å seie i helse- og sosialfeltet. Det er fleire grunnar til det, som vi har vore innom. Både nasjonalt og internasjonalt kan faget sosialt arbeid seiast å vere i ei «identitetskrise», der fleire hevdar at ein har gått vekk frå sosialt arbeid og meir mot «arbeid med deg sjølv» (Kroken & Madsen, 2016). Fortellinga om at du er din eigen lukkes smed og din eigen ulukkes smed, ser ut til å manifestere seg så djupt i kulturen vår, at «det nye» sosiale arbeidet slit med å skape ein nødvendig motkultur. At sosialt arbeid og rettferdsteori bør vere relevant framover speglar seg òg i nye stortingsmeldingar. Politiske erkjenningar som den i Folkehelsemeldinga (2019) seier kanskje (om enn indirekte) at ein del av løysinga på psykiske helsevanskar, kan vere tilrettelegging for sosial støtte og sosial tilhøyrslø. Frasers sin rettferdsteori bør, i den vidare politiske erkjenninga, kome inn som ei viktig påminning i arbeidet med demokratisk utvikling i arbeidet med psykisk helse.

I teori-delen var vi kort innom sosiale band, og korleis både stoltheit og skam kan utvikle seg i sosiale grupper og arenaer, på godt og vondt. Brukarane av tenestene som vi snakka med og som vi følgde eit lite stykke på vegen, løfta fram følelsar av skam meir enn følelsar av stoltheit. Det var for dei aller fleste ikkje knytt spesielt stoltheit til å bruke tenestene, eller møtestadene vi vitja, slik dei vi snakka med uttrykte seg. Ikkje særleg overraskande, kan du tenke.

Vanskar med psykisk helse (og rus) er både ei personleg erfaring, og erfaringar som er del av ein sosial, politisk og kulturell samanheng (Karlsson & Borg, 2021). Folk vi møtte i feltet som sleit – peika på sentrale områder vi kan knyte til å oppleve eigenverdi. Nokre framheva at ein måtte kjempe med skamfølelsar kvar dag, og det å føle seg verdifull. Har livet mitt nokon verdi, og kven er det som bestemmer korleis denne verdien kan målast og vegast? Er eg berre ei byrde for samfunnet? Korleis oppnå kjensler av verdi og meistring når helsa og livssituasjonen ikkje kan tillate det? Dette er spørsmål deltakarane i studien i stor grad aktualiserer – spesielt når brukarane av tenestene løftar fram skam – knytt til kombinasjonen av det å slite psykisk, og å ikkje ha tilstrekkeleg med pengar. Dei fleste i Noreg, og Oslo, er rike. Det gjer ulikskapen tydelegare og fattigdommen meir skamfull. Det er grunnleggjande urettferdig at den gjennomsnittlege levealderen for personar som bor på Oslo si austkant, er ni år kortare enn for personar som bor på Oslo si vestkant (Karlsson & Borg, 2021). I arbeidet med denne diskusjonen har eg kome tilbake til Judith Butlers' bok *The force of Nonviolence*, og blei igjen merksam på korleis den politiske og sivile majoritets-kroppen ofte utøver vald mot minoritetsgrupper. Det verker som ein evig dans, ein tango som alltid tek krokfot på folk som sjanglar, eller sparkar dei som allereie ligg nede – manifestert i ein politikk som stadig favoriserer dei velstående. Dei heldige. Ingen kan leve lenge på livslygnene om at vi, på bakgrunn av våre historiske skruplar, har kome veldig mykje lengre. Butler (2021) utforskar menneskeverd eit stykke vidare når ho spør; når er eit liv verdt å sørge over?

(...) we cannot lose those who cannot be grieved. They are treated as beyond losing, already lost, never living, never having been entitled to life. All of these forms of taking life or letting life die are not just concrete examples of how the metric of grievability works; they wield the power to determine and distribute the grievability and value of lives (...) and in these instances, we see the convergence of the bio-political logic of the historical-racial schema with the phantasmagoric inversions that occlude the social bond: what may appear as an isolated act of violence or as the expression of an individual psychopathology shows itself to be part of a pattern, a punctual moment within a *reiterated practice of violence* (s.121)

Det er som Édouard Louis (2018) skriv om, når han skriv om sin eigen utslitne arbeidarklasse-far; "Historien om kroppen din anklager den politiske historien". Louis si bok er òg ei påminning om korleis den politiske valden, og dei som blir ramma av den, bevegar seg i eit mangfald; svarte og andre som framleis opplever strukturell rasisme, kvite

arbeidarklasse-folk, folk som blir drive på flukt, ur-folk, folk som strevar med samansette psykisk helse- og avhengnadsproblem, med fleire. Barn òg vaksne. Menneske. Det er for jævleg at folk som erfarer vanskelege livssituasjonar, framleis skal bære på skam og følelsar av mindreverd. Difor er det avgjerande å løfte desse aspekta fram som barrierar for sosial støtte og betring. Politikk er svært personleg. Apropos liv som minnst – liv som går tapt og som vi sørger over, eller ikkje, kom eg på eit utsakn frå feltarbeidet. Ein av dei frivillige vi snakka med, sa at dei brukte å reise til gravferda til enkelte av dei som brukte tenestene. Spesielt til dei som dei visste ikkje hadde familie, eller nære venar. Dei kunne ta med seg nokre andre kollegaer, eller folk som brukte tenestene, og reise til gravferda. Dette blei etter kvart gjort nokre gongar, og andre som brukte staden fann ei slags tryggleik i dette; då visste dei at den dagen dei døydde, ville i alle fall *nokon* dukka opp i gravferda. Nokon ville kanskje til og med sørgje over tapet.

Fleire deltakarar i studien vår peika på både fordelar og ulemper med psykiatriske diagnoser. Blant brukarane av tenestene, blei psykiatriske diagnoser først og fremst diskutert som noko hemjande for sosial støtte, spesielt knytt til sivilsamfunnet og arbeidsmarknaden. Det reiste seg diskusjonar knytt til korleis enkelte diagnoser kunne vere opnande for å få tilgang på ein del godar, men ofte på den andre sida: vere lukkande for sosial støtte. Nokre diagnoser kunne vere lettare å leve med enn andre, det kunne til dømes handle om kva som var «trendy», eller om ein kjendis nyleg hadde stått fram som Bipolar. Det er vanlegare å introdusere seg med at: «Hei! Eg er Ola X, og er bipolar», enn «Hei! Eg er Kari X, og er kronisk angst» eller «emosjonelt ustabil». Dei fleste som har erfart djupe psykiske kriser og langvarige psykiske helsevanskar, vil nok ha kjend på at dette; at *det* kjem ikkje til å gå over. Når vanskaner varer over tid er det lett å identifisere seg med vanskaner, eventuelt dei psykiatriske diagnosane du får tildelt. Diagnosekulturen gjennomsyrrer liva våre.

I tråd med Brinkmann (2015), som utforskar korleis vi ender opp med *å vere* og *å gjere* diagnosane i bestemte sosiale praksisar, diskuterte deltakarane i studien mykje av det same. Det er interessant korleis psykiatriske diagnoser – og ulike lidningar generelt – kan skape enten positiv status, eller negativ status, alt etter trendar i pop-kulturen, og vidare helsepersonell sine preferansar (Johannessen et al., 2020) – men, det kan sjølvstg gje mening med tanke på at ulike smerteuttrykk kan vere lettare å forholde seg til enn andre. Likevel utgjer status knytt til enkelte smerteuttrykk og diagnoser eit problem for den enkelte, spesielt knytt til opplevingar av støtte eller fråværet av støtte. Det er til dømes knytt meir skam til diagnoser

som 'schizofreni', 'tilbakevendande depresjon' og 'emosjonelt ustabil personlegheitsforstyrning', meinte nokon av deltakarane som brukte tenestene. Diskusjonane dreidde seg vidare rundt kvifor ein absolutt må merkelappe alle smerteuttrykk med psykiatriske diagnosar, og korleis slike diagnosar potensielt blei hengande ved deg livet ut. Ein skal ikkje undervurdere dei barrierane diagnosekulturen har utvikla, og korleis utvikling, identitet og åtferd til enkeltmenneske blir påverka av ein slik designa orden (Petersen, 2015). Denne konseptualiseringa av smertetrykk og avvik treng å bli utfordra vidare.

Det kan av og til verke litt tilfeldig kva type diagnosar ein får – og særst avhengig av korleis smerteuttrykket er i den perioden ein blir vurdert av dei som skal setje diagnosane. Som nokre av deltakarane i vår studie peika på, var nokre psykiatriske diagnosar barrierar for kontakt og støtte. Ekeland (2021) skriv at psykiske helsevanskar synes å både være ekvifinale – at ulike typar bakanforliggende forhold kan gje same plager og diagnose – og multifinale; at same type bakgrunnsforhold kan gje ulike diagnosar. Han hevder vidare at:

Om vi ser på den biomedisinske sykdomsforståelsen av psykiske lidelser som en hypotese, for eksempel fremsatt i 1883 av Emil Kraepelin i sin store psykiatribok, kan vi i dag med Karl Poppers begrep si at den er falsifisert. I en slik situasjon inviterer Popper oss til teoretisk kreativitet: Er der andre teorier som kan passe bedre med det empirien viser? Popper kritiserer vitenskapssamfunnet for å omgå denne utfordringen og isteden, ved hjelp av ad-hoc forklaringer og hjelpehypoteser, å forsvare sine teorier langt utover empirisk rimelighet. At vi forsvarer våre kart selv om terrenget viser noe annet, kan også handle om makt og interesser, og profesjonenes identitet (s.13)

Om folk som brukar tenestene meiner psykiatriske diagnosar er problematiske, når erfaringskunnskapen er så tydeleg: kanskje det er på tide å endre karta våre over korleis vi forstår psykisk helsevanskar? På den andre sida er det viktig å påpeike at erfaringskunnskapen her ikkje berre seier dette eine: at psykiatriske diagnosar og medisinsk behandling er eintydig negativt. For nokon er både det å få eit språk – ein kategori – eit konsept som gir mening – for dei vanskane ein har, til hjelp. For nokre av oss kan psykofarmaka i periodar, vere til hjelp. Den store utfordringa oppstår når denne kategorien, blir hemjande for utvikling av både identitet og potensiell støtte. Difor kan vi hevde, igjen, at det biomedisinske perspektivet får *for stor* plass, og det kontekstuelle *for liten* plass, i karta våre over sosiale problem og psykiske helsevanskar.

Det som beveger seg mellom mikro- og makronivå kva gjeld *forståingar* og *haldningar* knytt til psykisk smerte, diagnosar og avhengigheit – vil vere definerande for korleis vi opplever å finne rom for støtte og betring. At psykiatriske diagnosar er eit forsøk på å designe ein slags orden – heng òg saman med eit samfunn sitt behov for å utøve kontroll; det heng saman med dimensjonar av *Governmentality*, for å kome tilbake til Foucault. Éi analyse av dette omgrepet knytt til moderne styringskunst, er at styringa beveger seg mellom to kryssande dimensjonar: (I) Å dirigere samfunnet gjennom ei (eller fleire) styrande hand. (II) Å gje menneske moglegheiter til å sjølv forme sine liv (Hammer, 2020). Psykiatriske diagnosar kan verke disiplinerande, samtidig som dei gjer oss nokre sjansar til å forme liva våre – forstå liva våre – med alle dei avgrensingane det diagnostiske språket og kartet medfører.

Stadige omskiftingar i tenestene skaper slitasje og potensielt utfordrande haldningar. Dette synar deler av materialet vårt, og blir spesielt aktualisert i artikkel 3. Stadige omskiftingar og innovasjon, vel vitande om at manglande utskifting og manglande fornying kan skape det same, er noko funna våre kan gje døme på og problematisere. Det oppstår fleire dilemma mellom behovet for stabile miljø og behovet for fornying og utvikling. Sentrale spørsmål vi bør stille oss er: korleis skjer reproduksjon av sosiale problem og ulikskap i tenestene? Igjen; vi kan spore nødvendigeita av meir erfaringskunnskap inn i tenestene og politikken, i arbeidet med å demokratisere innrettinga av tenestene og politikken – slik at tenestene i større grad kan utvikle seg til å bli reelt støttande.

Braidotti (2019) løfter fram at den ny-liberale kapitalismen sin styringslogikk, kan sporast til eit område ho kallar for kognitiv kapitalisme. Som vi kort var innom i teori-delen, skjer og utviklar dei sosiale banda mellom oss heile tida på ganske nye premissar; ofte med aggressiv og rask teknologiutvikling som freser oss i nakken. Kapitalismen lar seg ikkje knuse, hevder Braidotti. Den finn berre nye vegar. Fleire av deltakarane i vår studie framheva at det var noko utmattande med sosiale media og at risikoen for å blamere seg auka – når vegen er så kort frå tanke til offentlege postar – i endelause virtuelle rom. Dei sosiale og relasjonelle utfordringane – og den sosiale ulikskapen – må sjåast i lys av at ny-liberal kapitalisme representerer eit «nytt» regime for *governmentality*: profitt-jaget knytt til vår merksemd, våre kroppar, våre kognitive kapasitetar, blir nå i stor grad styrt av avanserte algoritmar.

Sosiale media sin vekstlogikk gjer at vi blir storkonsumentar på nye måtar, og påverkar liva våra på både godt og vondt. Desse algoritmane er designa av vekstansvarlege i dei store tech-selskapa. Dei er designa med utgangspunkt i avansert nevro-psykologisk vitenskap; designa for at vi skal bruke mest mogleg tid i dei virtuelle romma. Designa for avhengigheit. Dette er ofte ei mogleg barriere for merksemd, sosial kontakt og sosial støtte, og ikkje minst; ei skummel og farleg utvikling. Denne utviklinga har fleire avtroppande ingeniørar i tech-selskapa aktivt gått ut og advart om, mellom anna i dokumentar-filmen *The Social Dilemma* (Orlowski, 2020). På den andre sida er det heilt klart òg nokre fordelar med teknologiske nyvinningar – men med fleirfaldige vanskelege spørsmål knytt til både energikonsum; kva krevjar den stadig aukande datatrafikken av straum, personvern-utfordringar, over-eksponeringar for både barn og vaksne – og fråvær i det sosiale her-og-nå? Det er grunn til å vere uroa for korleis alt dette påverkar våre sosiale landskap og kroppar ofte på negative måtar.

Nokre av funna i studien vår peikar òg mot konfliktfylte aspekt i tenestene og ved møtestadene, knytt til negative haldningar og kanskje manglande klokskap, løfta fram i tredje artikkel. Nissen flytter ofte med på lasset. For enkelte, og spesielt nye, det gjeld både enkeltindivid og grupper, som kjem inn i etablerte nettverk og miljø, er det openbart ulikt korleis ein blir motteken og ivaretatt. Ynnesdal et al. (2018) peiker på nokre sentrale utfordringar, spesielt knytt til sosiale møtestader i tenestene, kor ein ved enkelte stader adopterer gamal institusjonspraksis som kan verke disiplinerande og hemjande for støtte og betringsprosessar. Nokre av møtestadene i tenestene har til dømes strenge hus-reglar, som kan verke ekskluderande og hemjande for sosial støtte – ei type omsorg gjennom disiplin (Andersen et al., 2016). I vår studie skilte konfliktar mellom folk som arbeida ved møtestadene, og brukarane av stadene, seg ut der stadene og folka som arbeida der var lite rause eller omsorgsfulle. Det gjaldt spesielt ein av stadene vi vitja. Det kunne òg vere lite rom for mangfald. Der dette var aktuelt var det ikkje vektlegging av erfaringskunnskap, eller erfaringskonsulentar i tenestene. Det *kunne* vere éin faktor som spelte ei rolle for kvifor det var utfordrande å utvikle ei meir støttande og inkluderande teneste. Ein annan faktor dei vi snakka med understreka, var manglande prioritering av møtestadene frå leiinga si side, som i sin tur hang saman med korleis bydelen prioriterte tenestene.

Ein bør òg vere merksam på korleis enkelte tenester og sosiale møtestader, utvikla etter beste hensikt, òg kan vere med på å vedlikehalde sjukdomsidentitetar og i verste fall bidra til reproduksjon av sosial ulikskap (Ynnesdal et al., 2018). For oss som arbeider med og brukar

psykisk helse- og rustenester, er det stadig viktig å forsøke å tenke kritisk over korleis tenestene kan utvikle seg på mest mogleg frigjerande måtar. Korleis unngår vi å skape tenester og sosiale møtestader som berre bidreg til å vedlikehalde eller i verste fall forverre problema? Første diskusjonsdel med sine funnområder har i alle høve forsøkt å peike på nokre vesentlege faktorar knytt til dette. Det er noko urovekkande med at vi står i fare for å stadig skape tenester som gjer at folk tilpassar seg strukturelle problem; det handlar berre om å ha *rett mindset* – å lære seg å leve i det marginale. Dette er kanskje det største ubehaget eg kjenner ved vår samtidskultur.

Ubehaget i kulturen – og eit veldig reelt problem er dette: i 2018 var dei rikaste i verda (1-prosenten) på stø kurs til å sikre seg eigarskap til 2/3 av all kapital innan 2030 (Braidotti, 2019; Piketty, 2020). Den sosioøkonomiske ulikskapen har auka kraftig i om lag alle regionar i verda sidan 1980-talet (Piketty, 2020). Piketty (2020) peikar òg på utfordringane med eit stadig sterkare Merokrati; politiske eller andre sosiale system der makt og autoritet er fordelt blant medlemmane, etter dei evnene og ferdigheitene dei har. Ein kan hevde at desse negative trendane og endringane i det økologiske systemet, i ekso- og makrosystema, har sær store personlege konsekvensar. Spesielt negative er dei for alle som ikkje har rammene eller grunnvilkåra for utdanning i sine miljø, eller som ikkje passar inn i det «høgare» utdanningssystemet. Samstundes dreier stadig myndigheitene sine subsidiar over mot å tilfredsstille dei store selskapa og kapitaleigarane, og her heime i Noreg; skattelette til dei rikaste. Braidotti (2019, s.72) skriv: «*The state apparatus as a whole is in the grip of corporate finance and this occupation erodes public support for the very institutions of Western democracy*».

I tillegg ligg, som vi har vore innom, mykje trykk òg i våre stadige forsøk på disiplinering av menneske som slit, og våre nye subtile måtar å skape *avstand nok* til problem og lidning. Kognitiv terapi eller rask psykisk helsehjelp løyser ikkje sosiale og strukturelle problem. Om vi skal ta på alvor FNs spesialrapportør (2020) treng vi ein revolusjon i arbeidet med (psykisk) helse. Denne revolusjonen må fokusere på levekår og reduksjon av sosial ulikskap i helse, for at fleire skal oppleve god psykisk helse og betre livskvalitet, framheld FNs spesialrapportør. Til slutt i dette diskusjonsområdet, vil eg løfte fram eit sitat frå ein av deltakarane som viser – og som kom etter samtalar om *vikarierende håp* – at samfunnet og kulturen ofte ikkje har dette rommet, eller kan representere håp. Samtidskulturen har på fleire måtar manglande rom for sosial støtte og forståing, trass i tilsynelatande stadig meir openheit

kring psykisk helse, noko brukarane diskuterte i fleire omgangar. Dette utdraget frå ei av fokusgruppene aktualiserer det godt:

Jeg opplever at samfunnet ikke har det (vikarierende håp). Fordi vi blir en egen liten verden da, en egen liten boble inne i psykiatrien hvor vi er vant til at det er behandlerne som kan disse tingene. Men kommer du utenfor den og ut i samfunnet, så har du disse menneskene rundt deg igjen som føler seg truet av psykisk sykdom; ‘Tenk om det gjaldt meg?’
(fokusgruppe 1, brukarar).

Eg har i denne diskusjonsdelen knytt til hovudfunn II, forsøkt å løfte fram fleire områder knytt til utfordringar i samtidskulturen og strukturelle problem. Desse områda er i stor grad knytt til dei ulike erfaringane frå deltakarane, diskusjonane vi har hatt i feltarbeidet og gjennom anna kunnskap av relevans for denne studien. Det er difor desse utfordringane på ulike måtar òg blir løfta fram i alle artiklane – med litt ulikt fokus og vektlegging. Fleire av deltakarane, både blant brukarar, tilsette og frivillige i tenestene – løfta fram omgrep som egoisme og grådighet, som vi kan knyte til den overdrivne individualismen som pregar vår kultur. «*Nabodama ein kunne slå av ein prat med, er borte*», sa ein av dei frivillige vi prata med. Har naboane kome tilbake no – i løpet av eit år med dramatisk globalt virusutbrot? Eller blir støtte først og fremst gitt til dei store pengeselskapa? Det vil bli interessant å følgje denne utviklinga vidare.

I samband med funna i studien vår, er det av interesse å utforske fenomenet sosial støtte og ulike funn-områder knytt til Covid-19-pandemien. Kva fortel det som skjer no om betydninga av sosial helse og rettferdig fordelingspolitikk? Korleis kan pandemien påverka liva våre, og romma for sosial støtte, på både godt og vondt?

8.3 Funn i lys av pandemien: omsorg og støtte under press?

I lys av pandemien ser vi òg tydelegare korleis ulikskapen viser og forsterkar seg. Dei som har betre tilgang til materielle godar og romslege hus, sekundærbustadar etc., kan «meistre» ein unntakstilstand betre enn dei som lev isolert i tronge bustadar, ofte i einsemd og med lite sosialt nettverk. Brukarane av tenestene som vi snakka med, løfta på ulike måtar fram

utfordringar med at det fellesskapet ein er del av – storsamfunnet – er dyrt å delta i. Det kostar mykje pengar å delta i og bevege seg i det sosiale fellesskapet i vår tid. Ein unntakstilstand som denne pandemien, har ikkje gjort det lettare for folk med dårleg råd å «kjøpe seg pausar», noko dei med økonomisk tryggleik og overskot lettare kan gjere. Mange aktivitetar som folk ofte tar for gitt, som å gå på kino eller kafé, eller kome seg frå A til B, er kostbart. I fokusgruppene blant brukarar blei mellom anna det å kome på orsakingar for å ikkje bli med på ting, knytt til at ein enkelt og greitt ikkje hadde råd til å bli med. Fleire eg har snakka med i etterkant av at pandemibølga slo inn, har løfta fram at ein til dømes ikkje berre kan leige ein bil for å kome seg ut av byen på tur – som fleire gjer for å få litt avveksling frå isolasjonen. Enkelte tenester og aktivitetar som ein nytta seg av har forsvunne – det same har den alternative sosiale rytmen møtestadene kunne tilby gjort – som vi såg verdien av i funndel I. På den andre sida har eg og nokre av mine venner som er i liknande situasjon, med avgrensa økonomi og tronge bu-forhold, òg opplevd dette som godt og meningsfylt; at det har opna seg meir tid og rom til å delta i felles aktivitetar som *ikkje* kostar pengar. At det har opna seg rom til å sjå verdien av nærområda og naturen ein er del av litt på nytt. Kriser representerer jo ofte både det grufulle og nokre moglegheiter. Likevel har pandemien stort sett gjort vondt til verre for dei som har hatt det verst frå før.

I kjølvatnet av pandemien synar funn frå andre studiar at mange som slit med samansette psykisk helse- og rusvanskar har fått aukande problem (Fosse et al., 2020). Eit hovudområde er at tenestene har blitt mindre tilgjengelege som følgje av smittevernomsyn, og at mange som har få alternative sosiale møteplassar enn det tenestene kan tilby, har fått det verre. Det er mange med-borgarar som slit no. Sjølv om enkelte land slit på eit heilt anna nivå enn her heime, gjer ikkje det strevet til mange som lev under fattigdomsgrensa i Noreg mindre. Køane på Fattighusa i Oslo aukar, og frivillige etterlyser meir politisk handling og rettferdig prioritering i nødhjelpa (Wedøe Nodland et al., 2021). Sverre Rusten, styreleiar ved Fattighuset i Oslo, meiner matkøane ved Fattighusa i Oslo denne våren berre er toppen av isfjellet – og understrekar at orsaka til problema krev ein djuptgripande politisk innsats (Rusten, 2021).

To ulike studiar knytt til pandemien i Noreg, dokumenterer vidare at fleire har fått dårlegare psykisk helse og fleire sosiale problem, sjølv om ingen av rapportane eg viser til her nyttar omgrepet sosiale problem, som er interessant i seg sjølv. Siste studie frå folkehelseinstituttet knytt til livskvalitet og helse i pandemien, viser ei generell auke i psykiske helsevanskar i befolkninga (FHI, 2020). Den summerer nokre hovudfunn i følgjande punkt:

- Fleire strever med einsemd og psykiske plager, unge og aleinebuande slit mest.
- Blant studentar er éin av tre einsame.
- Éin av fire er ikkje nøgd med livet.
- Den psykiske byrda er størst i Bergen og Oslo kor smitteverntiltaka har vore mest omfattande.
- Framtidsoptimismen er likevel høg, særleg blant unge.

På den andre sida fører krisetider ofte til ekstra mobilisering, og at nokon opplever meir meining. Dei som eventuelt var i vanskelege arbeidssituasjonar, eller liknande, og sakna meir tid aleine og med familie, kan ha fått det betre. *Fellesskapets styrke* er noko den ferskaste rapporten knytt til livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under pandemien, peiker på (Kjøs, 2021). Rapporten frå den regjeringsoppnemnde ekspertgruppa har eit forord skreve av psykolog Peder Kjøs (som leia gruppa). Han skriv:

Vi er mange som har opplevd et år med betydelig redusert livskvalitet. Virkningene på den psykiske helsa synes heldigvis likevel å ha vært begrenset for de fleste. Men for noen av oss har pandemien vært en katastrofe. Mye tyder på at det er de mest sårbare som har fått de største belastningene. For dem må motstandskraften være bygget inn i selve omgivelsene. Resiliensen må finnes i relasjoner, i nærmiljøet og i samfunnet rundt.

Desse to rapportane understrekar på mange måtar sosial helse, og at det er dei mest privilegerte av oss som har den tydelegaste «resiliensen». Denne siste rapporten går langt i å konkludere med at det går bra for dei fleste, og at vi er; «resiliente innbyggere i et resilient samfunn» – noko regjeringa nok er nøgd med å få høyre. Kvifor aukar køane på Fattighusa? Kvifor aukar innrapporterte familievaldssaker og tal på unge som sjølvskadar seg og elles rapporterer meir einsemd? Og korleis har det gått med alle dei som frå før var aleine, og dei få sosiale treffpunkta ein hadde har vore stengt i over eit år? Vår studie har vist kor avgjerande det er at det finst slike møtestader, trass alt som kan vere utfordrande med dei, og at dei kan tilby heilt avgjerande sosial rytme og støtte i spesielt krevjande fasar av livet. Heldigvis er det no lys i pandemitunellen.

Nokre av dei stadene og tenestene vi har snakka med i etterkant av feltarbeidet, har fortalt at ein har løyst litt av utfordringane med stenging av lokalar – ved å tilby fleire aktivitetar og

samlingar ute i friluft. Elles er trenden som elles; at krevjande livssituasjonar blir endå meir krevjande. Mange isolerer seg meir, både fordi ein må og har få eller ingen alternative sosiale treffpunkt, og ein ser ein tendens til at tenestene slit med å tilpasse seg situasjonen (Fosse et al., 2020; Saltzman et al., 2020).

Vi veit lite om langtidskonsekvensane av dette endå – anna enn at den sosiale ulikskapen nok vil auka ytterlegare. Om den sosiale ulikskapen var aukande frå før – og som vi har vore innom – større enn statistikken viser, er det ikkje berre grunn til å uroa seg, men skamma seg, over korleis dette gapet no vil fortsette å skyte fart utan politiske grep. Det hastar med å få på plass ein realpolitikk som kan stogge den aukande sosiale ulikskapen, og som kan løfte folk med samansette helsevanskar sine betringsprosessar. Pandemien er ein sjanse til å forsøke på nytt. Ein sjanse til å sette ulikskapet på plass.

8.4 Kritikk og utfordringar: fallgruver i fellesskapsorientert praksis

Gløym du har kjærleik, hugs du har hat. Orda stammar frå 1963, og Einar Øklands dikt «det må seiast». Vi slepp ikkje unna dei fellesskapa vi er del av, som vi stadig skaper og blir til i. Som funna i denne studien aktualiserer; på godt og vondt. Sosial støtte er sterkt og skjørt – men vi er avhengige av støtte for å klare oss som menneske – avhengige av å gjere og å få støtte. For å løyse sosiale problem, få eit betre liv trass helsevanskar – og ta tilbake helse og livskvalitet så langt det er mogleg. Re-cover. Re-discover.

I Simone De Beauviers *De uadskillelige*, som i stor grad handlar om det skjelsetjande venskapet mellom Simone og Elisabeth (Zaza), opplever eg at romanen opnar opp for ei større forståing knytt til det tvitydige forholdet mellom individualitet og fellesskap. Romanen er ei påminning om farane ved enkelte fellesskapsstrukturar – til dømes kollektivistiske familiestrukturar – som kan sluke, utnytte og maktmisbruke enkeltindivid. Potensielt framandgjerande tradisjonar kan kvele den nødvendige individualiseringa allereie ved fødselen. Slik sett er det gode grunnar til å halde fast ved dei positive dimensjonane i individets frigjering frå kollektivet. Som vi har sett i denne studien, er det noko tvitydig å inngå i fellesskap. Fellesskap representerer ikkje alltid det frigjerande – men det gjer ei heller overdriven individualisme. Bøe (2021) skriv at det å eksistere, handlar om å igjen og igjen *bli til som subjekt* gjennom ein eksistens som uunngåeleg inneber motstand. Motstand fordi vi lev

i ei felles verd der andre menneske og anna liv med sine interesser sameksisterer med oss. I vår samanheng er det interessant å føre inn det Bøe foreslår; at å eksistere er å sette seg sjølv på spel i møte med andre:

Kortfattet foreslår jeg at vi kan stille opp to ulike måter å beskrive denne mellom-menneskelige tilblivelsen eller eksistensen på: 1. *Person-identitet-fellesskap*: Våre liv – som personer – formes ved at vi får plass, rolle og identitet, gjennom tilhørighet i et fellesskap med andre. 2. *Eksistens-forstyrrelse-motstand*: Å leve – som eksistens – skjer ved at våre initiativ uunngåelig forstyrres og forstyrres og møter motstand gjennom andres responser. Å eksistere er å sette seg selv på spill i møte med andre i en krevende dialog som aldri helt går opp. Eksistensen er et brudd med det som er felles (s.28).

Ja, det er alltid fallgruver i fellesskapet. I livet. Likevel, fellesskapsorienterte praksisar er uunngåeleg. Eg kan gjerne reise til Femundsmarka å vandre aleine i to veker, men fridomen hadde, i alle fall for meg, ikkje smakt like godt om eg ikkje hørte til i eit større fellesskap; i eit uendeleg stort nettverk av relasjonar. For oss er det sjølve innramminga av fellesskapsorienterte praksisar i arbeidet med psykisk helse, som er av interesse. Funna våre gir døme på kva som *kan* vere viktige byggesteinar for å skape støttande fellesskap. Det går an å skape fellesskap som både forvaltar menneskerettane våre – som tar vare på den enkelte, og som tek omsyn til at vi blir til *med kvarandre* – og at vi er *avhengige* av kvarandre. At vi er *uløysleg forbunde*. Vi talar altså ikkje lenger om menneske-som-separasjon, om vår venn René Descartes' splitt, som er så smertefullt til stades i politikken. Likevel, vi er individ med ulike behov, noko som alltid vil gjere fellesskap utfordrande og vanskeleg. Sjølvlækning – skjer ikkje det? Eller skjer sjølvlækning og alltid i relasjon til...? Er oppgåva vår då først å fremst å førebygge at fallgruvane i fellesskapet blir *for* djupe og mørke? Er det våre *like* behov for god nok helse, heim, tilhøyrslø, rein luft og reint vatn, reine hav og ei sunn matjord – i det heile tatt; ein intakt natur – som kan samle oss?

Slik eg les Bøe, når han stiller opp desse to *ulike* måtar å bli til på i den mellom-menneskelege tilvertinga, er at dei skjer om kvarandre. Dei må utfylle kvarandre – fordi vi treng den friksjonen som forstyrringa tilbyr – for å skape og oppleve endring. Desse møta mellom oss kan igjen sporast til det Bronfenbrenner ville kalla proksimale prosessar. Ein økologisk utviklingsprosess, som stadig kan utvide seg til å innebere nye element og aspekt. Mi

utheving knytt til det vil vere at vi ikkje berre *er*, men i større grad at vi *skjer*. I desse prosessane kan vi hevde at forhandling og utvikling av både sosial kapital og recovery kapital, skjer, i gamle og nye fellesskap vi inngår i. Vår psykiske helse og våre identitetar er i *bevegelse*.

I utviklinga av fellesskapsorienterte praksisar i arbeidet med psykisk helse, er nok den store kjepphesten at stadig fleire tilbod blir *for* individualiserte, og fråkopla sosiale og strukturelle problem. Løysinga på sosiale problem bør vere, jau, sosiale. Det er openbart ikkje nok at dei er sosiale; løysingane må vere veldig konkrete realpolitisk når det gjeld ei meir rettferdig omfordeling av materielle godar og kapital – og dei må samtidig skje innan naturen sine og planeten sine tolegrensar. Ein lett jobb å løyse, med andre ord. Psykisk helse- og rustenester – og politikken som formar ut framtidens tenester – bør ha eit større fokus på dei sosiale og strukturelle problema som opprettheld og aukar sosial ulikskap i helse. Dette er i tråd med FN's spesialrapportør – som foreslår ein revolusjon i desse tenestene. Tenestene må definitivt skape eit utvida fokus frå det overdrivne biomedisinske og diagnosefikserte, utan å miste biologien, men i mykje større grad *utvide og knyte* biologiske/kropplege prosessar til det sosiale og kontekstuelle. Det er ei stor utfordring i den overdrivne individualismens tidsalder – kor vi i stadig større grad er slavar i virtuelle rom der vi jaktar hjarter og likes, og der det store ekkoet held oss vakne om nettene.

8.5 Avgrensingar, svakheiter og styrker ved studien

Denne studien er litt som sosial støtte sjølv; både sterk og skjør. Studien gir på ingen måte eintydige svar på særskilte kompliserte spørsmål. Vi kunne med fordel utforska fenomenet sosial støtte i fleire ulike kulturar og møtestader – som ikkje var knytt til teneste for psykisk helse i bydelane. Det er ei avgrensing med studien at vi ikkje har gjort dette. Vi kunne òg ha vektlagt dette meir i den systematiske litteraturgjennomgangen. Det samarbeidsbaserte har ført til nokre utfordringar som vi har påpeika, der ei avgrensing er at vi ikkje oppretta ei større rettleiingsgruppe – til dømes med utviklingsgruppa som var med å utvikle forskingsspørsmåla i starten. I ei slik rettleiingsgruppa kunne vi òg med fordel rekruttert og inkludert deltakarar frå feltarbeidet i bydelane – noko som kunne styrka analyseprosessen. I analyseprosessen og framstilling av funn kunne vi òg ha vore meir systematisk gruppe-spesifikke; i betydninga at denne studien utforskar perspektiva til *brukarar, tilsette og frivillige*. Ein grunn til at vi ikkje har valt å vektleggje det gruppe-spesifikke i så stor eller tydeleg grad, er at diskusjonane i seg

sjølv peiker på kva folk i ulike roller meiner om fenomenet, og som artikkel 2 har presentert som domene-diskusjonar sett frå dei ulike perspektiva. Samstundes; dette gjev ein sjanse til å kanskje sjå at det ikkje er så stor distanse mellom gruppene. Denne måten å organisere og presentere funna på kan difor vere både ei avgrensing og ei styrke. Vi har i artikkel 2 forsøkt å skilje og påpeike nokre gruppe-spesifikke trekk ved erfaringane og forholda som blei diskutert. Gjennom å framheva at «nokre brukarar meinte», «fleire av dei tilsette var innom» og «blant frivillige var det» har vi forsøkt å ivareta og få fram dei ulike perspektiva. Avgrensingar kan oppstå i poetiske analyseprosessar, som vi har vore innom i analyserefleksjonane. Erfaringane frå datamaterialet vert dramatiserte – og det er ikkje sikkert desse dikta speglar røyndomen til deltakarane i studien. Styrkane ved studien er fleire. Det samarbeidsbaserte har slik eg opplever det bidrege til utviding; eg har som stipendiat følt stor støtte og utvida perspektiv gjennom å samarbeide så tett med Rose-Marie, og rettleiarane, òg openbart med dei folka eg har møtt i feltarbeidet. Det er ei styrke for studien at vi har vore fleire om dataskapingsprosessane og analyseprosessane, slik at vi har kunne hjelpt og korrigert kvarandre undervegs, om vi skulle ha kome for langt unna empirien og forskingsspørsmåla – men samstundes oppfordra kvarandre til å utforske villmarka. Studien bidreg òg med originalitet gjennom å løfte fram funn gjennom poetisk analyse og formidling, og setje andre områder i datamaterialet i samanheng med desse dikta, som vi i artikkel 3 har skapt/funne. Eit poetisk språk kan opne opp ei vidare forståing, og gje erfaringane frå studien eit større kjenslemessig aspekt.

9.0 Konklusjon og implikasjonar for praksis

Denne studien løftar fram erfaringar og forhold knytt til kva som kan fremja og hemja sosial støtte i psykisk helsearbeid, sett frå brukarar, tilsette og frivillige sine perspektiv. Funna synar korleis ulike faktorar mellom mikro- og makronivå kan verke fremjande eller hemjande for sosial støtte og betringsprosessar. Funna i denne studien peiker mot at tenestene må utvikle stabile møteplassar som kan tilby sosial rytme, omsorg og utviding av sosiale nettverk. Den estetiske utforminga av stadene er viktig. Erfaringskunnskap, og tilsette og frivillige som òg viser seg som sårbare menneske, kan vere fremjande for sosial støtte. Eit viktig funnområde er at stigma knytt til psykiatriske diagnosar og pengeproblem er ei barriere for opplevinga av sosial støtte, trass i ein større openheitskultur. Ein kultur prega av overdriven individualisme kan òg utgjere ei barriere for å utvikle støttande fellesskap, og fungere som barriere for å utvikle tenester prega av omsorg. Ein politikk som i større grad hjelper folk med samansette psykiske helsevanskar ut av fattigdom, er avgjerande for folk sine betringsprosessar. Det krev

heilt konkret ein betre omfordelingspolitikk og ein sosialpolitikk som innrettar tiltak for sosial støtte på fleire nivå; kjenslemessig, bekreftande, informativt og instrumentelt.

Vi har framleis ein lang veg å gå for å lukkast med å utvide innrettinga til tenestene og utvide forståinga av helse. Sosiale møtestader i arbeidet med psykisk helse må bli prioriterte i nasjonal- og kommunebudsjetta; møtestader som har rom for mangfald, gjennomtenkt estetisk design og kor erfaringskunnskap blir ein større integrert del av praksisen. Kor folk kan møte folk – og gjennom desse møta oppleve at ein ikkje er aleine – passeleg forandring – og i beste fall betring. Dette er heilt i tråd med den siste folkehelsemeldinga som løftar fram betydinga av gode lokalsamfunn – og ønsket om å skape desse lokalsamfunna – kor sosial støtte i større grad kan blomstre. Problemet er berre at realpolitikken for å få dette til ikkje blir av, og bidreg til det motsette; dagens politiske kurs tener dei mest velståande og forsterkar ulikskapen i helse. Å auke tilgangen til psykologar er eit av regjeringa sine viktigaste satsingsområde – men det løyser ikkje dei strukturelle utfordringane og den stadig aukande sosiale ulikskapen i helse.

I innleiinga refererte eg til Judith Butlers' bekymring; bekymringa for at vi har mista språket for omsorg. Vidare meinte eg i innleiinga at denne studien på mange måtar handlar om å utforske korleis støtte og omsorg skjer i vår tid – i tenester kor målet er å betre folk si psykisk helse og livssituasjon. I denne utforskinga har vi funne mange gode døme på praksisar som kan vere fremjande for sosial støtte, og for betringsprosessane til dei av oss som erfarer langvarige psykiske helsevanskar. Vi har òg funne og gitt fleire døme på forhold som kan vere hemjande for sosial støtte og betringsprosessar. I den poetiske analysen – og gjennom dikta som vår tredje artikkel formidlar – kan vi òg potensielt få ein større kjenslemessig tilgang til nokre av erfaringane og funna i denne studien. Som tittelen refererer til – sosial støtte er – i vår samtid, noko som skjer i individualismens tidsalder. Erfaringane til deltakarane i denne studien peiker på mange måtar mot at sosiale problem og psykiske helsevanskar treng å bli møtt med fellesskap. Av endring som krev djupare politisk handling – men som òg bygg miljø og lokalsamfunn med bakgrunn i desse konkrete erfaringane; behov for stabilitet, estetisk skjønneheit, sosial rytme, nok pengar og nok mangfald. Dette fellesskapet må gå djupare enn dei erfaringane og implikasjonane vi klarer å tilby. Vi-et må stå imot ein politikk som ikkje lenger har språket for omsorg. For fellesskap. For natur- og menneskevern. For menneske *i relasjon* – og ikkje *i separasjon*. Dette krev at vi som borgarar i eit demokrati er våre borgar-rollar bevisste; vi kjem ikkje unna deltakinga eller at vi er politiske dyr – snart raudlista. For oss som klatrar lengst i utdannings-stigen, krev det eit ekstra medvit. For korleis

bidreg vi – gjennom våre doktorander – til å skape eit meritokrati – og gjennom det; òg vere med på å forsterke ulikskapen? Korleis legg vi til rette for deltaking på like vilkår? Er det mogleg? Vi har ein stor jobb med å legge betre tiltrette for auka demokratisk engasjement, deltaking og nøye utvalt representasjon – i arbeidet med psykisk helse – i arbeidet med å ta vare på oss sjølv og kvarandre.

Til slutt vil eg foreslå nokre implikasjonar denne studien har for praksis, og det vidare arbeidet med psykisk helse – i følgjande punkt:

- Arbeidet med psykisk helse må ta inn over seg betydinga utvikling av relasjonar har – og etablere stabile møteplassar i lokalsamfunna som gjev rom for mangfald, kor erfaringskompetanse- og kunnskap er ein integrert del av praksisen. Her kan ein lære av dei gode erfaringane og praksisane som finst.
- Møtestader som er estetisk gjennomtenkte og har tilgang til grønt-areal verker til å vere meir populære enn typisk institusjonsprega lokalar – og det kan ha stor betyding for betringsprosessar å kunne *kople seg på* naturen – kople seg på omgjevnadane.
- Aktivitetar som tilbyr sosial rytme og har ein meningsfylt agenda, er avgjerande for å knyte folk saman. Her må feltet kartlegge folk sine ulike interesser. Nokre aktivitetar er likevel grunnleggjande samlande; undervurder aldri betydinga av matlaging og måltid!
- «Diagnosekulturen» må framleis utfordrast av levde erfaringar, fordi han kan fungera som ein barriere mot sosial støtte i både sivilsamfunnet, arbeidsmarknaden og for den enkelte si utvikling og identitets-rom.
- Alle som arbeider med psykisk helse bør engasjere seg meir i sosiopolitiske sakar og leggje til rette for breiare demokratisk engasjement, inkludering og samarbeid med dei som har erfaring med å bruke tenestene. Konkret: få folk med eigenerfaring inn i politiske verv!
- Utjamning av sosioøkonomiske skilnadar vil kunne bidra til å redusere ulikskap i helse. Hjelp med økonomi og å skape heim – *instrumentell sosial støtte* – er ofte avgjerande for auka sosial deltaking og auka livskvalitet. Trong økonomi fungerer som barrierar i sosialt liv og dermed også for sosial støtte.
- Den pågåande pandemien gjer det endå viktigare å arbeide med sosial støtte og tilgangen til tenester i lokalsamfunna. Vi må evaluere tilgangen på tilboda ut frå eit perspektiv der ulike funksjonshindringar krev ulike tilgangar.
- Sosiale problem krev sosiale løysingar. Vi må arbeida mot ein progressiv helse- og sosialpolitikk som har større fokus på samanhengen mellom økonomi, levekår og helse. Køane på Fattighusa aukar, og vi har behov for ein radikal og rettferdig sosialpolitikk som prioriterer menneske i vanskelege livssituasjonar.
- Poesi er politikk; erfaringar knytt til det marginale og framande formidla gjennom poesi *kan* opne opp for ei større forståing og innleving i vanskelege livssituasjonar.

Litteratur

- Aaberge, R., Modalsli, J. & Vestad, O. (2020). *Ulikheten - betydelig større en statistikken viser*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ulikheten-betydelig-storre-enn-statistikken-viser>
- Aarre, T. (2019, 20. mai). Helsedirektoratet feilinformerer om antipsykotiske medikament. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/Vb5294/helsedirektoratet-feilinformerer-om-antipsykotiske-medikament-trond>
- Aasland, D. G. & Eide, S..B. (2003). Samarbeid og etikk: Jeg, vi og den andre. I: S.B. Eide, H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.). (2003) *Fordi vi er mennesker*. Fagbokforlaget.
- Andersen, A. J. W., Larsen, I. B. & Topor, A. P. (2016). Caring through discipline? Analyzing house rules in community mental health services in Norway. *Scandinavian Psychologist/Psykologisk.no*, 3(01), 1-15.
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsen*. Rapport. Statistisk Sentralbyrå.
- Bartlett, H. M. & Saunders, B. N. (1970). *The Common Base of Social Work Practice*. National Association of Social Workers Press.
- Becker, G. (2009). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. University of Chicago Press.
- Beresford, P. (2005). Social work and a social model of madness and distress: Developing a viable role for the future. *Social Work and Social Sciences Review*, 12(2), 59-73. <https://doi.org/10.1921/17466105.12.2.59>
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I: *Levin, I., Berg, B., Ellingsen, I.T. & Kleppe, L.C. (Red.) (2015). Sosialt arbeid – en grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Bicchieri, C. & Dimant, E. (2019). Nudging with care: The risks and benefits of social information. *Public choice*, 1-22. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11127-019-00684-6>
- Bjørlykhaug. (2018). Er psykiske problem sosiale problem? Om krafta i konteksten og definisjonsmakta i samfunnet. I B. Karlsson & M. Borg (Red.) (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Fagbokforlaget.
- Bjørlykhaug, Bank, R. M. & Karlsson, B. (2020). Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4(1), 35-55.
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K. & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research*, 1-32. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Bø, I. (1993). *Folks sosiale landskaper: en innføring i sosiale nettverk*. Tano.
- Bøe, T. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre*. Universitetsforlaget.
- Bøe, T. D. (2021). Demokrati og hjertebank. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 25-35. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-04>
- Borg, Karlsson & Stenhammer. (2013). Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling. *Ligger åpen på NAPHA.no, Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk helsearbeid*.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2009). *Medforskning - å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget.

- Borg, Sjøfjell, T. L., Ogundipe, E. & Bjørlykhaug, K. I. (2017). *Brukeres erfaringer med hjelp og støtte fra erfaringsmedarbeidere innen psykisk helse og rus*. Forskningsrapport, Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Moe, T. & Berntsen, R. A. (2011). *Psykisk helsearbeid: mer enn medisiner og samtaleterapi*. Fagbokforlaget.
- 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.
- Bourdieu, P. (1983). The forms of capital. I J. G. R. Richardson (Red.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. (Bd. 1, s. 241-258). Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1992). The Practice of Reflective Sociology. I P. W. Bourdieu, L. (Red.), *An Invitation to a Reflexive Sociology*. Chicago University Press.
- Braanen, B. (2021, 16. mars). Å være forpliktet. *Klassekampen*, s. 2.
- Braidotti, R. (2019). *Posthuman knowledge* (Bd. 14). Polity Press Cambridge.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford university press.
- Brinkmann, S. (2015). Diagnoser som epistemiske objekter. I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnoser: Perspektiver, kritikk og diskusjon*. Klim.
- Brinkmann, S. (2017). *Philosophies of Qualitative Research*. Oxford University Press.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). Diagnoser i samtiden: en introduksjon. I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnoser: Perspektiver, kritikk og diskusjon*. Klim.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Buettner, D. & Skemp, S. (2016). Blue zones: lessons from the world's longest lived. *American journal of lifestyle medicine*, 10(5), 318-321.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6125071/pdf/10.1177_1559827616637066.pdf
- Butler, J. (2021). *The force of nonviolence: An ethico-political bind*. Verso.
- Buvik, P. (2019). Etterord: Personlig og allment. I: *Sommeren 58 av Annie Ernaux*. I *Sommeren 58*. Mime forlag.
- Cottam, H. (2016). Relasjonell velfærd er fremtidens velfærd. . *Kognition og Pædagogik*, 100(26), 8-20.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Hovedrapport, Høgskolen i Oslo & Akershus (nå OsloMet - Storbyuniversitetet). Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk.
- Dahl, E. & van der Wel, K. (2016). Nordic health inequalities: Patterns, trends, and policies. I: K.E. Smith, C. Bambra & S.E. Hill (Red.) (2016). *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford University Press.
- Davidson, L. (2011). Recovery from psychosis: what's love got to do with it? *Psychosis*, 3(2), 105-114.
- Davidson, L., Stayner, D. A., Nickou, C., Styron, T. H., Rowe, M. & Chinman, M. L. (2001). "Simply to be let in": inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 375.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1996). *Hvad er filosofi?* Gyldendalske boghandel.
- Ekeland, T. J. (2011). Ny kunnskap-ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Nasjonalt Senter for Erfaringskompetanse innen Psykisk Helse.
- Ekeland, T. J. (2021). *Psykisk helsevern - en kunnskapsplattform*. Nasjonalt Senter for Erfaringskompetanse innen Psykisk Helse.
- Fangen, K. (2010). Deltagende observasjon. 2. Utgave. Fagbokforlaget.

- Faulkner, S. L. (2016). *Poetry as method: Reporting research through verse*. Routledge.
- Faulkner, S. L. (2017). Poetry is politics: an autoethnographic poetry manifesto. *International Review of Qualitative Research*, 10(1), 89-96.
- Folkehelseinstituttet (2020). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- Folkehelseinstituttet (2015). *Sosial støtte og ensomhet – faktaark*.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Folkehelsemeldinga (2018-19). *Meld. St. 19. Folkehelsemeldinga - gode liv i eit trygt samfunn*. H.-o. omsorgsdepartementet.
- Fosse, R., Birkeland, M., Blix, I., Strand, M., Møller, P. & Thoresen, S. (2020). Covid-19: Reaksjoner hos brukere av behandlings tilbud for psykiske vansker og unproblematic. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 57(11), 812-823.
- Foucault, M. (1979, March 14). The birth of biopolitics & American neo-liberalism. Full lecture, 216-237, I: Burchell, G., Davidson, A., & Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978–1979*. Springer.
- Foucault, M. (1967). *Madness and Civilization* Routledge. Routledge.
- Geertz, C. (1973). Thick description: Toward an interpretive theory of culture. *Turning points in qualitative research: Tying knots in a handkerchief*, 3, 143-168.
- Gergen, K. J. (2015). *An invitation to social construction* (3. utg.). SAGE.
- Giddens, A. (1976). Classical social theory and the origins of modern sociology. *American Journal of Sociology*, 81(4), 703-729.
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode: Ein historisk introduksjon*. I. Oslo: Det norske samlaget.
- Gulbrandsen, L. M. (2006). Urie Bronfenbrenner: en økologisk utviklingsmodell. I *Oppvekst og psykologisk utvikling; Innføring i psykologiske perspektiver* (s. 50-71). Universitetsforlaget.
- Hammer, S. (2020). Foucault, governmentality og det nyliberale Norge. *Agora*, 37(3-04), 62-85. <https://doi.org/10.18261/ISSN1500-1571-2020-03-04-04>
- Hansen, R. S. & Solem, M-B. (Red.) (2017). *Sosialt arbeid: en situert praksis*. Gyldendal akademisk.
- Heidegger, M. (2002). *On time and being*. University of Chicago Press.
- Helse- og omsorgsdep. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)* (09/2017).
- Horghagen, S., Fostvedt, B. & Alsaker, S. (2014). Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users' everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 145-152.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/11038128.2013.866691?needAccess=true>
- Johannessen, L. E. F., Album, D. & Rasmussen, E. B. (2020). Do nurses rate diseases according to prestige? A survey study. *Journal of advanced nursing*, 76(7), 1691-1697.
- Johnson, T. A., Andersen, M., Wilhelmsen, K. H., Borg, M. & Karlsson, B. (2018). *Sluttrapport Recoveryverksteder-fellesarenaer for utvikling, samarbeid og kunnskap*. Senter for psykisk helse og rus, Universitetet i Sørøst-Norge.
- Karlsson, B. (Red.). (2016). *Det går for sakte... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal akademisk.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). *Samarbeidsbasert forskning. Demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Kjøvs, P. (Red.). (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*. [Report]. Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe.
- Knausgård, K. O. (2016). *Om vinteren*. Forlaget Oktober.
- Knausgård, K. O. (2018). *Uforvarende* Forlaget Oktober.
- Kojan, B. H. (2016). Er Nancy Frasers rettferdighetsteori nyttig for sosialt arbeid? [Is Nancy Fraser's theory of social justice useful for social work?]. *Fontene forskning*, 9(2), 54-67.
- Kolstad, A. (2007). Helbredende kunst-finnes det? Betydningen av utsmykking og estetikk i helseinstitusjoner. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 44(8), 991.
- Kristiansen, K. (2009). Forsking og medforskning. I: M. Borg & K. R. Kristiansen (Red.), *Medforskning—å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 17-28).
- Kroken, R. & Madsen, O. J. (2016). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: fra sosialt arbeid til "arbeid med deg selv"?* Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndverk*. Hans Reitzels Forlag.
- Lamont, E., Harris, J., McDonald, G., Kerin, T. & Dickens, G. L. (2017). Qualitative investigation of the role of collaborative football and walking football groups in mental health recovery. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 116-123.
- Langeland, S., Dokken, T. & Barstad, A. (2016). *Fattidom og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk*. NAV.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford university press.
- Levin, I., Haldar, M. & Picot, A. (2018). *Social Work and Sociology: Historical and Contemporary Perspectives*. Routledge.
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2016). Money and mental illness: A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *52(7)*, 842-850.
- López, M. L. & Cooper, L. (2011). Social support measures review. *National center for Latino child & family research*.
- Louis, É. (2018). *Hvem drepte faren min?* Aschehoug.
- Luther King Jr, M. (1964). *Letter from Birmingham Jail*. Penguin Modern.
- Madsen, O. J. (2014). *The therapeutic turn: how psychology altered Western culture*. Routledge.
- Margraf, J., Lavalley, K., Zhang, X. & Schneider, S. (2016). Social rhythm and mental health: a cross-cultural comparison. *PLoS ONE*, 11(3), e0150312.
- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien—en moralsk utfordring. I: K. Martinsen (Red.), *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Cappelen Damm.
- Marx, K. (1993). *Capital: A Critique of Political Economy*. (Bd. Vol. 3). Penguin Classics.
- McKeown, M., Roy, A. & Spandler, H. (2015). 'You'll never walk alone': Supportive social relations in a football and mental health project. *International journal of mental health nursing*, 24(4), 360-369. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/inm.12122>
- McNamee, S. (2010). Research as Social Construction: Transformative Inquiry (Pesquisa como construção social: investigação transformativa). *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 1(1), 09-19.

- Mueller, M. (2017). *Being Salmon, Being Human: Encountering the Wild in Us and Us in the Wild*. Chelsea Green Publishing.
- Ogundipe, E., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Bjørlykhaug, K. I. & Karlsson, B. (2019). Service users' challenges in developing helpful relationships with peer support workers.
- Orlowski, J. (2020). *The Social Dilemma*. L. Rhodes; Netflix.
- Petersen, A. (2015). Diagnostiser som designet orden: depresjon i prestasjonsamfundet. I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnostiser: Perspektiver, kritikk og diskusjon*. Klim.
- Piketty, T. (2020). *Capital and ideology*. Harvard University Press.
- Poulain, M., Herm, A. & Pes, G. (2013). The Blue Zones: areas of exceptional longevity around the world. *Vienna Yearbook of Population Research*, 87-108.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120.
- Primærhelsetjenestemeldingen (2015). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Ministry of Health and Care Services Oslo.
- Prince, J. D., Ansbrow, J., Benedict, A., DiCostanzo, J., Mora, O. & Schonebaum, A. D. (2017). Making connections: Severe mental illness and closeness with other people. *Social Work in Mental Health*, 15(1), 1-13.
- Prince, J. D., Mora, O., Ansbrow, J., Benedict, A., DiCostanzo, J. & Schonebaum, A. D. (2018). Nine ways that clubhouses foster interpersonal connection for persons with severe mental illness: Lessons for other types of programs. *Social Work in Mental Health*, 16(3), 321-336.
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: America's declining social capital. I *Culture and politics* (s. 223-234). Springer.
- Riisbøl, M. F. & Timmermann, C. (2020). User consultation and the design of healing architecture in a cardiology department – ways to improve care for and well-being of patients and their relatives. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 2(01), 8-21.
- Rossen, B. & Elstad, T. A. (2021). Erfaringskonsulenters bidrag til faglige perspektiver og praksis hos fagutøvere i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(1), 60-71. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-07> ER
- Rusten, S. (2021, 16. april). Matkøene bare toppen av isfjellet. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/meninger/matkoene-bare-toppen-av-isfjellet/73635315>
- Sælør, K. T., Bjørlykhaug, K. I., Bank, R. M. & Johnson, T. (2019). Møter i mørket. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(02), 110-125.
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M. & Biong, S. (2015). You never know what's around the next corner: exploring practitioners' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis*. 08(03), 141-152.
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C. & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Scheffler, R. M. & Brown, T. T. (2008). Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Economics, Policy and Law*, 3(4), 321-331.
- Schlecker, M. & Fleischer, F. (2013). *Ethnographies of social support*. Springer.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Open dialogues and anticipations-Respecting otherness in the present moment*. Thl.
- Short, N. & Grant, A. (2016). Poetry as hybrid pedagogy in mental health nurse education. I.
- Starrin, B. (2009). Sosial kapital og helse. I R. Rønning & B. Starrin (Red.), *Sosial kapital i et velferdsperspektiv – om å forstå og styrke utsatte grupper sosiale forankring*. Gyldendal Akademisk.

- Stoltenberg, C. (2015). *Folkehelse rapporten 2014-15. Helsetilstanden i Norge. Rapport*. [Report.]. Folkehelseinstituttet.. <https://www.fhi.no/publ/2014/folkehelse rapporten-2014-helsetilst/>.
- Storch, J. & Ness, O. (2016). Relationel identitet – hvordan professionelle og borgere skaper hinanden som komplementære identiteter. *Kognition og Pædagogik*, 100(26), 42-52.
- Tangvald-Pedersen, O. & Bongaardt, R. (2017). Towards a tinkering participatory research method in mental health. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(1), 7-17.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. I M. S. Friedman (Red.), *The Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360-374.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- 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.
- Topor, A. & Ljungqvist, I. (2017). Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness. *Community mental health journal*, 53(7), 823-831. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0146-3>
- Trætteberg, H. D. & Sivesind, K. H. (2015). Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse-og omsorgsfeltet.
- UN. (2020). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: Report of the Special Rapporteur*.
- van der Wel, K. A., Saltkjel, T., Chen, W. H., Dahl, E. & Halvorsen, K. (2018). European health inequality through the ‘Great Recession’: social policy matters. *Sociology of health & illness*, 40(4), 750-768.
- Vold, J. E. (2013). *Poesi Ad Lib*. Gyldendal
- Volden, O. (2009). Den som er veldig sterk, må også være veldig snill. Et brukerperspektiv på menneskerettigheter og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12).
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid I egen kultur*. Cappelen Damm akademisk.
- Waldegrave, C., King, P., Maniapoto, M., Tamasese, T. K., Parsons, T. L. & Sullivan, G. (2016). Relational resilience in Māori, Pacific, and European sole parent families: From theory and research to social policy. *Family process*, 55(4), 673-688.
- Wedøe Nodland, S. A., Krüger, V. & Hansen, N. (2021, 9.05.2021). Etter matkøen på Fattighuset: - Nå er jeg lei! [<https://www.dagbladet.no/nyheter/na-er-jeg-lei/73723865>]. *Dagbladet*.
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi: illusjoner om psykiatriske legemidler*. Abstrakt.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2020). *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. Penguin Books.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-hill education
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. (Translated by GE Anscombe) Oxford: Blackwell.
- Ynnesdal Haugen, L. S., Envy, A., Ekeland, T. J., Borg, M. & Anderssen, N. (2018). A participatory discourse analysis of service users’ accounts of meeting places in Norwegian community mental health care. *Nordic Journal of Social Research*, 9.

Bengt Karlsson

3603 KONGSBERG

Vår dato: 01.12.2017

Vår ref: 57041 / 3 / OASR

Deres dato:

Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 10.11.2017 for prosjektet:

57041	<i>Sosial støtte og psykisk helse - brukere, fagpersoner og frivillige sine erfaringer med hva som fremmer og hemmer sosial støtte i kommunale psykiske helsetjenester.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bengt Karlsson</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2022 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Øivind Armando Reinertsen

Kontaktperson: Øivind Armando Reinertsen tlf: 55 58 33 48 / Oivind.Reinertsen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 57041

Formålet med studien er å utforske og beskrive hva som fremmer og hemmer sosial støtte relatert til psykisk helse.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

På grunn av utvalgets natur, legger vi til grunn at det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Det er svært viktig å sikre frivillig deltakelse i dette prosjektet. Det kan oppleves vanskeligere å si nei til å delta når man blir forespurt av noen som arbeider i en tjeneste som man er avhengig av. Det må være helt tydelig at det er helt frivillig å delta, at deltakelse ikke er relatert til støttetiltak man mottar og at det ikke vil få noen konsekvenser for dem dersom de ikke ønsker å delta i prosjektet.

Det er ikke meldt at det skal innhentes opplysninger om identifiserbare tredjepersoner, og personvernombudet legger dette til grunn. Personvernombudet anbefaler at du ber informantene om å omtale andre personer som ikke deltar i prosjektet på en måte som ikke identifiserer enkeltpersoner.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2022. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak.

Forespørsel om deltakelse i fokusgrupper i forskningsprosjektet:

«Sosial støtte og psykisk helse – brukere, frivillige og fagpersoners erfaringer med hva som fremmer og hemmer sosial støtte i kommunale psykiske helsetjenester».

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i fokusgruppeintervjuer der hensikten er å utforske hva som fremmer og hemmer sosial støtte i kommunale psykiske helsetjenester i ulike bydeler i Oslo kommune. Sosial støtte kan handle om vår opplevelse av vennskap, følelsesmessig og praktisk støtte fra andre. Det handler også om det materielle: for eksempel økonomiske forhold som påvirker det sosiale livet vårt.

Hvordan opplever brukere, ansatte, frivillige hvilke aktiviteter, tiltak og samarbeidsformer som kan bidra til å hemme og/eller fremme forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse i de respektive bydelene? Videre hvordan tilbudet i de kommunale psykiske helsetjenestene står i forhold til det som er tenkt av målsettinger, innhold og arbeidsmetoder. Forskningssamarbeidet vil rette seg mot å undersøke disse forholdene systematisk i perioden 01.01.18. til 31.12.20.

Forskningsarbeidet vil ledes fra Universitetet i Sørøst-Norge, Senter for psykisk helse og rus (SFPR) i samarbeid med ledelsene i de to respektive bydelene i Oslo kommune. Forskningen vil ta utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data gjennom fokusgruppeintervjuer med brukere, fagpersoner og frivillige i de to bydelene. Brukerne i de to bydelene vil senere bli forespurt om å delta i en spørreundersøkelse som tar sikte på å undersøke hva som kan identifiseres som funksjonell sosial støtte.

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi å gjennomføre ett fokusgruppeintervju ved hver av de tre gruppene: brukere av tjenestene (4-8 personer), fagpersoner (4-8 personer) og frivillige (4-8 personer) i de ulike bydelene. Fokusgruppeintervjuene vil bli gjennomført i perioden 2018-2020 for de som ønsker å delta. Om du ønsker å delta, vil du få nærmere info om tidspunkt og sted (vi finner passende lokaler i nærheten). Dersom du godkjenner det, tas intervjuet opp på bånd for så å bli skrevet ut til analyse.

Prosjektleder for studien er professor Bengt Karlsson, ansatt ved Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Det vil være stipendiat Knut Ivar Bjørlykhaug og medforsker Rose-Marie Bank som vil lede intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Universitetet i Sørøst-Norge sine rutiner for datasikkerhet. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Bydelen vil ikke få tilgang til det innsamlete datamaterialet fra studien. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.012.2022. Forskningsresultatene vil bli publisert i nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter og på fagkonferanser.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte Knut Ivar.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, er databehandlingsansvarlig. Studien er meldt til NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun ansatte i prosjektet som har adgang til informasjonen og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Økonomi

Studien er finansiert gjennom stiftelsen Dam og Universitetet i Sørøst-Norge.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og ta med til intervjuet. Send sms til Knut Ivar.

Vennlig hilsen

Bengt Karlsson

Professor i psykisk helsearbeid,
Universitetet i Sørøst-Norge.

Knut Ivar Bjørlykhaug (tlf. 951 40 865)

Stipendiat i psykisk helsearbeid,
Universitetet i Sørøst-Norge.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien «Sosial støtte og psykisk helse – brukere, frivillige og fagpersoners erfaringer med hva som fremmer og hemmer sosial støtte i kommunale psykiske helsetjenester».

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Intervjuguide til fokusgrupper med ansatte og frivillige om hva som fremmer og hemmer sosial støtte i kommunale psykiske helsetjenester.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt *rettighetene i informert samtykke*. Introduser litt om hva sosial støtte kan være (eksempelvis følelsesmessig og praktisk støtte som vi får fra andre).

Kan noen starte med å fortelle litt om hvordan dere forstår og erfarer sosial støtte?

Eksempler fra eget liv og praksis er velkomne.

Hvilke erfaringer har du/dere gjort deg/dere knyttet til aktivitetene og tilbudene i de kommunale psykiske helsetjenestene som fremmer og/eller hemmer sosial støtte?

Hvordan har du og dere konkret erfart hva som fremmer sosial støtte – og hva hemmer det? Beskriv gjennom eksempel.

Hva tenker du/dere om forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse? Hvordan henger det sammen og hva kan tenkes å påvirke hva og hvordan sosial støtte erfares?

Hvordan samarbeider tjenestene med andre tilbud/sectorer, og hvilke betydning kan det ha?

På hvilke måter og områder har aktivitetene og tilbudene bidratt til å sosial støtte og bidratt til å fremme psykisk helse?

Hvilke erfaringer/tanker har dere om forhold utenfor tjenestene som påvirker mulighetene for å jobbe med sosial støtte?

Hvilke synspunkter og forslag har dere til endringer og forbedringer av bydelens aktiviteter og tilbud relatert til sosial støtte?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse? Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette intervjuet? Hvordan har du opplevd din egen deltakelse? Er du noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Intervjuguide til fokusgrupper med brukere om hva som fremmer og hemmer sosial støtte i kommunale psykiske helsetjenester.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt *rettighetene i informert samtykke*. Introduser litt om hva sosial støtte kan være (eksempelvis følelsesmessig og praktisk støtte som vi får fra andre).

Kan noen starte med å fortelle litt om hvordan dere forstår og erfarer sosial støtte?

Eksempler fra eget liv og praksis er velkomne.

Hvilke erfaringer har du/dere gjort deg/dere knyttet til aktivitetene og tilbudene tjenestene?

Hvordan har du og dere konkret erfart hva som fremmer sosial støtte – og hva hemmer det? Beskriv gjennom eksempel.

På hvilke måter har aktivitetene og tilbudene bidratt til å sosial støtte og bidratt til bedringsprosesser for dere?

Hvilke erfaringer/tanker har dere om forhold utenfor tjenestene som påvirker mulighetene for å jobbe med og oppleve sosial støtte?

Hvilke synspunkter og forslag har dere til endringer og forbedringer av bydelens aktiviteter og tilbud relatert til sosial støtte?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse? Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette intervjuet? Hvordan har du opplevd din egen deltakelse? Er du noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Infoskriv om forskningsprosjektet: *sosial støtte og psykisk helse*

Hei! Jeg heter Knut Ivar, er 30 år, opprinnelig fra Sunnmøre men bosatt i Oslo. Jeg har jobba med psykisk helsearbeid i flere år, først og fremst sammen med voksne, og har egenerfaring med psykiske helsevansker.

I perioden 2018-2021 er jeg stipendiat/forsker ved Universitetet i Sørøst-Norge og OsloMet - Storbyuniversitetet. I løpet av 2018 skal jeg bli bedre kjent med hvordan tjenestene i psykisk helse jobber. I den forbindelse har jeg lyst til å delta på diverse aktiviteter for å lære mer om hva som skjer der folk møtes og finner på ting.

Jeg har et mål om å komme innom aktivitetshuset «X» ettermiddag en gang i uka, og i tidsrommet «X» (i perioden høsten 2018 våren 2019).

Før sommerferien skal vi sette sammen fokusgrupper på 5-8 personer. En fokusgruppe for brukere av tjenestene, en for ansatte og en for frivillige. Et fokusgruppeintervju har som formål å samle flere deltakere med relevant erfaring, hvor man kan diskutere et tema i fellesskap. Der vil vi snakke om erfaringer folk har med sosial støtte, det sosiale livet og psykisk helse, og intervjuene/samtalene vil vare ca en time. En egen forespørsel sendes ut om dette.

Det er jeg og medforsker Rose-Marie Bank som vil lede disse intervjuene som skal gjennomføres 2018-2019. Vi møtes plutselig – spør i vei om det er noe du lurer på ☺ Jeg er lettest å få tak i på mail: knut.bjorlykhaug@usn.no

Prosjektet er godkjent av NSD (personvernombudet for forskning) med prosjekt-nr. 57041, og vi som forskere er strengt forpliktet til å anonymisere all personinformasjon.

Artikkel 1:

Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research*, 1-32.

DOI: <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>

Social support and recovery from mental health problems: a scoping review

Knut Ivar Bjørlykhaug^a, Bengt Karlsson^a, Suzie Kim Hesook^a and Lise C. Kleppe^b

^aDepartment of Health, Social and Welfare Studies, Centre for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway; ^bInstitute for Social Sciences, Oslo Metropolitan University, Norway

ABSTRACT

Several systematic reviews have suggested the linkages between social support and mental health or the use of mental health services in general. There is a need to develop the knowledge on different associations between social support, social work and mental health recovery, and the various features of social support. Inequality in health is a rising problem. Broader integration of social support-orientation in services and policy can play an important role in reducing health inequalities and enhance recovery. In this article we aim to scope existing literature regarding (a) the associations between social support, mental health and recovery, and (b) describe features of community mental health services that incorporate social support. Further, we discuss facilitators and barriers for social work and social support. Advanced searches were conducted in five relevant databases: Social Science Premium Collection, CINAHL, SweMed+, Idunn, and PsychInfo Ovid, and we did a qualitative synthesis of the included papers. Twenty-nine papers met the inclusion criteria in this scope and are organized into two major themes: a) Associations between mental health and social support, and b) Key features of social support-oriented community mental health services.

KEYWORDS


Social support; social work; mental health; recovery; community mental health

Introduction

This scope review maps out the literature on the association between social support and mental health by focusing on recovery from mental health problems, and the features of social support and community mental health services. The scope begins with the notion that social support plays a substantial role in attaining and maintaining good mental health, in the prevention of and recovery from mental health problems (Topor et al. 2011; UN 2020; Wang et al. 2018) and have a potential in reducing inequalities in health (Stoltenberg 2015).

Social support is often conceptualized in the following categories: (a) emotional, (b) instrumental, (c) informational, and (d) appraisal (Langford et al. 1997; Sarason et al. 1987). Emotional support refers to having someone to talk to, having close relationships with family and friends, and feeling loved and cared for. Instrumental support refers to having someone to trust and count on in difficult life circumstances and dealing with the demands of daily living such as getting to appointments, shopping, cleaning, help with money matters, paying bills, and so forth (Baiden, Den Dunnen, and Fallon 2017; Sarason et al. 1987).

Several systematic reviews of the literature have suggested linkages between social support and mental health or mental health service use in general (Beauregard, Marchand, and Blanc 2011; Leigh-Hunt et al. 2017; Terry and Townley 2019; Tol et al. 2011; Wang et al. 2018) and in specific population groups (McDonald 2018; Tough, Siegrist, and Fekete 2017). Findings in previous studies

CONTACT Knut Ivar Bjørlykhaug  knut.bjorlykhaug@usn.no

© 2021 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way.

suggest that social support, which may be provided by a variety of individuals and services, plays an important role in promoting community integration and social networks for individuals with serious mental health challenges (Salehi et al. 2019; Terry et al. 2019). There is no review in the literature that addresses the relationship between social support and mental health in the context of identifying the state of the knowledge, with a specific focus of understanding the variations of social support. Further, we found a need for a scope review providing a more comprehensive understanding in the development of social support-oriented mental health services in facilitation of mental health recovery.

Aims

This study objects to explore the role of social support in the development of, experience of, and recovery from mental health problems. The main aims of this article are to map and explore existing literature regarding (a) the associations between social support, mental health and recovery, and (b) explore the key features of community mental health services that integrate social support in practice. We also aim to address the increasing inequality in health and propose that social support-orientation plays an important role when meeting this rising problem.

Recovery and recovery capital

The recovery tradition in mental health is deeply rooted in service user movements and professionals that have emphasized psychosocial aspects of working with and recovering from severe mental health challenges (Bengt Karlsson and Borg 2017). This orientation marked early that it wanted to go beyond the biopsychosocial model (Davidson and Strauss 1995). However, it also faces extensive critique, especially considering its way of defining what recovery practice actually is, where some argue that within this tradition the attention now is directed more towards excessive individual orientation (Bengt Karlsson and Borg 2017; Price-Robertson, Obradovic, and Morgan 2017). Consequently, one can here lose focus of the very nature of recovery as relational. Nevertheless, we can say that this tradition relates to a broader range than, for example, how the psychiatric tradition works with the different layers of social support. The recovery tradition created new perspectives that unfold in the field from the scale of building recovery communities to its influence in social policy in the wholesome work to support the individual recovery process. Recovery does not necessarily imply becoming symptom free. Instead, it involves reclaiming control over one's life and negotiating a valued and satisfying 'place in the world' and finding personal strategies for managing any ongoing distress experiences (Anthony 1993). Conceived in this way, recovery is both a personal and a social process – in which resolution of internal distress takes place alongside social reengagement in ways that may be mutually reinforcing (Jacob 2015; Tew 2013; Topor et al. 2011). The terms recovery and mental health recovery will be used as an understanding of this concept during this article.

Another term of importance related to social support and mental health recovery is *recovery capital*. Tew (2013) proposes that recovery capital includes four different types: (1) economic capital (2) social and relational capital (3) identity capital and (4) personal (or mental) capital. Social support-oriented services can and should work with the recovery capital at these different levels.

Social inequalities in mental health – a Nordic paradox and global problem

Mental health services are constantly evolving and trying to incorporate that social factors are crucial when understanding and solving mental health problems. These services often work with people that lives in scarcity, e.g. poor economy and deprived living conditions. However, the

current levels and types of services seem insufficient in incorporating the social perspectives in mental health care and often offers inadequate help (Cottam 2018; Giacco et al. 2017; Bengt Karlsson and Borg 2017; Topor et al. 2011).

Social inequality in health is a rising problem at a global scale (Wilkinson and Pickett 2020) and is a significant component to include when exploring social support and mental health recovery (Sælør et al. 2019). Inequalities in mortality have even been rising ever since the 1960s in Norway, a country often referred to as one of the world's most equal countries (Dahl and van der Wel 2016). In Norway inequalities in health are therefore addressed as a rising problem and concern (Dahl and van der Wel 2016; Stoltenberg 2015). In Nordic countries such as Norway, Denmark and Sweden there have been concrete political strategies to reduce this problem (Dahl and van der Wel 2016). A white paper on public health in Norway describes the problem and specifically points out *social inequality in mental health* as a mounting problem that requires strategies for solutions, e.g. increased social support-orientation (Ministry of Health and Care Services 2014-2015). Inequality in health is sometimes debated as a paradox in the Nordic welfare states, because despite social inequality (in general) in Nordic countries is lower compared to other countries on a global scale, inequalities in health are mounting (Dahl and van der Wel 2016). At the same time the inequality related to income is steadily increasing in Norway, and is greater than the statistics is showing, something newly reported by Statistics Norway (Aaberge, Modalsli, and Vestad 2020). In a (mental) health-perspective this is an argument to work with varieties of support and features of social support in a more systematic and broad matter, so that services can integrate and be inspired by social support-orientations from different practices. This comes with the assumption that increased social support, and active social policy that facilitates social support and economic equality, are important dimensions in battling increased inequality in health and facilitate mental health recovery (Sælør et al. 2019; Stoltenberg 2015)

Method

Colquhoun et al. (2014) has defined a scoping review as 'a form of knowledge synthesis that addresses an exploratory research question, aimed at mapping key concepts, types of evidence, and gaps in research related to a defined area or field by systematically searching, selecting, and synthesizing existing knowledge' (p. 1292). Where a strict systematic review typically focuses on well-defined questions and accurate study designs that will often be identified in advance, a scoping study tends to address broader topics that can include a greater variety of study designs (Arksey and O'Malley 2005).

This scoping review applied the following steps in its process by drawing on Arksey and O'Malley (2005): (a) identifying the research aims/questions, (b) identifying relevant studies and scientific work, (c) study selection, (d) charting the data, and collating, summarizing, and reporting the results. We also added a broader discussion. The scope process began in February 2018 and we had an updated search January 2020. We did not register the study in Prospero, since this is a scope review without direct health-related outcomes.

The search process

The starting point was to formulate the aim of this scope review, followed by advanced search in five relevant databases, namely Social Science Premium Collection, CINAHL, SweMed+, Idunn, and PsychInfo Ovid. The rationale for the use of these databases is that they capture articles both in the English language and Nordic languages and interdisciplinary research. The search was conducted with the support of a health librarian at one of the affiliated universities. The main terms, combinations, and variations in the search strategy used in all databases were as follows: 'Community Mental health services,' 'Mental health services,' 'Social support,' 'Mental health recovery,' 'Community mental health work,' 'Psychosocial interventions,' and 'Social Work,

psychiatric.’ We included Medical Subject Headings (MESH) in some databases where it was an option to ensure a broad scope and better rigour in our search process, and we used relevant synonyms. The search was limited to the period from January 2000 to January 2020. We limited our search to the mentioned period because of the large body of literature and decided to focus on peer-reviewed articles.

Inclusion criteria applied: Full-text articles published in peer-reviewed journals, studies published in English and Nordic languages, qualitative and quantitative studies, and relevant papers in the research network.

Exclusion criteria: Personal viewpoints. The full-text articles excluded with reasons consisted of articles that had poor study design or personal viewpoints that did not supplement the already elected articles.

There were 2,819 hits in all five databases after limiting the focus to peer-reviewed articles. After importing all the studies to EndNote, Author 1 removed all the duplicates, and then sorted and screened out the most relevant studies for closer abstract-reading. A large number of articles identified in the search were considered inappropriate or inapplicable mostly because their foci did not fit our research aims. This resulted in a total of 53 full-text articles from the search results in the databases that were considered to align with the research aim and still ensure a good scope. The final step in the review and selection by reading the full texts was to select those articles that were relevant to the aim of this scoping review, and to exclude the ones with poor study design or personal viewpoints that did not contribute with relevant empirical material. This review process involved the construction of a classification table that presented the relevance and the quality of the study design, which all authors contributed. This resulted in a set of 29 articles as the base for the review, as shown in Figure 1.

Systematizing the findings

The 29 articles were reviewed carefully for their relevance, with focus on research design. We applied the qualitative thematic synthesis to systematize the findings in these papers and to extract major themes addressing the research aims. The thematic synthesis was organized into two major topical themes: (a) association between mental health and social support, and (b) features of social support-based community mental health services. This allowed the differentiation between the literature on the complexities of the association between mental health and social support on the one hand, and the social support-oriented approaches in mental health care on the other. Of the total, 13 papers were oriented to the first topic (a) and 16 were oriented to the second topic (b).

Findings

Table 1 presents information on the 29 papers that are included in this scope by chronicling the research questions or hypotheses, the study participants, the major findings, the research design, and the internal and external validity. The findings are sorted out in relation to the two foci/aims of the review and our qualitative synthesis.

The articles we reviewed in our scope have various research designs, research contexts, and population samples. Of the entire selection of 29 studies, nine have a qualitative orientation, 13 have a quantitative orientation, and three are literature reviews (one explores social support and religion, the second seeks to clarify which form of social support actually uses meta-synthesis strategies, and the third maps social participation interventions in mental health work). Two papers are conceptual framework studies. One has a mixed-method evaluation design, and one a naturalistic case study design. Most studies were carried out in western countries except two (Malaysia and China). Details are presented in Table 1.

The understanding, integration, and concept of social support employed in each of the reviewed papers are varied. Twenty papers use the term social support as a keyword, while the other papers

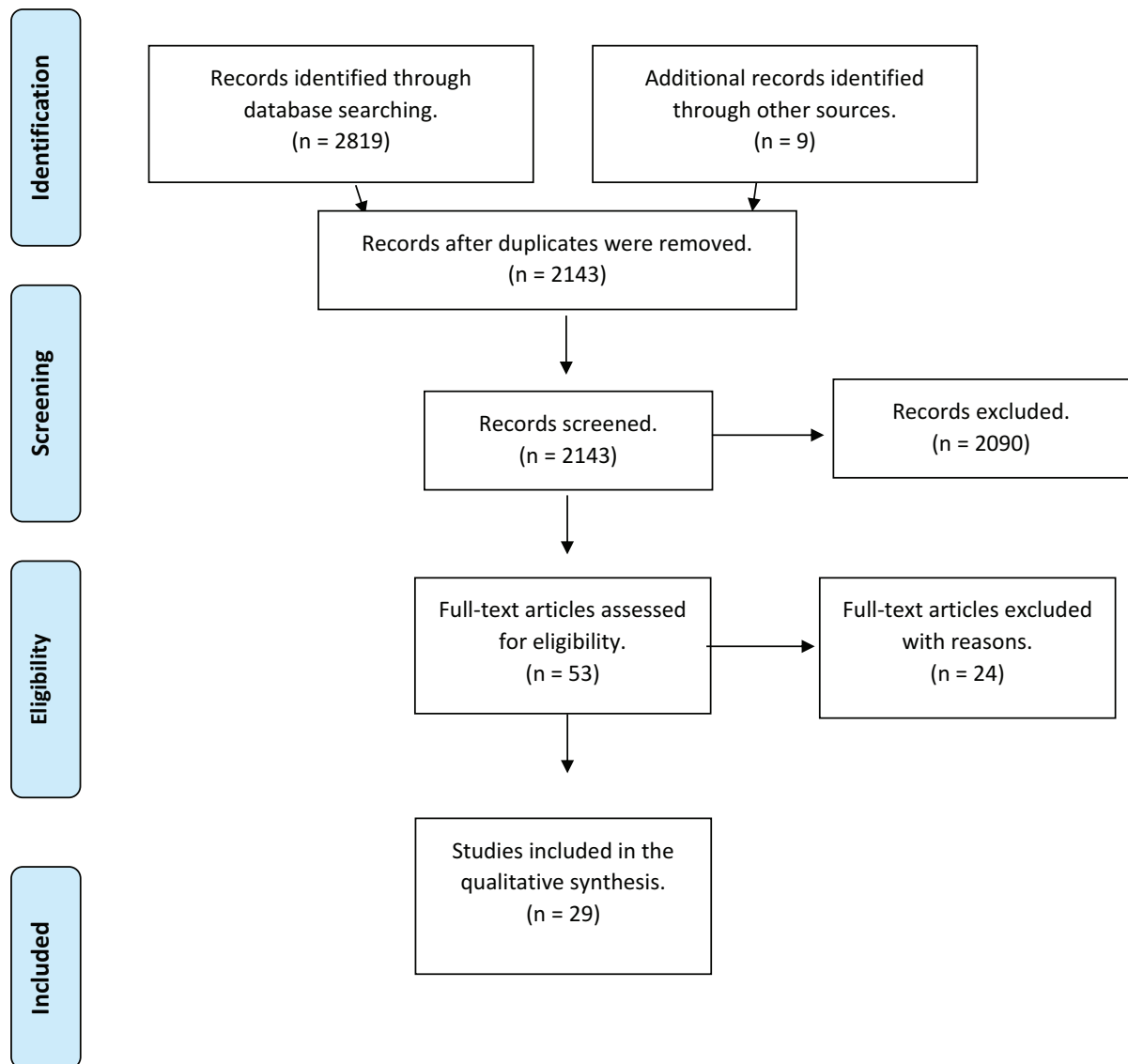


Figure 1. The search and data selection process (flow diagram, The prisma group, 2009).

have different terms as keywords that are related to social support such as social interaction, social networks, social predictors, supported housing, peer support, and so on. Some papers clarify and define social support, while others do not. The most common way to conceptualize social support is by connecting it to the categories that are referred to in the introduction; social support is an advocative interpersonal process characterized by at least one party gaining social benefits (Finfgeld-Connett 2005).

The mental health characteristics of the participants studied in this review were segregated into three main groups: (a) severe/long-term mental health problems, (b) milder/moderate mental health problems, and (c) context-specific mental health problems (for example among recent immigrants, caregivers etc.), with the dominant focus on severe long-term mental health problems.

Associations between mental health and social support

In this section, we identify two different sub-themes as the major points: (a) social support associated with mental health status (or well-being), and (b) social support in relation to the experiences of people with severe mental health problems. Both themes, although somewhat related, are different ways in which social support has an impact on mental health. The first refers to the idea that people with low social support (in terms of social network, social participation,

Table 1. Selection and description of studies (N = 29) for the scope. almost all studies except two (Malaysia and China) were conducted in western countries. Findings sorted in to sections a) *associations* between mental health and social support and b) *features* of social support oriented services.

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
SECTION a) Associations N = 13 Andrea, Siegel, and Teo (2016) Social support and health service use in depressed adults: findings from a national health and nutrition examination study (US)	Investigated the relationship between social support and health service use among men and women with depression	N = 1379 The present analysis was limited to adults aged 40 years and older, experiencing depression	Among those with adequate social support, odds of seeing a non mental health provider were much higher when depression was moderate [Odds Ratio (OR): 2.6 (1.3–5.3)] or severe [OR: 3.2 (1.2–8.7)], compared to those lacking social support. Conversely, odds of mental health service use were 60% lower among those with moderate depression [OR: 0.4 (0.2–1.0)] when social support was adequate as opposed to inadequate	Cross-sectional study design Analysis of data drawn from the 2005–2006 and 2007–2008 waves of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), an annual survey of health and nutritional status in the US conducted by the National Centre for Health Statistics (NCHS), Centres for Disease Control and Prevention	By stratifying results by severity of depression, this study first reveals that social support is associated with health service use, almost exclusively among individuals with at least moderate depression

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Bjørnstad et al (2017) With a little help from my friends – social predictors of clinical recovery in first-episode psychosis (Norway)	Hypothesized satisfaction with social relationships predicts clinical recovery; secondly, frequency of social interaction predicts clinical recovery; and third, effect of friend relationship satisfaction and frequency will be greater than that of family relationships satisfaction and frequency	N = 178, age 15–65 years; meeting the DSM-IV criteria for a first-episode of schizophrenia, schizoaffective psychosis, delusional disorder, brief psychosis, affective disorder with mood incongruent delusions, or psychosis	Main finding was, in line with our hypothesis, that frequency of friendship interaction predicted clinical recovery during a two-year period. This effect was sustained even when we removed the friendship criterion from the recovery measure, indicating that the effect was not simply due to pre-existing friendships. Contrary to our hypothesis, neither social satisfaction variables, nor frequency of social interaction with family members, contributed significantly to the prediction of recovery. Findings suggests the possibility of facilitating recovery through helping patients increase frequency of social contacts	Longitudinally comparison design, using different instruments to measure recovery The sample was recruited from the ongoing TIPS-2 study (Early treatment and intervention in psychosis) a Naturalistic follow-along study including a population-based cohort (350.000 individuals) of FEP individuals from January 2002, until August 2013. Univariate and generalized estimating equation analysis	Attrition appears to be random, and the sample can be assumed representative with regard to baseline characteristics

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Baiden, Den Dunnen, and Fallon (2017) Examining the independent effect of social support on unmet mental healthcare needs among adult Canadians after taking into account predisposing, enabling, and need factors of the behavioural model of healthcare service use (Canada)	Examine the independent effect of social support on unmet mental healthcare needs among adult Canadians after taking into account predisposing, enabling, and need factors of the behavioural model of healthcare service use	N = 3857 20 years and older with some form of perceived mental healthcare need	The study found that close to one in five Canadians (19.6%) had mental healthcare needs, of which 68% had their needs fully met and 32% had unmet needs. Social support was the strongest factor to be associated with unmet needs	Cross-sectional study design Gathers information on factors that influence mental health through a multidisciplinary approach, focusing on social and economic determinants of health. The survey covers individuals aged 15 and above residing in the 10 provinces and uses a multistage cluster sampling design with a random sampling method to select a sample that is representative of the Canadian population	It is likely that the sample is transferable to other contexts. Enhance understanding of the need for developing services towards more social support oriented organization
Finfgled-Connet (2005) Clarification of social support	To clarify the concept of social support	Meta-synthesis strategies	Social support is composed of emotional and instrumental support. It is an advocative interpersonal process characterized by reciprocal exchange of information, it is context specific, and it results in improved mental health. Antecedents of emotional and instrumental support include a perceived need plus a social network and climate that are conducive to the exchange of social support	Review (systematic) Template Verification and Expansion Model. Meta-synthesis strategies. Systematic search/review with rigour in method	All the linguistic analyses and qualitative studies were included in this study. Makes the concept of social support more perceptible

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Forrester-Jones et al. (2012) Good friends are hard to find? The social networks of people with mental health illness 12 years after deinstitutionalization (UK)	Assess the social networks of a cohort of people with long-term mental illness living in the community for over a decade	N = 85 39 men and 46 women (mean age: 61 years; range: 38–88). Forty nine (60%) were 65 years or under and 32 (40%) were over 65	Social networks (median 19; range 2–85) were generally larger than those reported in previous studies. Older residents (over 65 years) had closer ties than younger residents. Congregate types of community settings were relatively devoid of social support. Participants living in hostels/ small group homes reported higher levels of social support than those currently in hospitals	Mixed-methods design (?) Participants were interviewed using the Social Network Guide. Comparisons were made using generalized linear modelling. Data were analysed in terms of the frequencies of social support and interactional behaviours	Data were analysed in terms of the frequencies of social support and interactional behaviours. Comparisons between participants in the two age groups and those living in different types of accommodation were made using generalized linear modelling for multi-nominal responses (McCullagh & Nelder, 1989)
Kogstad, Mönness, and Sørensen (2013) Social networks for mental health clients: resources and solution (Norway)	Explore to what degree social networks provide relief, recovery and healing, and how the networks interact with professional help	N = 850 Service users with a variety of mental health difficulties Approximately 1/3 of the respondents were men and 2/3 women. Age between 20 and 80	There is a positive statistical correlation between network and wellbeing. The network component is the dominant factor, but another significant factor is "income situation", discriminating between those engaged in some kind of work/study or not. Social networks emerge as the most important help system	Survey design Quantitative analyses of a sample of 850 informants The questionnaire contained 16 questions,3 dealing with gender, age, living area, job/social security, family and living situation, experiences from different help services, and opportunity to talk through bad experiences	Enables understanding of the association between social network and mental health recovery

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Munikandan et al. (2017) Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric services: A cross sectional study (Malaysia)	Assessing the association between social support and QOL	N = 160 aged 18 years and above diagnosed as having schizophrenia predominantly Malay, aged less than 40	The majority of the respondents (71.9%, N = 115) had poor perceived social support, followed by a lower proportion (44%, N = 27.5) with moderate scores and only one person had a high score (0.6%, N = 1) There was significant positive correlation between the different types of social support (total, family, friends and significant others) and QOL (total). The higher the social support levels in all types of social support perceived by respondents, the higher the quality of life they experienced	A cross-sectional study design. Conducted on 160 individuals with schizophrenia receiving community psychiatric services in Hospital Kuala Lumpur (HKL). The WHOQOL-BREF, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were used to assess QOL, severity of symptoms and social support, respectively	Conducted over a 3-month period in 2015 with data mostly collected at patients' homes and outpatient psychiatric clinic, whenever patients came for follow up visits The Malay version of MSPSS (validated) demonstrated good psychometric properties in measuring social support Relevant for target group in other settings
Puyat (2013) Is the influence of social support in mental health the same for immigrants and non-immigrants? (Canada)	Examine association between social support and mental health across immigrant groups	N = 42,556 individuals between the ages of 12 and 85 who completed the social support survey module	In comparison with individuals who had moderate levels of social support, individuals with low social support had higher odds of reporting mental disorders and this association appeared strongest among recent immigrants. Using the same comparison group, individuals with high social support had lower odds of reporting mental disorders and this association appeared stronger among longterm immigrants.	Retrospective cross sectional study design. Descriptive statistics for each variable were first calculated. v2 tests were then performed to determine if mental health differed by social support levels, immigration status, age, sex, marital status, education, self-rated health and perceived stress	Applicable to understand mental health in broader contextual way, and the importance of extra social support efforts for recent immigrants. All statistical outputs were weighted to obtain population-based point-estimates of the association between social support and mental health

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Smolak et al. (2013) Social support and religion: Mental health service use and treatment of schizophrenia (US)	Examine: (1) the religious perceptions of families, professionals, and the public towards schizophrenia; (2) religious perceptions of the aetiology of schizophrenia; (3) how others perceive religion as a coping mechanism; and (4) how religion influences treatment engagement and help-seeking behaviours	N = 43 Family members and caregivers	Religious beliefs influence the treatment of schizophrenia in the following ways: Religious themes were positively associated with coping, treatment engagement and help-seeking behaviour. Evidence of religious underpinnings was found in perceptions of aetiology. The findings also indicate that there is often both a preference among family members and caregivers to utilize religious based professionals and caution towards mental health professionals	Review (systematic) Forty-three studies were included in this review. One (2%) study was published in the 1980s, 10 (23%) studies were published in the 1990s, and 32 (74%) were published between 2000 and 2010. Twelve (28%) of the studies described studies conducted in the United States, and 18 (42%) were from other countries. The studies investigated the perspectives of family members, professionals, and/or the larger public	Limitations in this investigation include the reliance on published, peer-reviewed English language journals, which consequently limits its analysis to these studies. Also, the methodological calibre and quality of the existing literature, such as the absence of longitudinal studies or randomized controlled trials, is a limitation
Sun et al. (2019) The Influence of Social Support and Care Burden on Depression among Caregivers of Patients with SMI (CN)	Examine the influence of social support and care burden on depression among caregivers of SMI patients	N = 256	Results strongly demonstrates that social support and care burden were predictors of depression, especially social support. Shows that social income and status plays an important role when it comes to the ability to create strong social networks and prevent depression among caregivers	Structural equation modelling (SEM) to test hypothesized relationships among variables	Especially relevant for understanding the burden of caregiving and specific types of social support – relates to social context and recommends improving social network. Opens up the multi-factor complexity of social support

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Stockdale et al. (2007) The importance of social context: neighbourhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug and mental health disorders (US)	Examine the relationship among neighbourhood stressors, stress-buffering mechanisms, and likelihood of alcohol, drug, and mental health (ADM)	Adults from 60 US communities (n = 12,716)	Cross-level interactions revealed that violence-exposed individuals in high crime neighbourhoods are vulnerable to depressive/anxiety disorders. Likewise, individuals with low social support in neighbourhoods with high social isolation (i.e., low-average household occupancy) had a higher likelihood of disorders	Conceptual framework design Test a conceptual model that explores effects of neighbourhood stressors and stress-buffering mechanisms on ADM disorders	Wherever possible study use data for the smallest geographic entity to more accurately represent neighbourhood characteristics. Important knowledge considering social environment factors that effects social support
Townley, Miller, and Kloos (2013) A Little Goes a Long Way: The Impact of Distal Social Support on Community Integration and Recovery of Individuals with Psychiatric Disabilities (US)	Document and describe <i>distal</i> supports for individuals with psychiatric disabilities. Focus primarily on the type of social support provided	N = 300 adults using outpatient mental health services and living in independent housing in Columbia, the largest city in South Carolina. 66% female; 64% self-identified as Black, 28% as White, 3% as Latino, 2% as Alaskan Native/Native American, 2% as Asian, and 1% other	Found that distal supports predicted both recovery and community integration after accounting for the influence of traditional social support networks. Traditional social support had larger standardized beta weights and accounted for the most variance in both community integration and recovery; however, distal support still explained a significant amount of unique variance. Having traditional social support is perhaps more influential in the community integration and recovery process, the establishment of casual ties with community members plays a unique role in supporting individuals to engage in community life and lead satisfying, productive, and healthy lives	Cross-sectional study design Data collected from a sample of 300 adults using outpatient mental health services and living in independent housing in Columbia, the largest city in South Carolina. Distal supports were assessed using a modified version of the Distal Support Measure. Mixed-methods data preparation and analysis	Relevant to understand different types of social support – transferable to other contexts

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Wesselmann et al. (2015) Religious beliefs about mental illness influence social support preferences (US)	Hypothesized that individuals' endorsement of the spiritually-oriented causes/treatments belief factor will predict a positive relation with willingness to provide spiritually oriented social support	N = 262 University students in an undergraduate psychology course	Found evidence that individuals' religious beliefs influence the types of social support they would be willing to give a hypothetical friend who had a mental illness. Christians' beliefs that mental illness results from immorality/sinfulness and that mental illnesses have spiritual causes/treatments both predicted preference for giving spiritual social support to a hypothetical friend with depression. Evangelical Christians endorsed more beliefs that mental illness has spiritual causes/treatments than Protestant and Roman Catholic Christians, and they endorsed more preference for giving spiritual social support than Roman Catholic Christians. These data, to our knowledge, are the first examining preferences for the types of social support religious individuals are willing to give someone with a mental illness	Survey design Used established measure of religious beliefs about mental illness (Wesselmann & Graziano, 2010) Participants entered the lab individually or in groups and completed the measures at individual workstations. Participants indicated their religious affiliation and then answered subsequent measures. Measures were embedded in various pilot-testing materials. ¹ These data were collected across two semesters	The factor structure of social support measure did not support the anticipated conceptual structure found in previous social support literature Rather than finding spiritual and secular equivalents of the four types of social support (i.e., appraisal, emotional, informational, and instrumental support) instead found three factors: spiritual, secular counselling and secular instrumental support

SECTION b) features of social support N = 16

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
de Jong et al. (2016) Enabling social support and resilience: outcomes of a family group conferencing in public mental health care (Netherlands)	Explore effects of Family Group Conf. #1 Has the (quality of) social support for the main actor(s) been increased? 2. Has the main actor(s)'s resilience been increased? #3 Did the conference have an influence on the improvement of the living conditions of PMHC clients, client systems and neighbourhoods wherein PMHC clients are living? #4 Has the demand for professional care been decreased?	N = 312 Everyone who attended the conference or could reflect on its outcomes	Family Group Conferencing (FGC) is a decision-making model where clients with their social network formulate their own plan. In the analysed cases, the resilience of clients, client systems and neighbourhoods as perceived by several respondent groups increased after the conferences, though not with spectacular amounts. The perceived living conditions of the main actors also improved, the same applies for the quality and quantity of social support	Naturalistic case study-design In 33 cases, it was possible to obtain scores from 245 respondents on scales ranging from 0 to 10 about the situation prior and after the conference on three outcome measures, namely the quality of: (1) social support, (2) resilience and (3) living conditions	Addresses the importance of network gatherings and that it might increase potential considering quality of social support
Gidugu et al. (2015) Individual peer support: A qualitative study of mechanisms of its effectiveness (US)	Clarifying ambiguities in the role of the peer support specialist, to further elucidate the nature and processes of individual peer support, and to clarify what makes peer support effective from the point of view of the recipient	N = 19 To be eligible for the study individuals had to: (a) be an adult with a psychiatric condition, (b) be served by the local behavioural healthcare organization, (c) have received a minimum of 10 sessions of individual peer support	This qualitative study suggests that peer support relationships have hallmarks of traditional helping relationships. Practical supports, role modelling and mentoring, and social opportunities alongside getting emotional support through a normalizing relationship with someone with similar experiences stand out as possibly the most critical and effective aspects of the peer support specialist's roles	In depth interviews/ explorative design Grounded theory/ constructivist approach	Relevant experience and sample that can transfer to the target group and services

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/Transferability of the findings
Horghagen, Fostvedt, and Alsaker (2014) Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users everyday occupations (Norway)	Explore how the participants' engagements in craft activities in a group supported their way of managing everyday occupations	N = 12 participants had long-lasting mental health illness, were receivers of disability benefits, and participated in the craft group almost daily	Procedures for paradigmatic analysis were followed, and brought forward three themes: doing crafts in a group facilitated stability and routines, skills and abilities, and peer support. The discussion reflected knowledge and experiences of crafts as an activity with a low-risk threshold for participation and its healing value	Focused Ethnography was chosen as a design, to meet the study's exploratory aim	Allows perspectives from persons with long term mental health problems and direct strategies that can enable social support
Karlsson et al. (2017) Aspects of collaboration and relationships between peer support workers and service users in mental health and substance abuse services – A qualitative study (Norway)	How do service users experience collaboration with peer support workers? What do service users describe as useful and supportive in relationship with peer support workers?	N = 26 17 women and 9 men with a variety of mental health and/or substance abuse challenges	The study describes that service users in this context over all seem to have positive experiences in the collaboration with peer support workers. Collaboration is described as unique, loving and that it can be easier to develop trust than with professional mental health workers. The study also points out that peer support workers can facilitate positive change in mental health services	Five focus group interviews/in depth design Descriptive and explorative design, based in a phenomenological hermeneutical approach	Study not generalizable, but enables important perspectives on social support oriented service and aspects important to develop services

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Kloos and Shah (2009) A social ecological to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness (UK)	Investigate impact of social ecology theory can develop treatment	Account of how social ecology theory transformed a research programme, from examining individual risk factors to investigating the functioning of persons in the contexts of their housing and neighbourhood experiences	Paper reports on how social ecology theory transformed a research programme, focused on risk factors associated with housing into a more comprehensive understanding- the contexts of housing and neighbourhoods can address housing problems and can promote health and recovery from mental illness	Conceptual framework design	Uses relevant research/ evidence to build up the investigation and study. Can inspire development in services in different contexts with focus on ecology
Langeland and Wahl (2009) The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey (Norway)	Investigate the ability of the six social provisions in Weiss's theory of social support to predict the positive development of sense of coherence among people with mental health problems	N = 107 18–80 years of age, living at home with a variety of mental health challenges	Results indicate that improving social support with special emphasis on opportunity for nurturance might provide important opportunities for increasing sense of coherence among people with mental health problems	Longitudinal survey design	Performed a multiple regression analysis, with change in SOC from baseline to follow-up as dependent variable, and social support and mental symptoms at baseline as independent variables Gives important knowledge to integrate quality in the work with social support Important perspectives from service users and their view on mental health recovery Supports other research on common topic
Lamont et al. (2017) Qualitative investigation of the role of collaborative football and walking football groups in mental health recovery (UK)	Aimed to explore the experiences of players in four collaborative football and mental health projects related to; i) the perceived benefits of participation from an individual and community perspective; ii) the key elements underlying success or otherwise of the project as defined by participants, and iii) the role played by football in both the delivery	N = 25 Service users described their mental health diagnoses as: paranoid schizophrenia (n ¼ 2), bipolar disorder (n ¼ 2), depression (n ¼ 2), borderline personality disorder (n ¼ 2); n ¼ 9 did not disclose 21 and 64 years old (86%) of whom were male	Identifies that collaborative football groups can act as a conduit for recovery. Similarly, they can be an important aspect of mental health care and identifies a number of benefits in Common with previous investigations, including promotion of a reconnection with personal history, and improved wellbeing, mutual support, social opportunity, and friendship.	Focus group/in depth interview design Four FGs (60–90 minutes) as a method of gathering data about the experiences of mental health service users and practitioners in collaborative football groups The epistemological underpinning of the study was essentialist/realist as described by Braun and Clarke (2006)	

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/Transferability of the findings
Ljungqvist et al. (2016) Money and mental illness: A study of the relationship between poverty and serious psychological problems (SWE)	Can the addition of modest financial support for social and recreational activities have an impact on social intercourse, sense of self, symptoms, and functional level among persons with SMI?	N = 150 The age of the study participants ranged between 18 and 65. The participants were diagnosed as having a SMI by psychiatrists	The concordant results from the study of Davidson et al. and this study indicate that a social initiative in the form of modest financial improvement may lead to a better situation for persons with SMI. Reducing relative poverty seems to enable these persons to regain access to and actually make use of different public and private arenas for social exchange	Intervention study design N = 100 who were in touch with both psychiatric care and with social services directed to persons with severe psychiatric problems. For 9 months they were offered, in addition to treatment and financial support as usual, an extra allowance of 500 SEK (73 USD, 53 Euro) per month. The money presented as a contribution towards social/leisure activities at the free disposal of the participant (Comparison group N = 50)	Based on the American model of Davidson et al. developed in the early 1990s. The design was adapted to Swedish conditions – gives important insight in money support as indirect strategy for boosting social support
Muir et al. (2010) I didn't like just sitting around all day: facilitating social and community participation among people with mental illness (Australia)	Assesses whether and how supported housing models can assist people with high levels of psychiatric disability to participate meaningfully in the community	N = 92 Service Users of supported housing Australia	Understanding whether and how individualized housing support programmes improve community participation is important to address social exclusion, loneliness, stigma and discrimination, and poor economic participation among people with high levels of psychiatric disability. The HASI Stage One evaluation found that the NGOs' role in facilitating social and community participation could be instrumental to increasing meaningful activity among programme clients. This support was possible because of permanent social housing and active mental health case management	Longitudinal evaluation design of a supported housing model in Australia: the Housing and Accommodation Support Initiative Stage One (HASI)	Enables knowledge that can be transferable to other services

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/Transferability of the findings
McKeown, Roy, and Spandler (2015) You'll never walk alone: supportive social relations in a football and mental health project (UK)	Evaluation of a football and mental health project to explore participants' experiences of supportive group social relations	N = 46 Mental health service users, majority of individuals accessing IAG were working class, white men, often unemployed and experiencing such difficulties as anxiety, depression, anger, low self-esteem, or difficulties related to drug and alcohol use	Taken together, the relative success of peer-support workers in general psychiatric services, evidence from other specialist areas (such as drug rehabilitation), appreciative service-user narratives, and the findings of this study suggest that more could be made of peer-to-peer support across mental health care. In more transformative terms, the mix of mutual support demonstrated in the IAG initiative is supportive of growing interest in the value of more relational and collectivized models of care, such as therapeutic communities, Open dialogue as alternatives to established models of care	Focus group/in depth interview design Mixed-method evaluation of IAG located in seven professional football clubs in the north-west of England Facilitated six focus groups with players who had completed the programme (40 participants in total) and one with the coaches (6 participants)	Broad perspectives from service users. Experiences gives insight in alternative mental health practices that can be important in recovery
Owczarzak et al. (2013) What is "Support" in supportive housing: client and service providers perspectives (US)	Explore how clients of supportive housing programmes conceptualize support	N = 33 Residents with a variety of mental health problems	Narratives of individualism, independence, and a "do it yourself" ethic pervaded residents' descriptions of strategies to access welfare benefits and supportive services. These themes were embedded in concerns about coercion, choice, and privacy. Residents discussed these issues in the context of their histories of substance abuse, mental health diagnoses, HIV status, and other personal factors	In-depth orientation/design Semi-structured interviews with 23 residents and 10 service providers from nine different supportive housing programmes in Hartford, Connecticut Data analysis explored residents' perceptions of and experiences with supportive housing programmes in the context of strategies to access resources and receive emotional, financial, and other forms of support	Perspectives that are transferable to other contexts and points out knowledge that facilitate and hinders social life

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Prince et al. (2018) Nine ways that clubhouses foster interpersonal for persons with severe mental illness (US)	#1: What is it about clubhouses that promote closeness? #2: In relation to other types of mental health programmes, what lessons can be learned?	N = 20 People experiencing mental health problems, using Fountain house, New York	Nine clubhouse features that are most central in promoting interpersonal closeness. Other types of mental health programmes can integrate many of the nine features in order to combat the social isolation that can lead to relapse or other adverse consequences	Focus group study in three focus groups applying grounded theory method of analysis Internal validity (Credibility) inherent in focus group process	The clubhouse and the participants are typical of clubhouses for people with mental illness and their users
Smidl, Mitchell, and Creighton (2017) Outcomes of a therapeutic gardening programme in a mental health recovery centre (US)	#1 Do participants in a gardening programme practice personal and social responsibility? #2 How does a gardening programme promote emotional well-being? Physical well-being? Socialization and peer support?	N = 20 younger adults ages 26–49, and the remaining half were 50–72-years-old. Eleven persons were diagnosed with mood disorders, and nine with schizophrenia or schizoaffective disorder	The results of this programme evaluation support the conclusion that building and caring for a garden facilitates mental health recovery, and connects people. As found in previous research, participation varied depending upon the nature of the tasks and the unique needs and preferences of each person	Mixed method-design The project was organized in four phases throughout the course of 1 year. These phases were planning, construction of raised-bed gardens, maintenance of the gardens, and harvest. The United Way's Outcome Logic Model was used to structure the programme evaluation (United Way of Greater Richmond & Petersburg, 2015)	Example of direct strategy of social support oriented service approach – inspiration for other services

(Continued)



Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Webber et al. (2015) Enhancing social networks: a qualitative study of health and social care practice in UK mental health services (UK)	Aimed to understand how practitioners help people recovering from psychosis to develop their social networks	(N = 124) N = 51: Sample of people recovering from an episode of psychosis who were in their first or second engagement with mental health services to participate in the study. Participants were largely between 16 and 35 years of age	Findings suggest that shifting the focus of clinicians away from deficits in the social functioning of people with psychosis (e.g. Brugha et al. 1993) to identifying assets and shared interests among them (Rapp & Goscha 2011) encourages social engagement. This study supports Perry's (2012) findings that changes in social environments impact the social networks of people with severe mental health problems	In-depth orientation/design Qualitative study of practice in six health and social care agencies in England using combinative ethnographic methods (Baszanger & Dodier 1997). Comparative method in grounded theory (Glaser & Strauss 1967)	Cannot be generalized to the whole population of people recovering from an episode of psychosis, but creates solid base of knowledge considering focusing on social predictors in recovery
Webber (2017) A review of social participation interventions for people with mental health problems (UK)	To explore and summarize social participation models	N = 19	Nineteen interventions from 14 countries were identified, six of which were evaluated using a randomized controlled trial. They were grouped together as: individual social skills training; group skills training; supported community engagement; group-based community activities; employment interventions; and peer support interventions. Social network gains appear strongest for supported community engagement interventions, but overall, evidence was limited	Review (systematic) A systematic search of electronic databases was conducted, and social participation interventions were grouped into six categories using a modified narrative synthesis approach	Enables different features of social support oriented interventions that can inspire mental health services

(Continued)

Table 1. (Continued).

Reviewed studies: author(s) & title	Research question(s)/aim(s)	Study subjects	Major findings	Research design & internal validity	External validity/ Transferability of the findings
Whitley et al. (2008) The active ingredient of intentional recovery communities: focus group evaluation (US)	Explore and elucidate whether components of these communities appeared to assist recovery from the point of view of consumers, and if so which were the most important factors	N = 38 Participants were openly recruited from within the recovery communities Washington DC	Almost all participants lauded the recovery communities as a significant contributor to positive change in various psychosocial domains. Three aspects of the recovery community appeared to be important in this regard. Though there is significant overlap between these themes, they are differentiated in the results for ease of comprehension. The themes are (i) the community as a place of safety, (ii) the community as a surrogate family, and (iii) the community as socialization and individual growth	Focus group/in depth interview design Four focus groups were held in total (one for each recovery community). Data were analysed according to the grounded theory approach outlined by Glaser and Strauss (1967)	Small-scale qualitative evaluation in a single setting. Important perspectives other services/communities can learn from Not generalizable

social capital, and feelings associated with the lack of social support such as loneliness) may be more likely to experience mental health problems as social support acts as a protective element in people's lives. The second refers to the idea that people with mental health problems can go through different paths of recovery or 'getting well' because they each have different levels of social resources (social support) available to them to give them the boost and support they need.

Social support, mental health status, and social support preferences

People with adequate social support are less likely to use mental health services but are more likely to get support to search for help whenever they need it, as opposed to those who have inadequate social support altogether (Andrea, Siegel, and Teo 2016). Social support is associated with mental health status, as low social support is found to be associated with the risk of developing mental health and/or addiction problems or the worsening of an already existing mental health problem (Baiden, Den Dunnen, and Fallon 2017; Stockdale et al. 2007). The association between mental health and social support was also evident in high-risk population groups such as among immigrants in Canada (Puyat 2013), or people living in socially isolated neighbourhoods (Stockdale et al. 2007). Being immigrants may be a risk factor for developing mental health problems with the added effect of low social support, which may be more prevalent among recent immigrants found in studies in Canada (Puyat 2013). This is transferable to other countries depending on the social context, culture, welfare system, and environment. The combined effect of being a recent immigrant and having low social support seems to be associated with a greater risk of developing mental health disorders (Puyat 2013). In comparison with individuals who have moderate levels of social support, individuals with low social support have greater odds of experiencing mental health disorders and this association appeared the strongest among recent immigrants.

Further, Baiden, Den Dunnen, and Fallon (2017) found that close to one in five Canadians (19.6%) had mental healthcare needs, of which 68% had their needs fully met and 32% had unmet needs. *Social support was the strongest factor* associated with unmet needs.

Bjornestad et al. (2017) explored the effect of friendship after the first episode of psychosis in a Norwegian context. A baseline sample of 178 individuals experiencing the first episode of psychosis were followed up for over 2 years regarding their social functioning and clinical status. The researchers longitudinally followed up on those who had recovered to those who had not. The results showed that the frequency of social interactions with friends was a significant positive predictor of clinical recovery over a period of 2 years. The study concluded that interactions with friends is a malleable factor that can be targeted for early intervention, and seems to have an overall stronger impact on recovery and functional social support effects than interactions with family.

The role of religion and spirituality seems to have received less scientific scrutiny. Smolak et al. (2013) conducted a review that focused on 43 original research studies by studying people with schizophrenia and investigating the role of religion in their recovery. Of these, 12 studies were conducted in the US, 18 were conducted in other countries. Religion seems to have indirect effects by influencing people with mental health problems to seek religious or spiritual help as a form of social support (Smolak et al. 2013). On the other hand, people's religious beliefs seem to influence the type of social support that they may be most willing to offer to people with mental health problems such as schizophrenia (Smolak et al. 2013; Wesselmann et al. 2015).

Social support in relation to the experiences of people with severe mental health problems

Social support affects the experiences of people with mental health problems in various ways. At the baseline, the strength and quality of the social support, the social network, and social relationships tend to be lower for people with mental health problems. People with severe mental health problems tend to have fewer social relationships than others, and are more likely to experience social exclusion (Baiden, Den Dunnen, and Fallon 2017; Forrester-Jones et al. 2012). Furthermore, the

social network seems to be the most important support system that impacts the general well-being of people with mental health problems (Kogstad, Mönness, and Sörensen 2013). The type of social support that people with long-term mental health problems sought varied according to the types of accommodation, thus suggesting that where people live can also affect their accessibility of the social support they need (Forrester-Jones et al. 2012). There is a positive statistical correlation between one's social network and well-being. While the social network component is a dominant factor, another significant factor is the 'income situation,' that leads to discrimination between those who are engaged in some kind of work or study and those that are not, and social networks emerge as the most important support system related to recovery (Kogstad, Mönness, and Sörensen 2013). Caregivers ability to give social support is an important aspect when exploring social support.

A study from China found that caregivers of people with severe depression had an increased risk of developing depression. The caregivers with higher levels of social capital had lower risk of developing depression, and this study suggest increased focus on building social network for caregivers and patients (Sun et al. 2019).

Both traditional social support and distal support such as establishing casual ties with community members were found to be associated with the recovery process (Townley, Miller, and Kloos 2013). It appears that distal support can predict both recovery and community integration after accounting for the influence of traditional social support networks (Townley, Miller, and Kloos 2013). Traditional social support had larger standardized beta weights and accounted for the greatest variance in both community integration and recovery. However, distal support still explained a significant amount of unique variance. Having enough traditional social support is perhaps more influential in the community integration and recovery process (Townley, Miller, and Kloos 2013).

As mentioned, social support in the form of interactions with friends has a solid positive impact on the recovery of people with psychosis, as was seen when they were examined longitudinally (Bjornestad et al. 2017), and increased social support was positively associated with the quality of life in people with schizophrenia (Munikanan et al. 2017). The respondents in the study conducted by Munikanan et al. (2017), who had all experienced schizophrenia, reported that at higher levels of quality of life, they had all different types of social support available (Munikanan et al. 2017).

There are important relationships among the different types of accommodation in which people experiencing severe/long-term mental health problems live, their ages, their social networks, and the types of social support that they give and receive (Forrester-Jones et al. 2012). It is important to embrace this knowledge and to create services in ways that can facilitate social support, friendship, and enhance the quality of life for those experiencing severe mental health problems. This builds a bridge to the next theme.

Features of social support-based community mental health services

For this section, we extracted two sub-themes, namely (a) social support as the direct strategy within community mental health services (peer support, recovery communities, and clubhouse developments) and (b) social support through indirect strategies such as housing support, income support, etc., which end up enhancing social support (assessing the indirect routes that boost social support). There is a difference in needs among different individuals and groups, and it is important to address this difference. Some experience severe mental health problems, while some face milder or moderate mental health problems. Despite different types of circumstances and mental health problems, combating loneliness and excessive individualization of mental health problems stand out as crucial dimensions – thereby offering an alternative or crucial supplement to 'traditional' psychiatric treatment. The effect of social support, while also acknowledging that people experience a variety of mental health problems, seems to be much the same: it enhances recovery and the quality of life, and it is not diagnosis specific.

Social support as direct strategies

There is strong evidence to conclude that people who have long-term mental health problems have lesser social capital and social resources that can boost their social support (Webber and Fendt-Newlin 2017; Webber et al. 2015). This is an important reason for incorporating social support-oriented strategies in mental health work. A review (Webber and Fendt-Newlin 2017) exploring social participation interventions drew upon 19 interventions from 14 countries, 6 of which were evaluated using a randomized controlled trial. The categories of social support were grouped into individual social skills training; group skills training; supported community engagement; group-based community activities; employment interventions; and peer-support interventions. Social network gains appeared the strongest among the supported community engagement interventions, and social interventions seemed to have had a great impact on recovery (Webber and Fendt-Newlin 2017).

Clubhouse features are central to promoting interpersonal closeness in mental health work. Other types of mental health programmes can integrate many of the nine features that were listed by Prince et al. (2018), in order to combat the social isolation that can lead to a relapse or other adverse consequences. Clubhouses promote closeness through (1) work, (2) repeated interactions among members, (3) a non-judgemental environment, (4) evening and weekend activities, (5) social skills enhancement, (6) power equalization among staff and members, (7) sharing of similar experiences, (8) flexibly structured activities, (9) and staff outreach after absence. All these features can be described as *closeness factors*.

Results from a longitudinal survey conducted in Norway indicated that improving social support – with a special emphasis on providing opportunities for nurturance – might provide important opportunities for increasing the sense of coherence among people with a variety of mental health problems (Langeland and Wahl 2009). To be helpful to others may be important for our self-esteem, sense of purpose, and well-being. The study suggests that mental health professionals should encourage service users to use their abilities to be providers of nurturance in their relationships and their social environment. *Mutuality* seems like a key factor in boosting the quality of the social support experienced, and the services can facilitate the quality and development of social support.

Almost all participants in a study conducted in the US lauded recovery communities as a significant contributor to positive change in various psychosocial domains (Whitley et al. 2008). Another study from the US explored caring for a garden, and found that gardening programmes were capable of facilitating recovery from mental health problems and the development of interpersonal relationships (Smidl, Mitchell, and Creighton 2017). The results suggest that building and caring for a garden facilitates recovery from mental health problems and can create a recovery community. As indicated in other studies (Prince et al. 2018; Webber and Fendt-Newlin 2017) listing social support-oriented features, this study also suggested that the connections among people that such activities create have an important impact on the recovery process. Craft activities can also be a direct strategy to connect people and to enhance recovery. Craft as an activity can facilitate stability and routines, skills and ability, and peer support (Horghagen, Fostvedt, and Alsaker 2014)

Peer support has an important impact on building strong relationships and facilitating recovery from mental health problems (Gidugu et al. 2015; B. Karlsson et al. 2017). Practical support, role modelling, mentoring, and providing social opportunities alongside emotional support by normalizing relationships with others with similar experiences stand out as the most critical and effective aspects of a peer-support specialist's roles (Gidugu et al. 2015).

Supportive and social relations were created and shaped in a football and mental health project in England (McKeown, Roy, and Spandler 2015). Mental health service users with a variety of mental health problems (the majority of whom were working class men) experienced being connected with others and having a meaningful individual and collective agenda. In more transformative terms, the mix of mutual support demonstrated in the initiative and project is of growing interest in the value of more relational and collectivized models of care (McKeown, Roy, and

Spandler 2015). It seems like collaborative football groups can act as a conduit for recovery from mental health disorders (Lamont et al. 2017).

A study from the Netherlands (de Jong et al. 2016) explored the effects of family group conferencing in public mental health contexts and found that the resilience of clients, client systems, and neighbourhoods as perceived by several respondent groups increased after the conferences. The perceived living conditions of the main participants also improved and the same applied for the quality and quantity of social support (de Jong et al. 2016).

Social support through indirect effect within strategies

Reducing relative poverty seems to enable people that struggle with mental health problems to regain access to and actually make use of different public and private arenas for social exchange (Ljungqvist et al. 2016). Help with money matters (e.g. direct money transfers) can boost social participation, social support and recovery, according to this study.

Understanding whether and how individualized housing support programmes improve community participation is important in addressing social exclusion, loneliness, stigma, and discrimination, and poor economic participation among people experiencing long-term mental health problems. The HASI Stage One evaluation (Australia) found that the role of support programmes in facilitating social and community participation can be instrumental in increasing meaningful activities among clients. This support was possible because of permanent social housing and active mental health case management (Muir et al. 2010). A study from the UK suggested that embracing a more comprehensive understanding of the contexts of housing and neighbourhoods can address housing problems and promote recovery from mental health problems (Kloos and Shah 2009). Supportive housing programmes can also be described as a broader strategy to enable access to services and support, and to maintain housing (Owczarzak et al. 2013).

Shifting the focus of clinicians away from deficits in the social functioning of people with psychosis to identifying assets and shared interests among them is important. This encourages social engagement and improves recovery (Webber et al. 2015). One can call this both a direct (workers connecting people) and indirect (workers evolving consciousness on the effects or opportunities) strategy to boost social support. Webber et al. (2015) collected data from a range of social network enhancement activities in six diverse contexts in England. The exposure of a service-user to new ideas appeared to be a key element in the process of identifying opportunities for connecting people and improving social networks.

These findings ensure that *there are both direct and indirect routes to boost social support*, and that mental health practice should focus more on both ways and means to offer better treatment.

Discussion

In our discussion, we focus mainly on social support examined at different levels, and the need for the incorporation of a larger amount of social approaches and social work in mental health practice. We also attempt to highlight some of the barriers on the path of incorporating social support and social work in mental health services, based on the review of literature and additional knowledge gathered. We point out gaps in research and identify areas for further research.

How do we understand and examine social support?

This scope started out with an understanding of social support as a crucial element in recovery from mental health problems. As findings from section (a) demonstrate, we can find a variety of associations between mental health, recovery, and social support. The association between friendship and recovery from mental health problems, and beliefs/religion and understanding of mental health problems are especially strong. It is also found that social support is one of the most

important aspects when a service-user reports having unmet needs. Overall, this section invites us to better understand that mental health work can evolve by focusing on relational and contextual approaches, something that gets more and more attention in evolving mental health services and communities (Giacco et al. 2017), but still seems difficult to integrate. It also enforces the understanding of social support as crucial for recovery from mental health problems and in building recovery capital.

As we can see from the findings in section (b), there are many good examples of local practices that help building supportive environments for people experiencing mental health problems. It can be initiatives in the form of clubhouses, recovery communities, football groups, peer-support initiatives, gardening programmes, etc. It seems like there is significant potential to integrate social support in mental health services in a more determined manner (McKeown, Roy, and Spandler 2015). Key aspects of social support-oriented services are related to both direct and indirect strategies of social support. Help with housing and economy are examples of indirect strategies that can boost social support. On the other hand, facilitating interpersonal relationships through activities is a key direct strategy in boosting social support. Creating arenas to build friendships, social capital and to facilitate social integration are crucial to the enhancement of the potential of mental health work and social support (Topor et al. 2011). These strategies create an opportunity for both emotional and practical social support, as well as direct and indirect social support. To enhance recovery capital at different levels, we know that psychosocial factors that facilitate social support and reintegration into society are crucial for vulnerable groups that struggle with severe mental health problems and/or substance-related disorders (Johannessen, Nordfjærn, and Geirdal 2019).

With this in mind, social support is often understood and conceptualized as an advocative interpersonal process characterized by at least one party gaining social benefits (Fingeld-Connett 2005). However, as the literature also demonstrates, it is equally important to enhance the quality of support as well as to enable the possibility to both receive and to give (Langeland and Wahl 2009).

Furthermore, we suggest that there are *four levels* in which social support should be examined in relation to mental health.

What reduces and what facilitates community integration?

First, what aspects or characteristics in social support are more significantly associated with mental health concerns? The lack of social support, context-specific mental health concerns, and severe mental health problems are connected, and this seems to reduce community integration and intensify both symptoms and suffering (Baiden, Den Dunnen, and Fallon 2017; Puyat 2013). These are challenges that are often much the same in the fields of addiction and substance abuse (Andvig, Bjørlykhaug, and Hummelvoll 2019). The quality of social support has a great impact on mental health concerns and problems. It appears that *how to work more with facilitating mutual social support* is a key factor (Langeland and Wahl 2009).

Second, the association between social support and mental health as co-existing phenomena deserves emphasis. We have a large body of knowledge that traces back to the association between the two, and it is a paradox that services do not work more in depth with peoples social life (Andvig, Bjørlykhaug, and Hummelvoll 2019). It is important to examine the obstacles in the path of doing so, with great detail, to work more effectively with reducing social health inequalities.

Third, the association between social support and people's experiences of recovery capital and mental health care deserves to be examined. It appears that both the types of social support and relationships have a great impact on recovery. What kind of relationships and types of support are most important? We know that friendship has great potential in facilitating recovery from mental health problems (Bjornestad et al. 2017), but distal support also plays an important role (Townley, Miller, and Kloos 2013). How does one facilitate friendship and enforce distal ties in times of a mental health crisis? This should be examined in detail.

Fourth, social support-oriented strategies need attention in framing and implementing community mental healthcare services. The examination of services offering features that integrate social support and facilitate potential friendship, and mutual support, are a crucial area to study. It would also be of importance to explore the links between increased income/instrumental support and levels of social support and recovery even further.

Barriers in integrating features of social support in mental health

What are the most crucial barriers and why do we not work more with people's social life in the field of mental health, when we have all this knowledge? The state of the field is perhaps a key factor in understanding why. The power structures in the field of mental health are important factors that need to be addressed. The UN has addressed the need for a revolution in mental health in the following:

“The promotion and protection of human rights in mental health is reliant upon a redistribution of power in the clinical, research and public policy settings. Decision-making power in mental health is concentrated in the hands of biomedical gatekeepers, in particular biological psychiatry backed by the pharmaceutical industry. That undermines modern principles of holistic care, governance for mental health, innovative and independent interdisciplinary research and the formulation of rights-based priorities in mental health policy.” (UN 2017) P. 6.

Life circumstances and socio-economic conditions have been given very little attention in the literature because the biomedical and individual models still have the greatest influence when it comes to understanding mental health (UN 2017). Mental health service users still experience barriers in seeking help, as well as stigma and discrimination that can often be related to structures and conditions in health care (Staiger et al. 2017). Social determinants of mental health need greater attention both in terms of conceptual understanding and in actual treatment (Allen, Balfour, Bell, & Marmot, 2014). Too much of a focus on individual faults often casts shadows on the problems in the structure; for instance, shame of seeking social assistance can be a problem (Gubrium and Lødemel 2014), and has been explored both in a Nordic and global context. Therefore, an important area of focus is the creation of features in which natural interpersonal relationships and support can play key roles. This, alongside an active social policy, might be even more important related to the ongoing pandemic, a situation that underlines our social interdependence (Saltzman, Hansel, and Bordnick 2020)

Meeting the nordic and global problems in mental health

Connected to mental health struggle there are often several social problems that needs attention. It can be difficult to enhance hope if one's living conditions are hard (sometimes extreme) and social support-oriented features are not available. Hope is, obviously, an important dimension in recovery from mental health problems, and people struggling often depend on support from others to be their carriers of hope, and that services can see the mix of challenges in their life circumstances (Sælør et al. 2014; Sælør, Stian, and Klevan 2020). It is also difficult for caregivers to maintain good health in a system that does not provide sufficient social support. Why we see an increasing inequality in health, and especially mental health, is a crucial question.

Attempts at meeting future challenges in public mental health and mental health services need to consider the changing technological, economic, social, and political contexts (Giacco et al. 2017), and strategies for reducing inequalities in mental health need more contextual interventions. Some individuals and groups are more vulnerable than others when it comes to the potential of social connectedness, for instance immigrants and especially recent immigrants as showed in studies from Canada (Puyat 2013). The same circumstances prevail for people who experience long-term and severe mental health problems (Webber and Fendt-Newlin 2017). To reduce inequalities in mental health care and to improve recovery from mental health problems, ambitious social support-oriented policies are necessary to create a more holistic approach in mental health work. It would

also be a mistake to understand our potential barriers for social connectedness and social support, without actually trying to understand how the structures in our time are affecting our ability to take care of each other and to combat the rising inequality at a global scale (Wilkinson and Pickett 2020).

Conclusions

This current review has mapped and explored essential literature related to a) various associations between mental health and social support, and b) features of social support-based community mental health services. The literature suggests that the association between mental health and social support are multifarious, and that social support is crucial for the prevention of mental health problems and the maintenance of good mental health, as well as the facilitation of recovery from mental health problems in the context of both moderate and severe mental health problems. Direct strategies can be recovery-oriented communities, clubhouses that foster interpersonal relationships, and non-traditional mental health programmes such as football and gardening programmes, etc. Indirect social interventions such as help with money matters, direct financial support, and housing support, are also features that can boost social support and enhance recovery. These strategies shows even more important during crisis such as the pandemic.

We discussed why different levels of social support should be examined. The review suggests that mental health services should focus more on the various features of social support while developing services. Despite the multifarious associations, the concept of social support seems quite rigid, and it is natural to suggest that this review does not capture all the diversity in the literature because we tend to conceptualize social support in a certain manner. Nonetheless, detailed research exploring what facilitates and hinders integrating social support features in the services, the quality of social support, especially from the perspectives of both service users and service workers, is necessary.

Limitations

The potential of missing out on important studies and literature will always be a concern. We could have relied on an even larger number of databases to gain a broader perspective. The search strategy can also be a limitation, considering the fact that different search strategies can have different impacts, and we may have missed out on some important terms in our attempt to engage with a broader scope of research (e.g., cultural components, first nation people and communities). Selection bias can always occur, although author one and two (with support from a librarian) contributed and collaborated very closely in the search and selection process. This may have had an influence on the result.

Authors information

The study was conducted as a part of the first authors PhD project “Social support and Mental Health – service users, professionals and volunteers experiences with conditions that facilitates and conditions that hinders social support” at the University of South-Eastern Norway *and* OsloMet – Oslo Metropolitan University

Authors' contribution

The first two authors designed the search with support from the mentioned librarian, and author 3 and 4 contributed with essential critical reviews and comments in the whole writing process

Acknowledgments

We would like to acknowledge the academic librarian, Anne Skjæret Stenhammer, who contributed in the process of developing search strategy, recommended relevant databases, and supported the searching process with valuable knowledge.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

This work was supported by the Dam Foundation [FO187631].

References

- Aaberge, R., J. Modalsli, and O. Vestad. 2020. *Ulikheten - Betydelig Større En Statistikken Viser*. Retrieved from <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ulikheten-betydelig-storre-enn-statistikken-viser>.
- Allen, J., R. Balfour, R. Bell, and M. Marmot. 2014. "Social Determinants of Mental Health." *International Review of Psychiatry* 26(4): 392–407. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09540261.2014.928270?needAccess=true>.
- Andrea, S. B., S. A. Siegel, and A. R. Teo. 2016. "Social Support and Health Service Use in Depressed Adults: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey." *General Hospital Psychiatry*. 39; 73–79. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5560028/pdf/nihms894208.pdf>.
- Andvig, E., K. I. Bjørlykhaug, and J. K. Hummelvoll. 2019. "Victims of Debt after Imprisonment: Experiences of Norwegians with Substance Use Challenges." *Scandinavian Psychologist* 6 (e1).
- Anthony, W. 1993. "Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s." *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4): 11. doi:10.1037/h0095655.
- Arksey, H., and L. O'Malley. 2005. "Scoping Studies: Towards a Methodological Framework." *International Journal of Social Research Methodology* 8 (1): 19–32. doi:10.1080/1364557032000119616.
- Baiden, P., W. Den Dunnen, and B. Fallon. 2017. "Examining the Independent Effect of Social Support on Unmet Mental Healthcare Needs among Canadians: Findings from a Population-Based Study." *Social Indicators Research* 130 (3): 1229–1246. doi:10.1007/s11205-015-1224-y.
- Beauregard, N., A. Marchand, and M.-E. Blanc. 2011. "What Do We Know about the Non-work Determinants of Workers' Mental Health? A Systematic Review of Longitudinal Studies." *BMC Public Health* 11 (1): 439. doi:10.1186/1471-2458-11-439.
- Bjornestad, J., W. Velden Hegelstad, I. Joa, L. Davidson, T. K. Larsen, I. Melle, ... K. Bronnick. 2017. "With a Little Help from My Friends" Social Predictors of Clinical Recovery in First-episode Psychosis." *Psychiatry Research*. 255; 209–214. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116314822?via%3Dihub>.
- Colquhoun, H. L., D. Levac, K. O'Brien, S. Straus, A. Tricco, L. Perrier, ... D. Moher. 2014. "Scoping Reviews: Time for Clarity in Definition, Methods, and Reporting." *Journal of Clinical Epidemiology* 67(12): 1291–1294. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435614002108?via%3Dihub>.
- Cottam, H. 2018. *Radical Help: How We Can Remake the Relationships between Us and Revolutionise the Welfare State*. UK: Virago Books.
- Dahl, E., and K. A. van der Wel. 2016. "Nordic Health Inequalities: Patterns, Trends, and Policies." Chap. 3 in *Health Inequalities: Critical Perspectives*, edited by K. E. Smith, C. Bambra, and S. E. Hill. Oxford: Oxford University Press.
- Davidson, L., and J. S. Strauss. 1995. "Beyond the Biopsychosocial Model: Integrating Disorder, Health, and Recovery." *Psychiatry* 58 (1): 44–55. doi:10.1080/00332747.1995.11024710.
- de Jong, G., G. Schout, E. Meijer, C. L. Mulder, and T. Abma. 2016. "Enabling Social Support and Resilience: Outcomes of Family Group Conferencing in Public Mental Health Care." *European Journal of Social Work* 19 (5): 731–748. doi:10.1080/13691457.2015.1081585.
- Finfgeld-Connett, D. 2005. "Clarification of Social Support." *Journal of Nursing Scholarship* 37 (1): 4–9. Retrieved from <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x>.
- Forrester-Jones, R., J. Carpenter, P. Coolen-Schrijner, P. Cambridge, A. Tate, A. Hallam, ... D. Wooff. 2012. "Good Friends are Hard to Find? The Social Networks of People with Mental Illness 12 Years after Deinstitutionalisation." *Journal of Mental Health* 21 (1): 4–14. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09638237.2011.608743?needAccess=true>.
- Giacco, D., M. Amering, V. Bird, T. Craig, G. Ducci, J. Gallinat, ... S. Johnson. 2017. "Scenarios for the Future of Mental Health Care: A Social Perspective." *The Lancet Psychiatry* 4 (3): 257–260. doi:10.1016/S2215-0366(16)30219-X.
- Gidugu, V., E. S. Rogers, S. Harrington, M. Maru, G. Johnson, J. Cohee, and J. Hinkel. 2015. "Individual Peer Support: A Qualitative Study of Mechanisms of Its Effectiveness." *Community Mental Health Journal* 51(4): 445–452. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-014-9801-0.pdf>.

- Gubrium, E., and I. Lødemel. 2014. "Not Good Enough": Social Assistance and Shaming in Norway." Chap. 5 in *The Shame of It: Global Perspectives on Anti-poverty Policies*, edited by E. Gubrium, S. Pellissery, and I. Lødemel, 85–110. Vol. 5. Bristol, UK: Policy Press.
- Horghagen, S., B. Fostvedt, and S. Alsaker. 2014. "Craft Activities in Groups at Meeting Places: Supporting Mental Health Users' Everyday Occupations." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21(2): 145–152. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/11038128.2013.866691?needAccess=true..>
- Jacob, K. S. 2015. "Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care." *Indian Journal of Psychological Medicine* 37 (2): 117. doi:10.4103/0253-7176.155605.
- Johannessen, D. A., T. Nordfjærn, and A. Ø. Geirdal. 2019. "Change in Psychosocial Factors Connected to Coping after Inpatient Treatment for Substance Use Disorder: A Systematic Review." *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 14(1): 16. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6499970/pdf/13011_2019_Article_210.pdf.
- Karlsson, B., and M. Borg. 2017. *Recovery: Tradisjoner, Fornyelser Og Praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B., M. Borg, E. Ogundipe, T. L. Sjøfjell, and K. I. Bjørlykhaug. 2017. "Aspects of Collaboration and Relationships between Peer Support Workers and Service Users in Mental Health and Substance Abuse Services – A Qualitative Study." *Nordic Journal of Health Research* 13 (2). doi:10.7557/14.4214.
- Kloos, B., and S. Shah. 2009. "A Social Ecological Approach to Investigating Relationships between Housing and Adaptive Functioning for Persons with Serious Mental Illness." *American Journal of Community Psychology* 44 (3–4): 316–326. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/s10464-009-9277-1>.
- Kogstad, R. E., E. Mønness, and T. Sørensen. 2013. "Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution." *Community Mental Health Journal* 49(1): 95–100. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-012-9491-4.pdf..>
- Lamont, E., J. Harris, G. McDonald, T. Kerin, and G. L. Dickens. 2017. "Qualitative Investigation of the Role of Collaborative Football and Walking Football Groups in Mental Health Recovery." *Mental Health and Physical Activity* 12: 116–123. doi:10.1016/j.mhpa.2017.03.003.
- Langeland, E., and A. K. Wahl. 2009. "The Impact of Social Support on Mental Health Service Users' Sense of Coherence: A Longitudinal Panel Survey." *International Journal of Nursing Studies* 46(6): 830–837. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748909000030?via%3Dihub..>
- Langford, C. P. H., J. Bowsher, J. P. Maloney, and P. P. Lillis. 1997. "Social Support: A Conceptual Analysis." *Journal of Advanced Nursing* 25 (1): 95–100. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>.
- Leigh-Hunt, N., D. Bagguley, K. Bash, V. Turner, S. Turnbull, N. Valtorta, and W. Caan. 2017. "An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness." *Public Health*. 152; 157–171. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350617302731?via%3Dihub..>
- Ljungqvist, I., A. Topor, H. Forssell, I. Svensson, and L. Davidson. 2016. "Money and Mental Illness: A Study of the Relationship between Poverty and Serious Psychological Problems." *Community Mental Health Journal* 52(7): 842–850. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-015-9950-9.pdf..>
- McDonald, K. 2018. "Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A Review of the Literature." *Issues in Mental Health Nursing* 39(1): 16–29. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01612840.2017.1398283?needAccess=true..>
- McKeown, M., A. Roy, and H. Spandler. 2015. "You'll Never Walk Alone": Supportive Social Relations in a Football and Mental Health Project." *International Journal of Mental Health Nursing* 24 (4): 360–369. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/inm.12122>.
- Ministry of Health and Care Services. 2014–2015. *Public Health Message: Mastery and Opportunities. Report No. 19 to the Norwegian Storting*. Oslo.
- Muir, K., K. R. Fisher, D. Abello, and A. Dadich. 2010. "I Didn't like Just Sittin' around All Day": Facilitating Social and Community Participation among People with Mental Illness and High Levels of Psychiatric Disability." *Journal of Social Policy* 39 (3): 375–391. doi:10.1017/S0047279410000073.
- Munikanan, T., M. Midin, T. I. M. Daud, R. A. Rahim, A. K. A. Bakar, N. R. N. Jaafar, ... N. Baharuddin. 2017. "Association of Social Support and Quality of Life among People with Schizophrenia Receiving Community Psychiatric Service: A Cross-sectional Study." *Comprehensive Psychiatry*. 75; 94–102. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X16305132?via%3Dihub..>
- Owczarzak, J., J. Dickson-Gomez, M. Convey, and M. Weeks. 2013. "What Is "Support" in Supportive Housing: Client and Service Providers' Perspectives." *Human Organization* 72(3): 254. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251799/pdf/nihms602538.pdf..>
- Price-Robertson, R., A. Obradovic, and B. Morgan. 2017. "Relational Recovery: Beyond Individualism in the Recovery Approach." *Advances in Mental Health* 15 (2): 108–120. doi:10.1080/18387357.2016.1243014.
- Prince, J. D., O. Mora, J. Ansbro, A. Benedict, J. DiCostanzo, and A. D. Schonebaum. 2018. "Nine Ways that Clubhouses Foster Interpersonal Connection for Persons with Severe Mental Illness: Lessons for Other Types of Programs." *Social Work in Mental Health* 16 (3): 321–336. doi:10.1080/15332985.2017.1395781.

- Puyat, J. H. 2013. "Is the Influence of Social Support on Mental Health the Same for Immigrants and Non-immigrants?" *Journal of Immigrant and Minority Health* 15(3): 598–605. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10903-012-9658-7.pdf>.
- Sælør, K. T., B. Stian, and T. Klevan. 2020. "Big Words and Small Things." *Journal of Recovery in Mental Health* 3 (1): 23–38.
- Sælør, K. T., K. I. Bjørlykhaug, R. M. Bank, and T. Johnson. 2019. "Møter I Mørket." *Tidsskrift for Velferdsforskning* 22 (2): 110–125. doi:10.18261/.2464-3076-2019-02-02.
- Sælør, K. T., O. Ness, H. Holgersen, and L. Davidson. 2014. "Hope and Recovery: A Scoping Review." *Advances in Dual Diagnosis* 7 (2): 63–72. doi:10.1108/ADD-10-2013-0024.
- Salehi, A., C. Ehrlich, E. Kendall, and A. Sav. 2019. "Bonding and Bridging Social Capital in the Recovery of Severe Mental Illness: A Synthesis of Qualitative Research." *Journal of Mental Health* 28 (3): 331–339. doi:10.1080/09638237.2018.1466033.
- Saltzman, L. Y., T. C. Hansel, and P. S. Bordnick. 2020. Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in post-COVID-19 Mental Health." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 12 (1): 55–57.
- Sarason, B. R., E. N. Shearin, G. R. Pierce, and I. G. Sarason. 1987. "Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications." *Journal of Personality and Social Psychology* 52 (4): 813.
- Smidl, S., D. M. Mitchell, and C. L. Creighton. 2017. "Outcomes of a Therapeutic Gardening Program in a Mental Health Recovery Center." *Occupational Therapy in Mental Health* 33 (4): 374–385. doi:10.1080/0164212X.2017.1314207.
- Smolak, A., R. Gearing, D. Alonzo, S. Baldwin, S. Harmon, and K. McHugh. 2013. "Social Support and Religion: Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia." *Community Mental Health Journal* 49(4): 444–450. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-012-9536-8.pdf>.
- Staiger, T., T. Waldmann, N. Rüschi, and S. Krumm. 2017. "Barriers and Facilitators of Help-seeking among Unemployed Persons with Mental Health Problems: A Qualitative Study." *BMC Health Services Research* 17(1): 39. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240360/pdf/12913_2017_Article_1997.pdf.
- Stockdale, S. E., K. B. Wells, L. Tang, T. R. Belin, L. Zhang, and C. D. Sherbourne. 2007. "The Importance of Social Context: Neighborhood Stressors, Stress-buffering Mechanisms, and Alcohol, Drug, and Mental Health Disorders." *Social Science & Medicine* 65 (9): 1867–1881. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.045.
- Stoltenberg, C. 2015. "Folkehelse rapporten 2014." *Helsetilstanden I Norge*. 8280826351; Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2014/folkehelse rapporten-2014-helsetilst/>
- Sun, X., J. Ge, H. Meng, Z. Chen, and D. Liu. 2019. "The Influence of Social Support and Care Burden on Depression among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness in Rural Areas of Sichuan, China." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (11): 1961. doi:10.3390/ijerph16111961.
- Terry, R., and G. Townley. 2019. "Exploring the Role of Social Support in Promoting Community Integration: An Integrated Literature Review." *American Journal of Community Psychology* 64 (3–4): 509–527. doi:10.1002/ajcp.12336.
- Terry, R., G. Townley, E. Brusilovskiy, and M. S. Salzer. 2019. "The Influence of Sense of Community on the Relationship between Community Participation and Mental Health for Individuals with Serious Mental Illnesses." *Journal of Community Psychology* 47(1): 163–175. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jcop.22115>.
- Tew, J. 2013. "Recovery Capital: What Enables a Sustainable Recovery from Mental Health Difficulties?" *European Journal of Social Work* 16 (3): 360–374. doi:10.1080/13691457.2012.687713.
- Tol, W. A., C. Barbui, A. Galappatti, D. Silove, T. S. Betancourt, R. Souza, . . . M. Van Ommeren. 2011. "Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Linking Practice and Research." *The Lancet* 378(9802): 1581–1591. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3985411/pdf/nihms-568164.pdf>.
- Topor, A., M. Borg, S. Di Girolamo, and L. Davidson. 2011. "Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery." *International Journal of Social Psychiatry* 57 (1): 90–99. doi:10.1177/0020764009345062.
- Tough, H., J. Siegrist, and C. Fekete. 2017. "Social Relationships, Mental Health and Wellbeing in Physical Disability: A Systematic Review." *BMC Public Health* 17(1): 414. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422915/pdf/12889_2017_Article_4308.pdf.
- Townley, G., H. Miller, and B. Kloos. 2013. "A Little Goes A Long Way: The Impact of Distal Social Support on Community Integration and Recovery of Individuals with Psychiatric Disabilities." *American Journal of Community Psychology* 52(1–2): 84–96. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/s10464-013-9578-2>.
- UN. 2017. *Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*. In: Retrieved from the United Nations Human Rights Office.
- UN. 2020. *Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health: Report of the Special Rapporteur*, C44/48. Geneva: United Nations, General Assembly HR.

- Wang, J., F. Mann, B. Lloyd-Evans, R. Ma, and S. Johnson. 2018. "Associations between Loneliness and Perceived Social Support and Outcomes of Mental Health Problems: A Systematic Review." *BMC Psychiatry* 18(1): 156. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5975705/pdf/12888_2018_Article_1736.pdf.
- Webber, M., H. Reidy, D. Ansari, M. Stevens, and D. Morris. 2015. "Enhancing Social Networks: A Qualitative Study of Health and Social Care Practice in UK Mental Health Services." *Health & Social Care in the Community* 23 (2): 180–189. doi:10.1111/hsc.12135.
- Webber, M., and M. Fendt-Newlin. 2017. "A Review of Social Participation Interventions for People with Mental Health Problems." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52(4): 369–380. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5380688/pdf/127_2017_Article_1372.pdf.
- Wesselmann, E., M. Day, W. Graziano, and E. Doherty. 2015. "Religious Beliefs about Mental Illness Influence Social Support Preferences." *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 43(3): 165–174.
- Whitley, R., M. Harris, R. D. Fallot, and R. W. Berley. 2008. "The Active Ingredients of Intentional Recovery Communities: Focus Group Evaluation." *Journal of Mental Health* 17 (2): 173–182. doi:10.1080/09638230701498424.
- Wilkinson, R., and K. Pickett. 2020. *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*: Penguin Books.

Artikkel 2:

Bjørlykhaug, K. I., Bank, R.-M., & Karlsson, B. (2020). Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism: A Qualitative Study Exploring Barriers and Possibilities for Social Support in Mental Health Work. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4(1), 35-55.

URL: <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/35284>

Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism: A Qualitative Study Exploring Barriers and Possibilities for Social Support in Mental Health Work

Bjørlykhaug, Knut Ivar¹
Bank, Rose-Marie¹
Karlsson, Bengt¹

¹Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Health, Social and Welfare sciences, Center for Mental Health and Substance abuse, University of South-Eastern Norway, Drammen



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

KEYWORDS

Social Support, Social Barriers, Long-term Mental Health Challenges, Social Problems, Social Policy, Recovery

Abstract

Objective: Several studies point out social support and social work as crucial for mental health recovery. There is a need for extended knowledge in the discussion of what actually hinders and facilitates social support. This study aims to explore the experiences with social support of professionals, service users, and volunteers in three districts in Oslo. Through these conversations, we want to target and explore potential facilitators and barriers for social support and mental health recovery in the context of community mental health.

Research Design and Methods: Author 1 and co-researcher 2 conducted seven focus group interviews (N=32) with semi-structured guiding. Using collaborative thematic content analyses, we organized the findings in three themes, with an additional six subthemes.

Result and Contribution: This study aims to explore the experiences with social support of professionals, service users, and volunteers in three districts in Oslo, and findings are generated through the following themes: 1) the quality and vulnerability of social support: a) lived experience, mutual support, and understanding, b) “ghosting” and shame; 2) conditions that facilitate social support: a) stable

This article has been peer reviewed.

Corresponding Author: Knut Ivar Bjørlykhaug. Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Health, Social and Welfare Sciences, Center for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, Drammen. Email: knut.bjorlykhaug@usn.no

environments and room for diversity, b) social rhythm and healing rituals; and 3) conditions that hinder social support: a) economic barriers, and b) social challenges in contemporary society.

Conclusion: We found that stable environments, social rhythm, and healing rituals were important facilitators for boosting different layers of social support and mental health recovery. Crucial barriers for social support were connected to poor economy, the socio-economic challenges the services face, and feelings of shame related to struggle with mental health. In our discussion, we invite our readers to relate to and reflect on the findings in view of emerging socio-cultural trends and the ongoing pandemic.

Introduction

Mental health challenges are anticipated to be some of the most demanding problems in public health globally in the years to come, and to face these problems, we need to focus more on socio-ecological conditions to prevent and solve these challenges.¹ In this study we focus on the barriers and facilitators for social support viewed from service users, professionals, and volunteers in the field of mental health work. There is a clear link between reduced social support and mental health challenges and vice versa; social support is crucial for good mental health and mental health recovery.^{2-4,5} Several systematic reviews of existing literature on mental health and social support have suggested linkages between social support and mental health or mental health service use in general and in specific population groups.^{3,4,6-9,10} The essence of this research is that social support is crucial for mental health recovery and for solving social problems, and that social work and arenas where people can meet when struggling in life are of great importance for mental health recovery, and generally for increased quality of life.

We know less about what actually hinders and facilitates social support, especially through the lens of people situated in the field and understood in a contemporary socio-ecological context.^{11,12} This paper therefore aims to explore barriers and possibilities of providing and receiving social support in community mental health.

This article is part of an ongoing research project developed at the Center for Mental health and substance abuse, University of South Eastern Norway. The project was developed by focusing on service user involvement from the start inspired by earlier work on co-research and the recovery tradition in mental health.^{13,14} We believe people with relevant survivor experience contribute to crucial perspectives considering what is needed in the field. We discussed the topic “social support and community mental health—what can it be?”—a topic that was our starting point and main focus. Both author 1 and 2 have lived experience in terms of mental health challenges. Over several meetings, the first author and five other people with relevant experience (people using mental health services or having challenges with mental health problems over time) developed the research project further and formulated three research questions, of which this paper aims to explore two:

1. What do professionals, service users, and volunteers within the community mental health field experience and describe as facilitators of social support for persons with mental health challenges?

2. What do professionals, service users, and volunteers within the community mental health field experience and describe as hindrances to social support for persons with mental health challenges?

Social Support: Theory, Definition and Relations to the Recovery Tradition

Social support is generally theorized as the amount of perceived and mutual support one has with family, friends, and loved ones. Cohen and Wills describe social support as an important factor in determining access to resources.¹⁵ The protective role of social support is cognitively mediated by our interpretation of life stressors or knowledge of coping resources we perceive, but also to be available to help others and to meet other's needs.⁵ In an attempt to clarify a definition of social support, Finfgeld-Connett defines social support as ". . . an advocative interpersonal process that is centred on the reciprocal exchange of information and is context specific".¹⁶ From ethnographic work exploring social support, we know that cultural and structural components are always important when we do research with the aim of understanding what is supportive and what is not.¹⁷

The conceptualization of social support is typically arranged in the following categories: (a) emotional, (b) instrumental/tangible, (c) and informational.^{18,19} Emotional support refers to having someone to talk to, having close relationships with family and friends, and feeling loved and cared for. Instrumental support refers to having someone to trust and count on in difficult life circumstances and dealing with the demands of daily living, such as getting to appointments, shopping, cleaning, help with money matters, paying bills, and so forth.¹⁹ Informational support consists of exchanges of practical information, such as providing the name of a good professional, tips on new health care services, new medications; having someone to have important life discussions with; and having support for one's actions or statements.⁵ Practice and support that contribute to better social rhythm are also crucial components when exploring social support and severe mental health challenges.²⁰ Our focus is mainly on emotional and instrumental support and both direct and indirect ways to work with support. We will more closely describe how we approached preparing the interviews in the methods section for the purpose of creating a shared understanding of the conceptualization of social support.

Our Socio-Ecological Point of Departure

In the mental health field, the recovery tradition stands strong and receives immense support. The authors within this tradition find themselves in many ways grounded in the orientation that embraces social living conditions when understanding mental health, social support, and recovery. The recovery tradition is deeply rooted in service user movements and professionals that have emphasized psychosocial aspects of working with and recovering from severe mental health challenges.²¹ However, it also faces extensive critique, especially considering its way of defining what recovery practice actually is, where some argue that within this tradition the attention is directed more toward excessive individual orientation. Consequently, one can here lose focus of the very nature of recovery as relational.²¹ We can say that this tradition relates to a broader range than, for example, how the psychiatric tradition works with the different layers of social support, and it has created new perspectives that unfold in the field from the scale of building recovery communities

to its influence in social policy in the wholesome work to support the individual recovery process. From our perspective, the recovery tradition works with the nature and ecology of social support with, for example, Bronfenbrenners' ecological model in mind, that human development and social support are something that happen and are nurtured (or not) at different levels and layers in our history and contemporary life—from micro to macro levels.²² Even though we do not explicitly refer to this in our method, results, or discussion sections, it is embodied in our work and implicitly used as an analytical tool and therefore deserves epistemological recognition.

Research Design and Methods

Inspired by a phenomenological-hermeneutical approach by Brinkmann and Starks and Brown Trinidad, we attempt to explore and describe the participants' subjective experiences.^{23,24} For this article, the use of focus group interviews is the main method. Further, we relied on service user involvement from the start to better develop the research questions, and we employed a co-researcher with user experience throughout the whole research process. Author 1 and author 2 (co-researcher) organized and conducted the focus group interviews, the following analyses, and finally the writing of the paper. Author 3 contributed with critical comments and perspectives during the writing.

The research context is the community mental health field in three various districts in Oslo, including volunteers that collaborate with community mental health services.

Recruitment

We recruited participants in collaboration with leaders and professionals in mental health services in the various districts. The inclusion criteria for service users were 1) having a case decision of mental health support, and 2) having mental health challenges over time. Inclusion criteria for mental health professionals and volunteers were to have clinical experience and close collaboration with service users. Leaders and mental health workers communicated the information sheet and informed consent to relevant participants who met the inclusion criteria and contacted the participants after confirming their consent for participation. After agreeing to participate, we were connected with each other, and then we agreed to meet in familiar locations for all participants in the related districts.

Sampling

For the focus group interviews, 32 adults were recruited: service users (n=11), professionals (n=12), and volunteers (n=9). The focus groups were then divided into seven groups: three groups in one district, three groups in the second district, and one additional group in a third district. The groups were not mixed. That means there were three focus group interviews with service users (SU) in various districts, two for professionals (P), and two for volunteers (V).¹ The focus groups were divided in the various ways to explore the research questions from different perspectives. Participants were purposely sampled. Demographic data considering the main criteria and aim of this study, which revolves around having experience with service

¹ Focus groups will also be referred to by the first letters in the groups: SU, P and V.

use and service work, were collected: age, gender, time of experience, main challenge/diagnosis, district belonging, and socio-economic status.

In the service user groups, the age ranged from 22–67 years. Among the service user groups, the contact with the mental health system ranged from 4 to 25 years, and all participants reported to have one or more than one psychiatric diagnosis and struggle with long-term mental health challenges. All the service users received some kind of social welfare benefit and did not have a regular income. Types of psychiatric diagnosis reported varied from long-term depression, bipolar disorder, complex anxiety, and personality disorders. All the participants were Norwegian citizens, the majority with Norwegian ethnicity, while four participants had different cultural backgrounds. In the professional groups, the age ranged from 25–65 years. The professionals had backgrounds from different types of occupations: social work, nursing, mental health work, occupational therapists, and physiotherapists. In the volunteer groups, the age ranged from 42–75 years. Further, the volunteers were retired workers from different types of occupations, where some had service user experience from the mental health field and others were connected to the voluntary work for job training. All volunteers worked at a local meeting place for service users in two of the districts that were providing social support.

Data Collection

We wanted to create a room for broad discussion about the topic and research questions. In short, focus groups can be described as a form of group interview with the aim to gather several informants to discuss one or several topics.²⁵ This type of data collection can, at its best, be less threatening for the participants when opinions, experiences, and ideas are discussed.²⁶ All authors contributed in the making of an interview guide where a selection of a few open questions acted as a support through the interview and discussions. Author 1 and 2 facilitated the focus group discussions and informed the participants about our background. The focus group interviews had a duration between 1 and 1.5 hours, and the author and co-authors transcribed them verbatim. We used some time with each focus group to talk informally to build a relationship and to create a relaxing atmosphere—something of great importance in these types of settings, where the topic can be quite sensitive.²⁷ We also explained the typical definition of social support from social support theory in the information sheet to better create a common understanding of the concept of social support. The starting point for all focus groups were the following questions (selection from the interview guide):

- *Short description of the conceptualization of social support: how is it typically understood in theory and daily life?*
- *Can somebody start to tell a little bit about how you understand and experience social support in your daily life (or work)? Give examples from your daily life and services.*
- *Can you tell us about and describe experiences that you believe can facilitate social support?*
- *Can you tell us about and describe experiences that you believe can work as barriers in facilitating social support?*

Collaborative Data Analysis

In the process of analyses, our approach has been to adopt the essential guidelines of thematic analysis as inspired by collaborative analysis.^{14,28} Author 1 and 2 prepared the analysis by reading and discussing ongoing literature in the field of participatory research.²⁹ By ensuring a phenomenological-hermeneutical approach, the aim of the analysis was to capture the participants' personal experiences and discussions connected to social support, and the researchers' interpretations of the participants' lived experiences.^{30,31} Our analytical approach and interpretation are semantic (explicit and data driven) and latent (connecting and theorizing data with a deeper interpretation). To a large extent, our analytic process follows the hermeneutic circle of interpretation. Ideally, as Braun and Clarke argue, the analytical process involves a progression from semantic description to a broader interpretation, and therefore our discussion will largely seek to theorize the significance of the findings in relation to other literature.²⁸

Inspired by Braun and Clarke, our collaborative analysis followed several steps in order to achieve enhanced rigour in the organizing of the material: (1) naive reading; getting familiar with the data, (2) generating units of meaning, (3) developing emerging themes, and lastly (4) reviewing, defining, and naming themes.²⁸ In the final stage, we considered the themes once again and tried to identify main themes that could describe both commonalities and differences. Consequently, after achieving an overview, we were able to observe themes that developed in what we found as domain discussions, and simultaneously, we were able to agree upon the main themes. Accordingly, we critically questioned the data continuously in the search of new insights and perspectives.

In our analyses, we systematized the findings in three organizing themes, each with two additional subthemes, related to the essence of the data material after inductive coding and our own interpretation. In our presentation of the total seven focus groups (FG), we will use FG Professionals 1 and 2, FG Service users 1, 2, and 3, and FG Volunteers 1 and 2. The numbers represent the groups and participants from the districts. Since this is an explorative study, the result section is essentially descriptive and data driven.

Further, our presentation will use different terms to say something about the variations and similarities in the focus group discussions. For instance, we use "All focus groups mentioned," "Several focus groups lifted" when three or more, "Some focus groups lifted" when more than one group touched a central topic, and "Focus group discussions among service users" to point out role-specific topics and points. We believe that this makes it possible for the reader to find and evaluate ideas across the groups and to understand where perspectives differ or overlap.

The reason why we are not organizing the findings in a role-specific presentation is because the themes that inductively emerged from the data link the perspectives between the groups and in turn represent the essence of the major points that interweaves the descriptive discussions. The framing in the result section aims to capture the domain discussions in the focus group interviews.

Ethical Reflections

Participation in this study was voluntary, and both the information sheet about the study and an informed written consent was obtained prior to the interviews. Before each interview, we reminded the participants about their possibility and right to withdraw from the study at any stage and gave the relevant contact information to do so. We are not including any original or fictive names in this study and our focus on anonymization has been comprehensive. Accordingly, the Norwegian Centre for Research data (NSD) has approved the study under assigned project number 57041.

Results

In this section, we give a presentation of the significant empirical data through the domain discussions across the data sets. At the end of the findings section, we sum up some core commonalities and differences among the groups. The findings are presented in following themes: 1) the quality and vulnerability of social support: a) lived experience: mutual support and understanding, b) “ghosting” and shame; 2) conditions that facilitate social support: a) stable environments and room for diversity, b) social rhythm and healing rituals, and 3) conditions that hinder social support: a) economic barriers, and b) social challenges in contemporary society.

The Quality and Vulnerability of Social Support

Throughout the discussion, all the participants in different ways expressed the importance of the quality of the support to achieve recovery. Hence, the participants discussed different layers that constructed helpful support and the challenges one faces with emotional and instrumental/practical levels of support when, for example, struggling with long-term depression or substance abuse. Some service users discussed how hard it was to maintain relationships when struggling with severe mental health challenges, and that social life in general gets more demanding—thus severe mental health challenges could be “the worst disease,” to cite one participant. As expressed by these participants, friendship and relationships are harder to sustain when faced with mental health challenges. Further, the participants in all groups stressed that quality of support will help to sustain friendships and relationships, which is harder to do when faced with mental health challenges.

Lived Experience: Mutual Support and Understanding

In all focus groups, the quality of social support showed as an important topic. Several SU participants suggested that having someone that could cheer in the background and truly understand their situation and create hope were presented as a crucial element in the quality of given support. One group among service users discussed what one called “vicarious hope” as a factor when you lose hope, a factor with many layers; for this kind of hope to appear, several things need to work together which our findings will show. Several focus groups discussed the value of lived experience to create the room for helpful support and that this was related to being really understood:

P2: “. . . I feel that it is about understanding and being understood.
To be clear, it depends on the quality of the social support . . .”

P3: “. . . and then it is about having someone that can create vicarious endurance when you cannot hold that hope or patience yourself. Vicarious hope . . . like these cheerleaders when I struggle to cheer myself up. . .”

P1: “. . . but suddenly you are alone with all that experience. And there is nobody that can support you or that experience if you have not experienced it; maybe it is difficult to have empathy related to what's going on, and people get scared. . .” (FG, Service users 1).

All groups among SU discussed how important it was for the quality of the support that one could help one and another. We know that mutual support is important. It is not only about receiving but also about being able to give. How one succeeded or not was mainly connected to the structure in the services, neighbourhood, and society:

P2: “. . . the place that I lived before I didn't have any support or feelings of belonging. I got some help to find a new place, and it was the best thing that happened to me. At this place we help each other, we can go together to the supermarket, walk in groups and so on. . .” (FG, Service users 2).

Several focus groups discussed how vulnerable you are when experiencing long-term mental challenges; everything in life becomes more difficult, and the social life more challenging.

In the discussion among volunteers that collaborated with mental health services, the term “love” was mentioned several times. Some stressed that there was some kind of mutual love. One engaged in this because one had an idealistic wish to contribute in people's lives for support.

P1: “. . . well it is like this mutual love. We come here because we want to meet these people. Because we want to see how they are. We come here without any salary, at fixed schedule. . .” (FG, Volunteers 1).

Several focus groups also listed lived experience as crucial when talking about the quality of support. This did not mean that the professionals or volunteers should have lived experience only from mental health struggle. The discussion was often nuanced, and most participants agreed that offering something from your own life, showing that you also can be vulnerable, was the most important thing to develop connection, trust, and a better quality of relationship.

P5: “. . . again, it is something about experience. That you tell us you have been struggling yourself with x. That helps a lot. Maybe it is more integrated now, that the services create jobs for peer support workers. That's very positive. If we meet people without any lived experience . . . it gets very difficult. . .” (FG, Service users 3).

'Ghosting' and Shame

During the discussions with the service users, they stressed that taking care of friendship was especially difficult in challenging periods, something discussed among all the different perspectives. It is not always easy to be eager to spend time with somebody who is depressed, and isolation tends to be the most common strategy to avoid being a burden for others. However, the discussions presented several nuances in this topic and shared experiences of finding coping strategies to maintain friendships. The hardest thing, as several participants expressed, was to be forgotten or only appreciated during good times. Many experienced 'ghosting,' which means the people one considered as friends stopped reaching out when they were needed the most, as this dialogue shows:

P3: ". . . you get so tired because of the depression . . . I was so deep down in the darkness that I couldn't stand anyone. . ."

P1: ". . . I feel that it is absence of, absence of that support. When they are pulling back or start to ghost you. . ."

P4: ". . . it is this power that you don't have. And then it is difficult for others to take your perspective and then there will be no feeling of mutual support. They don't understand, and then you often feel so alone. . ."

P3: ". . . yeah, because you can't force people to understand. It is not something you can order. . ." (FG, Service Users 1).

All SU focus groups talked about the greater risk of falling out of track from regular society, losing friendships, and in general the overall cost of experiencing long-term mental health challenges. The struggle of being accepted and working with feelings of shame were things that circulated in the discussions, and several participants pointed this out:

P5: ". . . it is (long-term mental health challenges) pretty stigmatizing still. I feel that I often need to struggle with feelings of shame. Actually, every day. . ."

P1: ". . . Yeah, I feel the same. . ." (FG Service users 3).

This leads us to the next part of our findings, showing that some of these challenges could become more manageable in stable environments and in places there is room for diversity.

Conditions That Facilitate Social Support

"We are Each Other's Network": Stable Environments and Room for Diversity
All focus groups discussed conditions that could facilitate social support when struggling, and conditions that could make social life flourish in general. Consequently, discussed in all the focus groups were the potential of stable environments and the room to express oneself. Additionally, the focus groups

expressed the importance of being able to just exist, without the need to contribute all the time, and to experience social environments that had patience and understanding. Connected to this, an important aspect was the 'stayer-ability' of the environment. If one experienced this, and the people that surrounded you had some kind of faith in you, one was more likely to be able to recover and contribute to the community again. Stability and stayer-abilities were listed as important aspects of helpful support over time:

P1: ". . . it is about stayer-abilities. To be able to be present in someone's life over time, despite the challenges. That you have that person or those that endure. . ." (FG, Service users 1).

The room for diversity, openness, and breaking down taboos, connected to both people using the service and people working in the service, were important topics in all focus groups. One group among SU discussed the following:

P3: ". . . I have some experience with the importance of getting help from professionals that have both lived experience and professional competence. That 'technical' knowledge is important, and to have that mix is crucial. With the lived experience you can feel that maybe I will be able to recover again, and with the professional competence you have someone that knows the system . . ."

P5: ". . . and yeah, someone that is a bit stable in life, educated. That there is somebody that is healthy enough to get up in the morning. . ."

I: ". . . yes. But what is education . . .?"

P1: ". . . well, that openness that you showed before the interview started. I would guess that many social workers and 'professionals' that have lived experience still experience taboos. It is still like you should not get too personal, you should be professional and keep a distance . . ."

P2: ". . . yeah, and then we keep a distance as well. . ." (FG, Service Users 3).

In all the focus groups, the importance of (having) social meeting points was the main ingredient in the 'lasagna' of support. Accordingly, the ingredient of having stable environments in your local neighbourhood stood out as one of the most discussed layers when it came to creating support, and further, during the mental health recovery. Professionals stressed the importance of the fact that social aspects and activities also could be low key:

P1: ". . . somebody comes for a walk with us, some will do craft activities, but they come mainly for the social interaction. One of the service users that doesn't say much is often just sitting in the living room, and I asked him why he sits there, and he said: 'to feel the

social life.' But he doesn't talk with anybody. . ." (FG, professionals 1).

It seems that getting beyond traditional therapy and embracing people's social lives were the most important when building social support. Many of the service users stressed that, after years with severe mental health problems, building networks and meeting people could be one of the most important ingredients in recovery—namely, getting out of the therapy room:

P3: ". . . I was seeing a psychologist and psychiatrist for many years . . . in the end we needed to end the treatment and find something else. Find other people. Enough of being alone. When you meet other people, you understand you are not alone. . ." (FG, service users 2).

Especially where the communities could offer meeting places that could enhance social support, mental health recovery was established to be more active. To achieve this, one of the secrets seems to be able to create places with some kind of stability in relationships that also can offer social rhythm and meaningful activities. One group of volunteers discussed this:

P1: ". . . I guess the secret is relationships over time. Many service users have been here for a long time. We are in a way each other's network. We know each other's histories. Service users, volunteers, professionals. We know each other, and it is all about the environment. It is not us that bears the hardest days for the service users, it is the environment. And the sum of *us* . . . we know the good days, so we can handle the bad days. . ." (FG, Volunteers 1).

During the interviews, the participants in different ways discussed the importance of rhythm and the possibilities for connection or "just hanging out with someone" that happened in this rhythm. This builds a bridge to our next sub-theme.

Social Rhythm and Healing Rituals

Social rhythm is important to achieve or work toward a euthymic mental and physical state, and several participants talked about the lack of rhythm caused by psychosocial stressors. The term refers to the regularity of engaging in social activities throughout the week. All focus groups described in their discussions the importance of social rhythm when you feel like you are 'losing it.' When experiencing serious life crises and mental health challenges, some activities can work as rituals in the absence of rituals and rhythm in everyday life. Several activities could boost the feeling of emotional and practical support. Especially meals, something quite universal for us all, crystalized as a healing ritual:

P2: ". . . we talk at breakfast, and during lunch. And we talked about this with a new guy that was a refugee, that this is the most important activity. To meet and feel the sense of community. It seems like for many this is the most important thing we do, the meals we have together. . ." (FG, Volunteers 1).

The process of creating these ritual activities offered both rhythm and a stable point in an existence often characterized by uncertainty and struggle. Many of the participants in all focus groups pointed out that maybe these kinds of activities also filled a hole in an individualistic society, which is clearly connected to our last major theme.

The professionals discussed how their activities could be connected to social support, in the meaning of both emotional and practical support. In both focus groups, the participants reflected upon how crucial it is to try to embrace the potential support in all activities. Just the possibility to have someone to share a meal with could be that one activity that opens up many aspects of togetherness:

P2: “. . . I believe that all our activities in some way are related to social life. And then it gets like naturally supportive, sometimes at least. We have a lot of service users that have no family and are going through hell. Just the fact that you can share a meal with someone, walk for a trip, play games with. . . and we can be there and support. Many people come to get the feeling of support. . .” (FG, Professionals 1).

Another aspect related to the quality of social support was to have a place to go and to meet people that can help with practical matters in everyday life. Sometimes, just knowing that a meeting place exists can be enough to get some relief. Other activities that the focus groups discussed were meeting points where people thrived and got the chance to meet both old and new friends. For instance, every Friday, one of the services organized a quiz followed by coffee and cake:

P4: “. . . for example the quiz on Fridays tends to gather a lot of people. It is very social, and many are always showing up. . .”

P1: “. . . It is the ‘high point’ of the week, there are good vibes all day. For many that come, closeness and distance can be challenging, but they come anyways. It is kind of important to not miss the weekly quiz. And at least the cake and coffee that follow (laughter) . . .” (FG, Professionals 1).

Conditions That Hinder Social Support

Economic Barriers

The discussions touched upon several aspects related to the barriers for social support. One aspect was the individual one: your own isolation when you are down and depressed or have incredible anxiety and do not want to or are unable to interact with anyone. The struggle of maintaining friendships, as mentioned, and finding nurturing relationships tend to be difficult in these periods. Furthermore, another aspect was regarding the structural components: problems with money matters, how services were organized, and issues with contemporary society, namely individualism and ‘unsocial’ media.

Having problems in being able to sustain an occupation is a well-known challenge when we struggle with severe mental health challenges. This obviously interferes with personal economy. Almost all the focus groups discussed the challenge of having too little money and how this relates to having a social life in the context of mental health recovery. As these groups discussed, this can also create loneliness, because many popular activities today are expensive.

One tendency people may have, is to avoid social activities because it is too expensive to participate:

P2: “. . . it often happens that someone says ‘Sorry, I am sick,’ for example, if you need to spend some money. Going to the movies is expensive. And then you are going for a coffee later, and that too is expensive. Many don’t have the money. Everything is expensive and that’s difficult. . .” (FG, Service users 2).

It is obvious that having too little money can be a potential barrier for some, and thereby a potential barrier for building networks and boosting social support. Economic barriers in the services were also listed as a potential barrier when trying to support people and offer help. Accordingly, this varied in the different districts. The services that had a good money flow from the politicians in specific districts could offer better services. In one of the districts, the participants among volunteers stressed that:

P3: “. . . it’s all about money and resources. For instance, we don’t get money to offer television anymore, because we need to cut in our budget. We don’t have the resources and that is an obvious limitation. . .” (FG, Volunteers 1).

Among the professionals, there were also a lot of worries and negative experiences related to consequences for service users when cutting the service budget. In one district, a stable meeting point was closed down, and a lot of service users fell into crisis. The social rhythm and healing rituals that the place offered suddenly disappeared. As explained here, the numbers (evidently) decide:

P4: “. . . we who work on the ground experience the consequences of thinking numbers in favour of profession. And, unfortunately, here the numbers set the agenda. . .” (FG, Professionals 1).

Social Challenges in Contemporary Society

The challenges with social media, individualism, a ‘diagnostic culture,’ and collective egoism were discussed in several focus groups when asked to describe barriers for social support. The discussions were nuanced and pointed out some of the new and arising social problems we face in our time.

P3: “. . . in theory, social media can be a good thing, and help to connect, find stuff. But fuck, I don’t know. My experience is that SoMe can enforce the negative feelings when you struggle. . .”

P5: “. . . yeah, it’s so intense, you get so distracted. It is too much. . .” (FG, Service users 3).

Among the service users, there seemed to be an agreement that social media could offer some benefits, but simultaneously often had a negative impact on (their) mental health. Also, the short distance from having a thought to producing an actual tweet or a Facebook post could lead to regrettable updates and comments, which could lead to embarrassment and humiliation.

Another dimension the service user focus groups discussed was the challenges (and possibilities) with getting a diagnosis. Clearly, there still seems to be a lot of stigma related to severe mental health challenges. One said that:

P2: “. . . I try to explain to people sometimes that I struggle with paranoia and can be psychotic in periods, and. . . I don’t walk around with a poster, because society still tends to see us as potential killers or looneys. . .” (FG, Service users 2).

The participants discussed experiences connected to a ‘diagnostic culture’ and that to receive some diagnoses would pigeonhole you, while to receive others would be more beneficial. One of the participants put it like this:

P1: “. . . it is often as if you get defined by your diagnosis. A lot of the time I feel like I can talk but not be listened too. That I am being filtered through the diagnosis, in a way. That makes me feel powerless. . .” (FG Service users 1).

Furthermore, there was agreement among the service users that receiving or having a diagnosis mostly was helpful to receive social benefits and to fit into programs that could offer some treatment:

P3: “. . . The only advantage with a diagnosis is that it can lead to getting the help that you desperately need. . .”

P1: “. . . yeah, and what society accepts in the mix of diagnosis and suffering is something I have experienced as crucial for social support. It was allowed to come and be depressed, but to have that other diagnosis was like: ‘Oh, she is a difficult person and we don’t want those kinds of people here’. . .”

P3: “. . . that’s a barrier. Some diagnoses stick with you and work as barriers. . .” (FG Service users 1).

Almost all the focus groups mentioned contemporary society as challenging in different ways. The most common phrases and topics in the conversations/discussions were the challenges connected to individualism and the experiences of egoism, stigma, and maintaining a façade.

P3: “. . . To be honest, the whole thing, it’s just a façade. Sometimes I think we are a bit lucky that we are at the bottom of the social

ladder, because at least we don't need to pretend all the time. . ."
(FG, Volunteers 1)

P2: ". . . we are ego-oriented, the whole bunch. . . we are all just
egoists. . ." (FG Volunteers 2).

It seemed as if contemporary society and the society that we are a part of was something a lot of the participants wanted to talk about when discussing social support and mental health recovery. All the focus groups discussed the challenges of being social in our time and the barriers they face when trying to connect with other people. This is not unique for only the participants in this study.

Commonalities and Differences Between the Groups: A Short Summary

We merged the discussions to create a lively description between the groups, and our analyses showed us that it might be more commonalities than differences when talking about how one understands social support, and in the description of barriers and facilitators for social support. What is special for the different groups? A) Service users describe more specifically how to live with the stigma and diagnosis and how this can work as potential barriers for social support. All groups point out the importance of addressing this. Meeting professionals with lived experiences combined with professional competence can potentially boost the different layers of social support: emotional, instrumental, and informational. The importance of having meeting places that offer social rhythm over time is crucial. These places need to develop the room for diversity (and more importantly: they need to exist). Maintaining friendship is difficult when struggling with long-term mental health challenges, and service users point out that some diagnoses work as barriers; others do not. The SU participants also discussed the barrier of shame related to struggle with mental health. Shortage of money potentially creates more loneliness, something discussed by SU participants. B) Professionals describe how to collaborate with social support and feelings of stigma, and that having the possibility to offer stable environments is crucial in doing so. Structural challenges such as poor leadership and lack of resources to keep meeting places open work as barriers when working with social support. C) Volunteers describe that they can play a different role in offering meeting places and work against stigma. What is distinct for the role of a volunteer worker is that they don't get paid, something they describe as a potential boost for the trust in their relationships with service users, thereby offering a different type of emotional support. They work as volunteers more or less solely because they want to and often have lived experience with mental health challenges, and some of the volunteers' meeting places offer what traditional services often cannot: time and continuity. As one of them said beautifully: ". . . I guess the secret is relationships over time. Many service users have been here for a long time. We are in a way each other's network. We know each other's histories."

The baseline seems to be a common agreement of the potential of meeting places and their healing (or not) possessions. If meeting places in local communities either thrive and develop to boost social support or dissolve and disappear, this idea is related to socio-ecological matters on different levels, and the way they are organized. In all, the groups' topics related to contemporary society were discussed in the attempt to describe potential barriers for social support.

Discussion

As the findings in this study, together with others, show, the quality of social support is deeply connected with how the service users, professionals, and volunteers experience how they can collaborate with practical and emotional matters in daily life. All this can build a bridge to and open up the different layers of social support and a sense of community, and obviously provide a better foundation for mental health recovery. In relational, political, and societal interactions, there always lie many possibilities and barriers. Our findings contribute to new knowledge about how these possibilities and barriers are experienced, discussed, and described in the field. It is especially interesting to see the levels of reflection the participants had on contemporary society. This leads our discussion toward finding a connection between the domain discussions and the socio-cultural events we believe play a crucial role in how we work with social support.

We want to lift and expand the discussion into three main topics that regard socio-ecological/cultural conditions in relation to the focus groups discussion: I) The diagnostic dilemma in a culture of diagnosis II) How do we build mutual social support? And III) Relational recovery: and so what? We also reflect on our study concerning the ongoing pandemic.

The Diagnostic Dilemma in a Culture of Diagnosis

Some of the service users and professionals experienced that psychiatric diagnosis sometimes can be a helpful tool. At the same time, psychiatric diagnosis can follow you your whole life and potentially create different barriers, as the participants in this study discussed. As some of the participants pointed out, we still tend to categorize and stigmatize in our contemporary diagnostic culture. Several participants highlighted that diagnosis mainly worked as an opportunity when it came to social welfare benefits, but it stopped there. Some experienced being “filtered through the psychiatric diagnosis” they had received. To be able to create an equalizer between somatic and psychiatric diagnosis is still a utopia. At the same time, as service user participants in this study listed, social media and the digital boom also come with a sacrifice and risk. It can potentially enforce the networks’ understanding of one as ‘crazy’ or ill, and it is easy to regret posting something. The ‘digital journal’ with screenshots and other possibilities makes all of our online/social media activity exposed.

Our ability to support one another and to be attentive toward other people’s needs is challenged by the individualistic, hyper-digital, and competition-oriented society that we have built.³² This is said while acknowledging that our progress, which often can be experienced as a paradox when we look at all the mess, in many ways has made life better for the majority of human beings in some aspects.³³ On the other hand, we believe that this progress comes with a sacrifice. Despite our improvements, we also believe that we are destroying some of the foundation for community, to talk with each other face to face, and that our need to put people in psychiatric boxes sometimes can work as barriers for social support. As some participants discussed, specific psychiatric diagnoses almost serve as a positive status symbol, and others work as barriers for support. This adds to the experience shown in other studies.

Researchers from many fields are challenging the problem with a diagnostic culture, and how it potentially creates more illness than facilitates support.³⁴

It is remarkable how several participants in this study contextualized contemporary society within the topic of social support and the ability to experience quality of life. Accordingly, it seemed like several participants in the different groups felt that something just was not right, that the social rhythm in their communities and the potential of building relationships in some ways were broken. The consequences of witnessing the pace of instability and an ever-shifting community with fragile relations might be increased loneliness, stress, poor mental health and frustration—something that might be even more exposed in the time of COVID-19.³⁵

How Do We Build Mutual Support?

In our universal need for social support, one of the most important aspects is to be able to give something back. This is highlighted by the participants in this study. As we know, it is crucial to feel that we are connected in our community, and that the things we do in some way or another matter. This study shows that building stable environments with the possibility for social rhythm, lived experience, mutual support, and what we have called healing rituals, potentially can boost mutual support and feelings of togetherness. Places that represent something as the ‘stayer-ability,’ which one of the focus groups discussed, are not only transferable to relations on the micro-level but are also transferable to the macro level. As shown in the domain discussions, the participants in this study underline that we need places that we know will be present; a place to find comfort, a place to meet people that you like to meet, a place where you can get/receive and where you can give. We need to build places and community where support can arise. In this process, we need both a variety of creative social work and an active social policy because we know social policy matters in the process of facilitation.³⁶ However, this is, of course, easier said than done. Can we force friendships? Is there no such thing as difficult persons and social environments which, rather than build us up, break us down? Loneliness and relationships are complex. We are aware of this and that human beings have the potential of evil and power abuse, and further that collective evildoing may always be a risk that we need to live with.³⁷ On the other hand, as several participants described in this study, the idealism, altruism, and love people have for one another are dimensions that can be nourished with the right stimulus.

Relational Recovery: And So What?

This study, among others, shows that there still is a need to focus on how to reclaim community and social work in the process of both building public health and facilitating mental health recovery.^{11,38,39,40} What is particularly interesting in this study is the hands-on discussions on what the barriers in doing so can be and that they are relatable to ongoing debates. This invites us to understand even better how we need to go forward and build the relationships that are crucial in the process of recovery. To be able to do so, we need to investigate what is breaking community and relations so that we can reclaim it, and understand the very nature of hope and recovery as relational.⁴¹ In the ongoing pandemic, which already has had a devastating impact on many people around the world, and where social inequality in health in many aspects again arises as brutal injustice, there are also present some

possibilities in rebuilding how we see the world, how we make services more available (or not), and how we measure quality of life, that everything is relational and that different layers of social support play a crucial role.^{42, 43} Can the crisis help us reclaim community and altruism, or will it make things even worse, especially for people with poor health and little money?

On the road to reclaiming community and reducing inequality in health, we need an active social policy that includes many voices and experiences. Building supportive communities, and thereby potentially boosting social support, has been discussed for a long time, and is now sometimes presented as something 'radical' and 'new' in mental health research, for instance, in presenting scenarios for future mental health care in a social perspective.^{13,44,45} Social hope seems to be more important to embrace than ever, with reference to our contemporary circumstances.⁴⁶ We believe that our collective consciousness needs to be opened up toward the ongoing and future political scenarios, both considering public health in general, and when we are experiencing mental health challenges and crisis specifically. This means that our role in democracy needs to be even more engaging and politically vigorous.

Wilkinson and Pickett argue that the battle for status and competition has been ever more intense since the 70s, and that diagnosis and social problems such as depression, psychosis, schizophrenia, and narcissism might have increased related to an overall general level of stress.⁴⁷ The division between the richest and the poorest is increasing, not only globally, but also in countries such as Norway, where inequality between citizens has been and still is, compared to other countries, at very low rates. If relational recovery means trust and support between citizens, we need to look at how to engage people in vulnerable situations even more into politics. Inequality in mental health is discussed as a rising problem in, for instance, Norway.⁴⁸ If we want to achieve good mental health for all and facilitate mental health recovery, politics is indeed something personal that needs more attention when developing services and supportive communities. This requires participation. One aspect that surprised us, both in the sampling and in the field work, was the lack of diversity regarding ethnicity and cultural background. We believe that there is a need for more in-depth research and knowledge when it comes to understanding other cultures' perspectives of social support and mental health.

Conclusion

This study shows facilitators and barriers in building social support as viewed from seven focus group interviews among service users, mental health professionals, and volunteers. In our analysis, we found that stable environments, social rhythm, and healing rituals were important facilitators for boosting different layers of social support and mental health recovery. The different perspectives show us the commonalities and differences when working with social support. However, there was an agreement that the quality of social support can increase if communities are able to offer stable meeting places with room for diversity. We also found that crucial barriers for social support were connected to poor economy, the socio-economic factors the services face, and different challenges in contemporary society, such as disruption of social relationships through social media. Feelings of shame related to mental health challenges can also still work as a barrier and the diagnostic culture can work as a barrier for support. In our discussion, we invite our readers to regard the socio-

cultural aspects in our time that are reflected upon in the focus groups' discussions. From our perspective, this affects the way we can work with social support and facilitate mental health recovery for people experiencing long-term mental health challenges.

Implications

- The mental health field needs to revisit the meaning of relational recovery and design stable meeting places with room for diversity and lived experience in local communities. That requires close collaboration with volunteers and policy makers.
- The diagnostic culture still needs to be challenged by lived experiences because it can work as a barrier toward social support in both civil society and mental health services.
- Mental health workers need to engage more in socio-political matters and facilitate broader democratic engagement, inclusion, and collaboration with service users.
- Socio-economic inequality creates inequality in health and instrumental social support regarding economy is crucial toward participation and increased quality of life. Several participants report that scarcity works as barriers in social life and thereby social support.
- More research is needed regarding multi-cultural aspects of social support and how this may affect the need for diversity in building more inclusive and supportive local communities.
- The ongoing pandemic makes it even more crucial to work with social support in local communities, to evaluate accessibility adjustments, and to work toward a progressive social policy that concretely helps people living with mental health challenges.

Acknowledgements

This study has been made possible through funding from Dam foundation Norway, Health and Rehabilitation. The authors have no conflicts of interest to disclose.

Limitations

This study is a value-oriented study. This might affect the result and create biases. Another limitation is that the focus groups cannot capture all the different opinions and might result in some people's perspectives having more weight/emphasis than others. We could also have benefited from collecting a broader sample regarding ethnicity/cultural aspects.

References

1. United Nations. *Special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. 2017. Retrieved from the United Nations Human Rights Office.
2. Webber, M., and M. Fendt-Newlin, *A review of social participation interventions for people with mental health problems*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2017. **52**(4): p. 369-380.

3. Wang, J., et al., *Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review*. BMC Psychiatry, 2018. **18**(1): p. 156.
4. Tough, H., J. Siegrist, and C. Fekete, *Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review*. BMC Public Health, 2017. **17**(1): p. 414.
5. Baiden, P., W. Den Dunnen, and B. Fallon, *Examining the independent effect of social support on unmet mental healthcare needs among Canadians: Findings from a population-based study*. Social Indicators Research, 2017. **130**(3): p. 1229-1246.
6. Terry, R., and G. Townley, *Exploring the role of social support in promoting community integration: An integrated literature review*. American Journal of Community Psychology, 2019.
7. Tol, W.A., et al., *Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research*. The Lancet, 2011. **378**(9802): p. 1581-1591.
8. Bearegard, N., A. Marchand, and M.E. Blanc, *What do we know about the non-work determinants of workers' mental health? A systematic review of longitudinal studies*. BMC Public Health, 2011. **11**(1): p. 439.
9. Leigh-Hunt, N., et al., *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. Public Health, 2017. **152**: p. 157-171.
10. McDonald, K., *Social support and mental health in LGBTQ adolescents: A review of the literature*. Issues in Mental Health Nursing, 2018. **39**(1): p. 16-29.
11. Topor, A., et al., *Not just an individual journey: Social aspects of recovery*. International Journal of Social Psychiatry, 2011. **57**(1): p. 90-99.
12. *Public health message: Mastery and opportunities. Report no. 19 to the Norwegian starting M.o.H.a.C. Services*, Editor. 2014-2015.
13. Karlsson, B., and M. Borg, *Recovery: Tradisjoner, fomyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk, 2017.
14. Borg, M., and K. Kristiansen, *Medforskning-å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget, 2009.
15. Cohen, S., and T.A. Wills, *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 1985. **98**(2): p. 310.
16. Finfgeld-Connett, D., *Clarification of social support*. Journal of Nursing Scholarship, 2005. **37**(1): p. 4-9.
17. Schlecker, M., and F. Fleischer, *Ethnographies of social support*. Springer, 2013.
18. Langford, C.P.H., et al., *Social support: A conceptual analysis*. Journal of Advanced Nursing, 1997. **25**(1): p. 95-100.
19. Sarason, B.R., et al., *Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications*. Journal of Personality and Social Psychology, 1987. **52**(4): p. 813.
20. Frank, E., H. Swartz, and E. Boland, *Interpersonal and social rhythm therapy: An intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 2007. **9**(3): p. 325.
21. Price-Robertson, R., A. Obradovic, and B. Morgan, *Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach*. Advances in Mental Health, 2017. **15**(2): p. 108-120.
22. Bronfenbrenner, U., *Toward an experimental ecology of human development*. American Psychologist, 1977. **32**(7): p. 513.
23. Brinkmann, S., *Philosophies of qualitative research*. 2017, Oxford University Press.
24. Starks, H., and S. Brown Trinidad, *Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory*. Qualitative Health Research, 2007. **17**(10): p. 1372-1380.
25. Wilkinson, S., *Focus groups*. Doing Social Psychology Research, 2004. p. 344-376.
26. Krueger, R.A., *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage Publications, 2014.
27. Tjora, A., *Kvalitative forskningsmetoder i praksis, 2. utgave*. Gyldendal, 2013.
28. Braun, V., and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 2006. **3**(2): p. 77-101.
29. Tangvald-Pedersen, O. and R. Bongaardt, *Towards a tinkering participatory research method in mental health*. Scandinavian Journal of Disability Research, 2017. **19**(1): p. 7-17.
30. Manen, M.V., *From meaning to method*. Qualitative Health Research, 1997. **7**(3): p. 345-369.
31. Kvale, S., et al., *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg., 2. oppl. ed.)*. Gyldendal akademisk, 2015. p. 18-20.
32. Monbiot, G., *Neoliberalism—the ideology at the root of all our problems*. The Guardian, 2016. **15**(4).
33. Rosling, H., O. Rosling, and A. Rönnlund, *Factfulness: Ten reasons we're wrong about the world—and why things are better than you think*. Sceptre. 2018.

34. Brinkmann, S. and A. Petersen, *Diagnoser: Perspektiver, kritik og diskussion*. 2016.
35. Saltzman, L.Y., T.C. Hansel, and P.S. Bordnick, *Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2020.
36. Van der Wel, K.A., et al., *European health inequality through the 'great recession': Social policy matters*. Sociology of Health & Illness, 2018. **40**(4): p. 750-768.
37. Vetlesen, A.J., *Evil and human agency: Understanding collective evildoing*. Cambridge University Press, 2005.
38. Sælør, K.T., et al., *You never know what's around the next corner: Exploring practitioners' hope inspiring practices*. Advances in Dual Diagnosis, 2015.
39. Veseth, M., et al., *A stabilizing and destabilizing social world: Close relationships and recovery processes in SUD*. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 2019. **6**(1): p. 93-106.
40. Cottam, H., *Radical help: How we can remake the relationships between us and revolutionise the welfare state*. 2018.
41. Sælør, K.T., B. Stian, and T. Klevan, *Big words and small things*. Journal of Recovery in Mental Health, 2020. **3**(1): p. 23-38.
42. Stojkoski, V., et al., *The socio-economic determinants of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. 2020.
43. Xiao, H., et al., *Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China*. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 2020. **26**: p. e923921-1.
44. Arnhoff, F.N., *Social consequences of policy toward mental illness*. Science, 1975. **188**(4195): p. 1277-1281.
45. Giacco, D., et al., *Scenarios for the future of mental health care: A social perspective*. The Lancet Psychiatry, 2017. **4**(3): p. 257-260.
46. Rorty, R., *Philosophy and social hope*. Penguin Books, 1999. **79**.
47. Wilkinson, R., and K. Pickett, *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. Penguin Books, 2020.
48. Stoltenberg, C., *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet, 2015.

Artikkel 3:

Bjørlykhaug, K.I., Bank, R-M., Karlsson, B. (2021.) Eksistensielle stormar, toreskyar og hus med rolege hav. Ei vitskapeleg og poetisk utforsking av sosial støtte i psykisk helsearbeid. *Nordic Journal of Art, Culture & Health*, 3 (1-2), 75–90.

DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2021-01-02-07>



Eksistensielle stormar, toreskyer og hus med rolege hav: ei vitskapeleg og poetisk utforsking av sosial støtte i psykisk helsearbeid

*Existential storms, thunderclouds and houses with calm seas:
A scientific and poetic exploration of social support in mental health work*

Knut Ivar Bjørlykhaug

Stipendiat, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge og VID vitenskapelige høyskole

knut.bjorlykhaug@vid.no

Rose Marie Bank

Med-forsker, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Bengt Karlsson

Professor, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Samandrag

Bakgrunn: Forskinga er tydeleg på at sosial støtte er avgjerande for god psykisk helse. Denne artikkelen handlar om folk sine erfaringar med forhold som fremjar og hemjar sosial støtte i psykisk helsearbeid. Artikkelen har som mål å utforske forhold som påverkar sosial støtte i vår tid, spesielt relatert til korleis vi opplever støtte i kjenslev og praktisk kvardag når vi går gjennom langvarige psykiske helsevanskar.

Metodologi: Inspirert av poesi som metode har vi reanalysert delar av datamaterialet etter gjennomførte fokusgruppeintervju og deltakande observasjon. Metododelen tek føre seg kvifor poesi som analysemetode og verktøy kan vere relevant, både i analyseprosess og i presentasjon av data. To av forfattarane har erfaringar med psykiske helsevanskar.

Funn: Funna er presentert gjennom to poetiske hovudtema: I: det som blomstrar og II: det som visnar. Funna beskriv kva betydning estetikk, økonomi, strukturelle tilhøve og haldningar kan ha for opplevinga av sosial støtte.

Originalitet: Artikkelen løftar fram nokre av sosial støtte sine vilkår ved hjelp av poetisk analyse og formidling, og inviterer til innsikter som tradisjonelt format ikkje alltid kan gje.

Nøkkelord

psykisk helse, sosial støtte, poesi, psykisk helsearbeid

Abstract

Background: Research shows that social support is crucial for good mental health. This article explores people's experiences of conditions that promote and hinder social support in mental health work. Our aim is to explore conditions that affect social support in our time, in the sense of how we experience support in both our emotional life and our practical daily life when we experience long-term mental health struggles.

Methodology: Inspired by poetry as a method, we have reanalyzed data and written field notes with a focus on creative writing and poetry. We explore why poetry as a method of analysis and as a tool can be relevant in both the analysis and in the presentation of data. Two of the authors have personal experience with mental health problems.

Findings: The findings are presented as two poetic themes: I: that which flourishes and II: that which languishes. The findings describe what significance aesthetics, economy, structural conditions and attitudes potentially have for the experience of social support.

Originality: This article highlights central conditions of social support through poetic analysis and dissemination, and proposes an understanding of the topic that the traditional format may not always provide.

Keywords

mental health, social support, poetry, mental health care

Innleiing

når du snubler
skal det alltid
stå åpen en

tomsekk
til deg

(Ulven, 1987)

Kva ville Tor Ulven seie med dette diktet? Ei tolking kan vere at når vi snublar, er det ikkje alltid støtte å finne i omgjevnadane og relasjonane våre. Denne studien løftar fram erfaringar med forhold som kan fremje og hemje sosial støtte, fordi vi veit at støtte er avgjerande for å halde ut livet når det er på sitt aller mørkaste. Forsking peikar på at psykiske helseproblem ofte aukar i takt med mindre sosial støtte (Baiden et al., 2017; Bjørlykhaug et al., 2021). For menneske med funksjonsnedsetting på grunn av psykiske problem er ulike former for sosial støtte viktig og ofte vanskeleg å oppretthalde eller utvikle. I forskinga blir vennskap, håp, opplevingar av kjærleik, å ha tilstrekkeleg med pengar og aktiv deltaking i det sosiale livet trekt fram som sentrale dimensjonar for opplevinga av sosial støtte (Ljungqvist et al., 2016; Sælør et al., 2019). Einsemd, marginal økonomi og stigma er for mange framleis store sosiale problem som kan utvikle og forverre psykiske helseproblem (Langeland et al., 2016; Sælør et al., 2019). Fleire oppfordrar til meir forskingsbasert kunnskap om samanhengen mellom psykisk helse, levekår og betydinga av ulike former for sosial støtte i betringsprosessar (Bjornestad et al., 2017; Ljungqvist et al., 2016).

Forsking knytt til fattigdom og levekår i Noreg peikar på ei utvikling kor stadig fleire slit med problem knytt til å kome inn i arbeidslivet, marginal økonomi og å føle seg utstøytt av samfunnet (Langeland et al., 2016). Nesten ein firedel av den vaksne befolkninga har eller vil oppleve psykiske vanskar som krev behandling, og sosial ulikskap i helse er aukande (Bjørlykhaug et al., 2021). Folkehelsemeldinga (2018–2019) løftar fram at ulikskapen i helse skal reduserast. Det sosiale perspektivet i psykisk helsearbeid har blitt løfta fram i offentlege og politiske føringar og stortingsmeldingar sidan 1980. Fleire konkluderer med at det framleis går trått i arbeidet med å utvikle sosiale praksisar innan psykisk helsearbeid som tek høgde for levekår (Karlsson & Borg, 2017; UN, 2020). Rammevilkåra knytt til korleis tenestene og lokalsamfunn kan samarbeide kring sosial støtte, er sentralt. Difor er det å fokusere på korleis ein kan legge til rette for sosial støtte, viktig når ein skal utvikle tenestene i kommunalt psykisk helsearbeid. Lokalsamfunn som tilbyr møtestader med lav terskel for å møte andre i liknande livssituasjonar, kan vere avgjerande for folk som slit med langvarige psykiske helsevanskar (Ynnesdal Haugen et al., 2018). Skal den sosiale ulikskapen i psykisk helse reduserast, må forskinga fokusere meir på det sosiale si betyding for psykisk helse og politiske røyndomar på dette området.

Mål og forskings spørsmål

Denne artikkelen utforskar forhold som kan fremje og hemje sosial støtte i psykisk helsearbeid, sett frå perspektiva til brukarar, tilsette og frivillige i ulike bydelar i Oslo. Hovudmålet har vore å utforske korleis sosial støtte skjer eller ikkje skjer, og kva betydning estetikk og strukturelle forhold har for sosial støtte. I samband med dette utforskar vi følgjande spørsmål:

1. Kva slags samhandling og situasjonar kan vere hemjande og fremjande for sosial støtte?
2. Kva betydning har estetikk og strukturelle forhold for opplevinga av sosial støtte?

Sosial støtte – ei klargjering av omgrepet

Det er vanleg å dele sosial støtte inn i fire kategoriar: (I) emosjonell/kjenslemessig støtte, (II) bekreftande støtte, (III) informerende støtte og (IV) instrumentell støtte (Bjørlykhaug et al., 2021; Folkehelseinstituttet, 2015). Vi utforskar hovudsakeleg det som ofte blir omtala som hovudkategoriane (Finfgeld-Connett, 2005): emosjonell og instrumentell støtte. Instrumentell støtte kan lettast omsetjast til praktisk støtte i kvardagslivet, mens kjenslemessig støtte oftast blir utveksla mellom familie, vener og viktige andre, gjennom oppleving av empati, omsorg, kjærleik og tillit. Finfgeld-Connett (2005) definerer sosial støtte slik: “Social support is an advocative interpersonal process that is centered on the reciprocal exchange (...) and is context specific” (s. 5). Ein slik definisjon fangar ikkje opp særleg mykje av det sosial støtte kan handle om, likevel viser den noko vesentleg: at sosial støtte alltid er relasjonelt og avhengig av kontekst. Som vi skal sjå nærare på i denne artikkelen, pregar både stad, omgjevnadar og tid grunnvilkåra for støtte.

Forskningsdesign og metodar for dataskaping

Dette prosjektet er tufta på samarbeidsbasert forskingsmetodologi (Borg & Kristiansen, 2009). Det betyr at studien har blitt drive framover av folk med eigenerfaring. To av forfatarane har eigenerfaring med psykiske helseproblem, noko vi har vore opne om i feltarbeidet. I denne kvalitative studien blei 32 personar (brukarar (11), tilsette (12) og frivillige (9)) intervjuva i til saman sju fokusgrupper, leia av dei to første forfatarane. Semistrukturerte intervjuguidar blei utvikla av alle tre forfatarane, inspirert av Brinkmann (2013). Guiden hadde fem sentrale hovudspørsmål knytt til deltakarane sine erfaringar med kva som kunne fremje og hemje sosial støtte, både i og utanfor tenestene. Brukarane måtte ha vedtak om psykisk helsehjelp i kommunen og erfaring med psykiske helsevanskar over tid. Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervju med brukarar, to med tilsette og to med frivillige. Intervjuva hadde varigheit på mellom ein og halvannan time. Eit mål med å velje fokusgrupper har vore å fange opp kvardagssamtalane rundt tema og fenomen og dei ulike meiningane som kom fram. Deltakarane hadde eit aldersspenn på 22–75 år, og tre hadde fleirkulturell bakgrunn. Blant brukarane var det to som hadde fast deltidsarbeid, og erfaringane med å bruke tenestene hadde eit tidsspenn på 4–25 år. Samtalane blei tatt opp på bandopptakar og transkribert til tekst.

Datainnsamlinga gjekk føre seg i tre ulike bydelar i Oslo. Der har vi vore på ulike møtestader (aktivitetshus) knytt til teneste for psykisk helse – to blei utvalt for deltakande observasjon over ei periode på ca. 6 månadar. Desse to stadene skilte seg ut i estetisk utforming og samansetjing. Stadene er til for innbyggjarar som ønskjer sosialt samvær og eit tilbod på dagtid. Deltakande observasjon kan ofte innebere at ein følgjer deltakarane på dei ulike arenaene dei ferdast gjennom kvardagen, og at ein er med på aktivitetar som er typiske for

det miljøet deltakarane er ein del av (Fangen, 2010). Vi deltok i ulike aktivitetar, som til dømes måltid og quiz, og skreiv feltnotatar etter kvart besøk. Ved stadene har vi gjennom informasjonsskriv forsøkt å tydeleggjere både eigen bakgrunn og rolla vi har som forskarar. Det er førsteforfattar som har vore mest aktiv i den deltakande observasjonen.

Poetiske analyserefleksjonar: grenselandet mellom fiksjon og prosaisk formidling

I analyseprosessen har vi delt materialet med kvarandre og hatt fleire møter kor vi har diskutert datamaterialet. I nye omgangar med datamaterialet skilte fleire observasjonar og erfaringar til deltakarane seg ut som nærast poetiske, fordi dei på ulike måtar kommuniserte unike, men òg meir universelle utfordringar i det sosiale tilværet ved psykiske helsevanskar. Det gjorde at vi kom på sporet av poesi som analytisk og pedagogisk verktøy i forskingsprosessen. Faulkner (2016) foreslår at ein kan utvikle poetiske vers og tema knytt til datamaterialet, noko vi har vore inspirert av.

Faulkner (2016) meiner at forskarar som arbeider med kvalitativt datamateriale, med fordel ofte kan utforske poesi som metode, både i analyse og formidling av materialet. Det er fordi poesien ofte aktiverer fleire nivå i kjensleregistra våre og kan etablere nye samanhengar. Difor gjennomførte vi ei reanalyse etter samarbeidsbasert tematisk analyse (Braun & Clark, 2006) kor førsteforfattar skreiv fleire dikt med bakgrunn i materialet. Vi kopla saman feltnotatane våre med sentrale tema i materialet frå fokusgruppene, som blei utgangspunktet vårt for å utvikle dikta vidare. Medforfattarane ga kritiske innspel til korleis dikta best mogleg kunne spegle viktige innsikter i datamaterialet. I analyseprosessen var fokuset vårt djupast på samhandlinga med brukarane av tenestene, og erfaringar dei løfta fram som særleg viktige i fokusgruppene. Slik blei dikta styrande for funna i denne artikkelen. Vi blei einige om to poetiske hovudtema/metaforar som vi presenterer i hybrid form; det vil seie gjennom både dikt og deskriptive sitat knytt til fokusgruppene. Dette gjer vi for å kople erfaringane dikta speglar, til sentrale diskusjonskontekstar i fokusgruppene. Slik kan lesaren friare tolke dikta og setje dei inn i ein empirisk samanheng. Det er fleire moment av verb i fenomenet sosial støtte – for i samværet med kvarandre gjer vi som regel saker og ting: Vi samtalar, vi malar, vi går, vi quizer, vi dyrkar, vi handlar, vi ler, vi gret, vi lever. Desse aktivitetane og rommet sosial støtte skjer i, eller ikkje skjer i, blir forsøkt handsama i dikta.

Når ein skriv om eller tilfører fiksjon i delar av datamaterialet i analyseprosessen, oppstår ei viktig øving i å ta hand om det empiri-nære og samtidig bruke og integrere eigne erfaringar og fantasi. Hovudfokuset som forskarar har vore å ikkje miste poenga eller erfaringane som ligg i datamaterialet, men å forsøke å løfte poenga vidare. Vi deler Jan Erik Vold (2013) sine tankar om at diktet blir skapt ut frå diktaren sin biografi, geografi og livssituasjon. Både empirien og poesien blir uttrykt gjennom våre fortolkingar, sjølvfiksjonar og kjensler. Opphavspersonen til ordet “sjølvfiksjonar” er romanforfattaren og litteraturprofessoren Doubrovsky, som hevdar at “autofiksjonelle” tekstar løftar fram *reelle* menneske, handlingar og hendingar samtidig som dei i liten grad skil seg frå annan fiksjonslitteratur i form (Buvik, 2019). Autofiksjon skil seg frå autoetnografi ved at ein tillét at fantasien kjem inn i språket; ein beveger seg endå lengre inn mot det litterære og kunstnarlege, men held fast i det observerte (Faulkner, 2016). I grenselandet mellom vitskap og poesi, autofiksjon og autoetnografi, ligg moglegheiter for konsentrasjon kring avgjerande erfaringar og analyse av bestemte opplevingar. Om ein går inn i dette grenselandet, kan det føre til innsiktsgivande etablering av samanhengar, og utnytting av ulike register og potensial i språket; skriftlegheit, muntlegheit, brutal realisme og poesi. Knausgård (2018) hevdar at kunst og litteratur utgjer ei kontinuerleg forhandling med røyndomen. I denne forhandlinga er poesien sentral. Krev ikkje poetisk

praksis og poesi som analysemetode at forfattarane er poetar? Kva er poetisk praksis? Og kva er det motsette av poetisk praksis? Poesi er ein skapingsprosess. Poesi er *å gjere* og *å bringe fram*, om ein følgjer det etymologiske opphavet til sjølve omgrepet. Det motsette av poetisk praksis kan ifølgje Vold (2013) vere poetisk teori, altså ein framgangsmåte, ei formeining om korleis poesi skulle arte seg.

Poesi som analysemetode

Å bruke poesi som analysemetode og verktøy betyr at ein kan finne nye innsikter i materialet – og at ein i beste fall kan presentere erfaringar og funn på ein måte som tek oss gjennom og forbi kunnskap formidla i (sak)prosaisk form (Short & Grant, 2016). Poesien kan ofte hjelpe oss til å føle erfaringane knytt til empirien meir direkte, og til dømes formidle marginale posisjonar (Faulkner, 2016). Det kan difor òg vere pedagogisk hensiktsmessig å nytte poetiske uttrykksmåtar i formidling av kvalitativt forskingsarbeid. Poesi har potensial til å komprimere vesentlege erfaringar og spegle fenomen, røyndom og brutal realisme på måtar ordinært språk og ordinær form ikkje alltid klarer. Artikkelen er òg inspirert av autofiksjon og autoetnografisk orientering. Autoetnografi viser spennet frå det personlege til det kulturelle. *Auto* inneber introspeksjon og observasjon av skribenten – refleksjonar, tankar og kjensler. *Etno* refererer til kultur, og blikket blir retta utover mot den kulturelle konteksten og praksis. *Grafi* er sjølve framskrivinga av den systematiske undersøkinga; frå forteljingar, erfaringar og observasjonar til personleg innsikt og vitskapeleg kunnskap (Karlsson et al., 2019). Omarbeidinga av empiri til poesi kan difor òg forståast som ein autoetnografisk og fenomenologisk prosess kor dikta spring ut av sentrale tema og levde erfaringar i datamaterialet og forskarane sine fortolkingar av desse (Faulkner, 2016).

Etiske refleksjonar

Å utforske folk sine sosiale landsskap kan vere sensitivt og sårbart, og krev audmjukheit. Vi har forsøkt å bevisstgjere og handle i tråd med dette i forskingsprosessen. I forkant av feltarbeidet blei stadene vi besøkte, informerte om kven vi var, og informasjonsskriv om prosjektet blei utdelt. Det blei lagt til rette for informert samtykke, og deltakarane i fokusgruppene signerte eigne samtykkeerklæringar. Vi understreka at ingen måtte føle seg forplikta til å snakke med oss, at deltakinga i studien var frivillig, og at prosjektet følgjer strenge retningsliner for personvern. Ei etisk utfordring med poesi som metode er at det kan bli for mykje fantasi, at observasjonen og framstillinga bevegar seg noko bort frå dei subjektive utsakna til deltakarane. Vi har forsøkt å balansere dette etter beste evne. Prosjektet er godkjent av NSD med prosjektnummer 57041.

Funn

Funna blir presentert i to poetiske hovudtema: (1) *det som blomstrar* og (2) *det som visnar*. Gjentakande mønster i materialet relatert til estetikk, økonomi, strukturelle tilhøve og haldningar knytast til metaforane og dei tilhøyrande dikta. Dei to poetiske metaforane og dikta er utvikla og valt fordi dei seier noko om kva som kan fremje og hemje sosial støtte, og korleis sosial støtte kan vise seg eller ikkje i tilværet. Framstillinga av funna er presentert i hybridform (deskriptivt og poetisk). Framstillinga peikar på erfaringar deltakarane hadde om tilhøve som påverka sosial støtte ved ulike sosiale møtestader og i hjelpetilboda generelt.

I: Det som blomstrar

Plutselig oppdagar eg
 At eg ikkje er aleine
 At eg ikkje er så spesiell
 Ikkje så underleg heller
 Vid-underleg kanskje

Frå ein munn til ein annan
 Eit fellesskap av menneskedyr
 Fordeler bitane
 Frukost middag eftasverd

Vi et og vi veks
 Vev oss inn
 til bjørkeskogen utanfor

For at kvaliteten på sosial støtte skal kunne blomstre i tider kor livet er utfordrande, må omgjevnadane og hjelpetilboda kunne tilby ein slags alternativ sosial rytme. Å kunne kome til ein stad og berre vere der og gå igjen når ein føler for det, utan at nokon stiller mange spørsmål eller krev *for* mykje av deg, blei diskutert som ein viktig, indirekte støttande faktor blant brukarane. Nokon løfta fram betydinga av å kjenne og føle det sosiale rundt seg, og dele måltid saman. Det var òg viktig å ha moglegheit til å kunne kvile i omgjevnadane; det kunne vere kunsten på veggane, vandring i grøntområda eller blikket på trea utanfor som bøygde seg i vinden. Fleire løfta opp at dette var avgjerande om ein til dømes strevde med samansett angst og einsemd, at dei i miljøet der ein oppheldt seg, kunne handtere mangfaldet av smerteuttrykk. Det var òg viktig at det kunne vere stor takhøgde:

Det kan komme folk inn her hvor det er tordenskyer som kommer inn døren, hvor det rangler i kaffekopper og du skjønner at her ... Men så kjenner vi de da, også sier vi at du har kanskje ikke helt dagen din i dag. Skal vi gå ut og snakke om det? (fokusgruppe 6, frivillige)

Forstår du meg no?

Vi ser i det mjølkekvite
 Forbi, berre heilt marginalt forbi
 pupillane
 liksom litt på skeiva

vi ser ikkje direkte i auga
 til kvarandre
 men vi ser det her i området rundt auga
 at dette
 dette held vi ut
 saman

fordi veggane her
 dei er blå
 og vi kan snakke om havet

stormane
dei eksistensielle stormane

vi kan snakke om liva våre
på havet, her inne
for her er havet roleg
vi ser kvarandre akkurat nok
utan augekontakt

vi er her akkurat nok
og ingen kan dømme oss
fordi vi veit at dette bordet
desse kaffikoppene
desse hendene rundt bordet
har halde heile verdas liding
desse hendene, desse kroppene
og dei overlever

Diktet spring ut av observasjonar knytt til korleis tillit kunne oppstå i ein kombinasjon av å bli forstått og å kunne opphalde seg i rolege omgjevnadar der dagane kunne gå sin langsame gong. Dei tilsette måtte kunne vise seg som sårbare menneske med sine utfordringar, og fleire brukarar løfta fram at kombinasjonen av eigenerfaring og utdanning kunne styrke kvaliteten på støtta. Ofte var vi vitne til aktivitetar som styrka band mellom tilsette og brukarar. Det kunne vere noko så enkelt som å så frø og følgje veksten saman. Å ta vare på livet, saman.

Vikarierende håp

Etter fleire rundar med tørrprat
seier du det til meg (kviskrar du det?)
du seier dette:
at samfunnet har det ikkje
men denne staden har det;
eit vikarierende håp

vi sår nokre frø utanfor kjøkkenvindauget
det veks liljer mellom brysta våre

Mykje av støtta og samværet mellom brukarane var ofte prega av det non-verbale, noko diktet ovanfor formidlar. Støtta skjedde til dømes i praksis gjennom felles aktivitetar, og noko kunne gro mellom folk; både tillit, gjensidigheit og håp. Nokre brukarar meinte stadene og tilboda dei brukte, representerte eit vikarierende håp: “også er det en eller noen som er på en måte vikarierende tålmodighet der hvor du selv ikke har tålmodighet. Vikarierende håp, på en måte” (fokusgruppe 2, brukarar).

Kolstad (2007) seier at sanseintrykka våre er råvarer for kjensler og tankar, og at sanseintrykka verker inn på helse og velvære. Til dømes skapar kunstnarleg utsmykking i eit institusjonsmiljø tryggleik og tiltru menneske imellom. Ein av stadene vi vitja, hadde slik utsmykking, og staden var både godt likt og mykje brukt. Eit heimekoseleg miljø gir brukarar av staden ei oppleving av at dei er respektert, og kan vekke minne som bringar fram

positive kjensler både hos brukarane og dei tilsette. Det motsette skjer i institusjonar som opplevast mindre vene, mindre velstelte og mindre påkosta.

Stader som blir verande der alt anna glir forbi

Du kjem bort til oss
og seier at denne staden gjer deg frisk
“eg blir frisk av å vere her”
seier du

vi ser på kvarandre og himmelen opnar seg
veggane her er trygge og held oppe heile universet

eit skifte avbryt lufta mellom oss
lufta er trongare
vi går inn til maleri-rommet

i bakgrunnen diskuterer tilsette med leiinga
når ein skal fortelje det, avsløre det,
at denne staden er historie

snart er vi borte
som boblene i bekken

Dette diktet markerer ein overgang frå det trygge til det utrygge, frå det som blomstrar, til det som visnar. På staden diktet spring ut frå, stod brukarar og tilsette i ein vanskeleg kamp for å oppretthalde ein populær møteplass som var på veg til å bli flytta. Dette resulterte i stor usikkerheit og utløyste fleire kriser hos dei som brukte staden. Staden var eit midtpunkt for sosial stimuli, støtte og meining. Både tilsette og brukarar understreka betydinga omgjevnadane og estetikken hadde for trivsel og betringsprosessar.

II: Det som visnar

Ei utfordring brukarar og tilsette løfta fram, var at mange tilbod ofte er kortvarige og forbigåande eller ikkje har rammene til å utforme støttande miljø. Nokre av brukarane vi hadde kontakt med, oppsøkte staden som blei nedlagt i etterkant av avviklinga. Ikkje alle var informerte om når nedlegginga skjedde, og blei råka av sjokk når staden ikkje var der lenger.

Stader som forsvinn/heimlengsel

Kom endeleg fram til Lunheim etter ein strabasios tur gjennom heile forbanna byen
men han var stengt, eller, nedlagd? Skulle hatt ein kopp kaffi her og snakka med ho ...

kanskje ikkje så dumt med medisinar likevel
lite estetisk kraft i den resepten
den kvite prikken med delelinje
men ruslar heimover
og tek den jævla tabletten
og ser på TV
der forsvann signalet

kjemiske kyss, det er alt
snø på skjermen, snø i hjernen

det blir snakka om ein ny stad
eit nytt møtepunkt
eit nytt midtpunkt
men veggane der er ikkje blå
hendene rundt bordet ikkje like tolmodige
kjøkkenhagen finst ikkje der
folka er ikkje dei same på denne staden

kven kunne vi vere på denne staden
som vi ikkje kan vere andre stader?

I fleire av fokusgruppene var utfordringar med økonomi eit tema knytt til handlingsrommet i det sosiale livet. Mange populære aktivitetar kostar mykje pengar, og ofte kunne det stå om kronene om ein blei invitert på kafé eller kino. Samstundes kunne det vere ekstra utfordrande å streve med å ha lite pengar der majoriteten i lokalsamfunnet levde liv prega av materiell rikdom. Fleire skamma seg over kombinasjonen av å slite psykisk og å ha lite pengar. Dei følgjande dikta formidlar utfordringar knytt til opplevinga av fattigdom og stigma og at brukarane ofte opplevde ein mur mellom seg og sivilsamfunnet:

Lågare sosiale rangstigar

Kva skal vi med desse pengane
kva skal vi gjere utan desse pengane
kva kostar ein kaffi på denne kaféen
eg blir heime
kan du låne meg nokre kroner til ein kaffi?
denne kaffikoppen er full av førti kroner

blir du med på kino?
sjekkar kontoen
eg blir heime
kan du låne meg nokre kroner til å lime livet saman?

Kven har bygd denne muren?
Dette livet er ganske stigmatiserande
har du forsøkt å søke jobb med schizofrenidiagnose?
Kjenner at eg til tider må kjempe mykje med skamfølelse
eigentleg kvar einaste dag

ja, same her
kva er det folk trur om oss?
at vi ikkje er folk?

skal eg kjenne stoltheit når eg får dagpengar
når naboen parkerer Porsche-skuta med det gliset
du veit, du har sett det

men skamma
denne muren
kven har bygd han?

Mange opplevde òg at psykiatriske diagnosar kunne vere barrierar for sosial støtte, andre kunne verke som statussymbol eller vere opnande. Generelt opplevde brukarar vi intervjuar og snakka med, diagnosekulturen – at “alle” lidningar og sosiale problem skal merkelappast med ei psykiatrisk diagnose som utfordrande og problematisk, til dømes i sosialiseringa med det sivile samfunnet og i arbeidssamanheng.

Denne diagnosen er eit statussymbol/denne diagnosen er ein mur

Hei, hei
har høyrte at det ligg ein del fordommar her
og dømmer

men er vi bipolare?
er vi schizofrene?
er vi ømtolige deprimerte?
er vi angst?
er vi menneske?
er vi dyr?
emosjonelt ustabile?
raudlista?

Dei strukturelle tilhøva knytt til økonomi i dei ulike bydelane prega òg i kor stor grad tenestene kunne levere kvalitet og oppretthalde populære tilbod. Dette var òg knytt til prioriteringar av møtestadene si utforming, samansetjing og korleis ein støtta tilsette og frivillige med omsorg, rettleiing og vidareutdanning. Fleire tilsette løfta fram desse utfordringane, og ein understreka at:

Vi som jobber på golvet, for å si det sånn da, ser vel kanskje ringvirkningene av å tenke økonomi fremfor fag bedre enn de som sitter og styrer med tall. Og dessverre så har det liksom vært tallene som har fått råde. (fokusgruppe 2, tilsette)

Stader vi vitja som var meir institusjonsprega, kunne vere prega av meir uro og konflikt. Dette var samansett av fleire faktorar. Nokre stader var rett og slett lite innbydande reint estetisk, og det kunne vere konflikt mellom ulike brukargrupper og mellom tilsette og brukargrupper. Enkelte brukarar følte dei tilsette og frivillige sladra eller snakka negativt om dei. Det var ikkje alle som jobba der einige i:

Det er mange som sier at her er bare sladder, som ikke kommer hit. Men det er jeg ikke med på. Jeg sier at vi snakker ikke *om* dere, men *med* dere. Mange ser jo på dette som et slikt sosialt sted som: “Vi skal ikke dit! Nei, vi vil liksom ikke høre til i den gjengen.” (fokusgruppe 5, frivillige)

Kombinasjonen av lite eigna lokalar og tilsette og frivillige som følte seg lite ivaretatt av leiinga, kunne vere faktorar som førte til at miljøet blei prega av dårleg stemning og konfliktar. Det kunne resultere i mindre inkludering og mangfald, og i forlenginga av det mindre rom for støtte. Eit viktig funn er at dette i sin tur kunne påverke haldningar. Haldningar til

brukarar med til dømes fleirkulturell bakgrunn kunne vere anstrengande, og nokre heldt ikkje igjen den negative omtalen av enkelte brukargrupper:

Det er noen som ødelegger for andre. Det var så mye ljug. Dessverre så må jeg bare påstå at utlendinger, de holder ikke ordene sine. (...) Så har vi problemer med hygienene her. Sånn som den vi snakka med nå, han kan ikke sitte ved siden av andre når vi spiser mat, for det stinker, SÅ jævlige. (fokusgruppe 5, frivillige)

Fleire opplevde òg at tilsette framleis hadde fleire fordommar og problematiske haldningar, og at nokre hjelparar var anten lite interesserte eller lite kloke. Trass i at enkelte tenester har hatt fokus på og lukkast med å tilsetje til dømes erfaringskonsulentar, var det tydeleg i vårt feltarbeid at nokre tilbod slit med å tilby god støtte og tilsette folk med eigenerfaring. Som ein brukar understreka:

Det er jo noe med erfaring, bare det at du forteller at du har vært ute en vinternatt selv. Det hjelper jo veldig. (...) Hvis det kommer et menneske som ikke har noe livserfaring, da, eller har dårlige holdninger, så blir det veldig fjernt og vanskelig. (fokusgruppe 7, brukarar)

Marginal salme

Drar kortet i betalingsterminalen
avvist for siste gong
er det ein Gud her
så heiter han Wall Street

dei ser så friske ut
alle som får draga sine godkjent
har ikkje alle på seg
treningsklede òg?

avvist for siste gong
terminalt
utanfor butikken
står ein tomsekk
og ventar på meg

Diskusjon

Vi ønskjer å løfte fram tre diskusjonsområder knytt til funna i denne studien: (I) betydninga av estetikk, (II) levekår og sosial støtte – estetikkens avgrensingar? og (III) omsorg og støtte under press? Desse tre områda blir løfta fram fordi funna og dikta trengjer inn i estetikk, levekår og ulike pressforhold i tenestene og samtidskulturen og syner at desse områda har stor betydning for både opplevinga av og arbeidet med sosial støtte. Poesien, og dikta som er presenterte, kan vidare hjelpe oss til å kome djupare inn i det empiriske materialet. Lesarane inviterast slik til å forstå diskusjonen i lys av dikta og fritt utforske korleis det skjøre sosiale tilværet *kan* vise seg når vi erfarer psykiske helsevanskar og har behov for støtte.

Betydinga av estetikk

Ei rekke studiar som ser på samanhengen mellom estetikk og psykisk helse, argumenterer for at omgjevnadane har stor innverknad på den psykiske helsa vår. Det er ein direkte samanheng mellom miljøet vi oppheld oss i, og oppleving av velvære og moglegheit for betring (Kaplan, 1987; Maslow & Mintz, 1956). Erfaringane som nokre av dikta speglar, kommuniserer mellom anna korleis enkelte kunne oppleve å bli friskare i miljø prega av ei gjennomtenkt estetisk utforming:

Du kjem bort til oss
og seier at denne staden gjer deg frisk
“eg blir frisk av å vere her”

vi ser på kvarandre og himmelen opnar seg
veggane her er trygge og held oppe heile universet

Val av fargar i husrommet og kunstnarleg utsmykking påverka rommet for støtte og betring. Der stadene hadde tilgang til kjøkkenhage, skog og grønne lunger, verka òg rommet for aktivitetar som stimulerte betring, til å vere større. Dette kunne ha betydning for kjensler av velvære, rom til å trekkje seg tilbake for kontemplasjon, og aktivitetar som førte folk tettare saman.

Det har blitt noko auka medvit i helsevesenet kring betydninga arkitekturen og naturen har for helsa vår. Samstundes er det framleis slik at utforminga av majoriteten av helse- og sosialtenester tek utgangspunkt i medisinen sitt behov, ikkje behova til brukarane av staden (Sørbø et al., 2013). Larsen & Andersen (2011) beskriv korleis brukarar og tilsette ved eit psykiatrisk senter opplevde ei stor kontrast mellom å opphalde seg i ei gamal, ærverdig sveitservilla kontra ei moderne murbygning. I begge gruppene føretrekte dei fleste den gamle villaen og poengterte at det var noko roande med ei eldre bygning. Nokon hadde ei røynsle av at dette var bygningar som i seg sjølve ga kjensler av omsorg og å bli passa på. Dette samsvarar med funn i denne studien, kor den mest populære staden vi vitja, var prega av ein gjennomtenkt arkitektur og fargeval, hadde variert kunst på veggane og tilgang på grøntområder.

Sjølv om estetiske preferansar varierer, seier Kolstad (2007) at ingen er upåverka av måten omgjevnadane signaliserer til oss. Til dømes bedømer vi andre menneske i lokalet meir positivt og føler auka eigenverd og sjølvkjensle i vakre omgjevnadar. Vi får rett og slett meir lyst til å vere saman med andre menneske og å hjelpe kvarandre dersom vi oppheld oss i rom og på plassar vi opplever som vene. Design som er prega av estetisk skjønnheit kan ha positiv verknad på pasientar og pårørande si oppleving av velvære og betring (Riisbøl & Timmermann, 2020). Sistnemnte studie løftar fram tre faktorar som kjenneteiknar gode stader: (I) musikk, veggpryd og fargar, (II) tilgang på natur og (III) private rom. Det samsvarar med opplevinga vi og brukarar av stadene hadde knytt til kor ein opplevde meir rom for at støtte kunne blomstre. For fleire av deltakarane i denne studien var eit skifte frå ein stad til ein annan, frå det vi kan kalle ei estetisk høgborg til ein meir institusjonsprega møtestad, av stor betydning. Fleire opplevde å miste ein stad der ein kunne oppleve meir velvære og stimuli, fordi bydelen ikkje hadde råd til eller prioriterte å oppretthalde staden.

Levekår og sosial støtte; estetikens avgrensingar?

Den sosiale ulikskapen mellom folk er aukande, og kulturen vi er ein del av, lokkar oss ofte mot overdriven individualisme og konkurranse framfor oppofring for andre si velferd

(Wilkinson & Pickett, 2020). Mange brukarar og tilsette innan psykisk helsearbeid opplever eit aukande press og stadig omskifting i tenestene, som funna i denne studien aktualiserer. Funna peikar òg på at kombinasjonen av å slite psykisk og ha lite pengar ofte er skambelagt og ei barriere for sosial støtte og betring. Psykiske helsevanskar pregar ofte økonomien negativt; mange får dårlegare råd og opplever mindre handlingsrom til å delta i det sosiale livet (Sælør et al., 2019). Det er helseskadeleg å bekymre seg over dårleg helse og dårleg råd. Som Kristjánsson skriv:

Forskerne sier at hjernen er litt som en internettlinje. Den har en viss båndbredde, og båndbredden kan brukes opp. Akkurat som nettet blir treigere når du laster ned ti filmer i bakgrunnen, går hjernen litt treigere når du hele tida må bruke tankekraft på å bekymre deg for framtida eller stress over sykdom og dårlig råd. (2020, s. 71)

Noko av det dummaste du kan finne på, er altså å vere fattig. Det vi kan forsøke å legge til rette for i praksis, er å utvikle treffstader det er gratis å nytte seg av, og stader folk i større grad kan få hjelp til å løyse økonomiske utfordringar. Det krev at menneske med rett kompetanse og kunnskap om systemet kan treffast på desse stadene; i både kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. I praksis betyr det at om brukarane av psykiske helsetenester skal oppleve tilboda som reelt støttande, må tilboda kunne tilby *både* instrumentell støtte og emosjonell støtte. FN sin Spesialrapportør (UN, 2020) seier følgjande om rettane menneske har til best mogleg fysisk og psykisk helse: “The right to mental health is best enabled through the convergence of human rights and health determinants, where research and action on the structural, political and social determinants of distress, including poverty, inequality, discrimination and violence, are considered vital” (s. 8). Som i Folkehelsemeldinga vert behovet for ei brei tilnærming i arbeidet med å betre psykisk helse og førebyggje lidning understreka. Eit paradoks i folkehelsemeldinga som legg vekt på å redusere ulikskap, er at regjeringa som har ansvaret for meldinga, fører ein politikk som *aukar* ulikskapen mellom folk. Ulikskapen er òg betydeleg større enn statistikken viser (Aaberge et al., 2020).

Omsorg og støtte under press?

Fleire av dikta peiker til dømes på erfaringa med å stå i marginale situasjonar og at støtte ofte er noko sterkt og skjørt. Vi lever i ei tid kor vi meiner tilhøva for korleis vi yt omsorg og kan støtte kvarandre, er krevjande og under press. Ikkje slik å forstå at desse tilhøva historisk sett alltid har vore betre eller gode, men at vår tid som er prega av overdriven individualisme, konkurranse og forbruk, sett grenser for korleis vi bryr oss, og kor vi rettar merksemda vår. Helse- og omsorgstenester er på ingen måte fritatt frå politikken som stimulerer desse tilhøva. Styringsformer som New Public Management og stadige omskiftingar i tenestene skaper utfordringar som slitasje og fragmentering av tenester som ofte er framande for brukarane (Kroken, 2018). Strukturar og rammevilkår endrast kontinuerleg for å kartlegge om effektiviteten aukar og tidsbruken er optimal. Vetlesen (2018) hevder at dei nyvunne rettane stadig fleire har fått, kan leie til at samfunnet nærast ventar at enkeltindivid skal ta *alt* ansvar for eigen situasjon. Slik kan enkeltindividet marginalisere seg sjølv på subtile måtar og bli utfordra til å tole det utålelege. Vi har til dømes sett i denne studien korleis skamma kan verte hemmande. Chatzidakis et al. (2020) beskriv korleis den ny-liberalistiske kapitalismen skaper utfordrande rammer for omsorgsevne til tenester og lokalsamfunn. Det arketypiske ny-liberale subjektet, hevder dei, er det innovative individet kor relasjonane til andre er prega av ei konkurrerande sjølvbetring. Eit av hovudpoenga er at den ny-liberale kapitalismen verken har ein effektiv praksis eller språket for omsorg. Når politikarane

set kapitalinteressene først, er det vanskeleg å utvikle ei større og meir rettferdig omsorgsforståing.

Empati og omsorg har ofte ei felles føresetnad: tid (Vetlesen, 2018). Tid er vidare ei føresetnad for å byggje tillit, og tilhøva i miljøa avgjer korleis denne tida og tillita kan blomstre eller visne. Presset på empati, omsorg og støtte oppstår når vi byggjer ned sjølv føresetnaden for å yte gode helse- og omsorgstenester. Det finst likevel rom der både brukarar og dei som arbeider i tenestene, finn tak i dette utvida rommet, og kor relasjonar kan utvikle seg og betring skjer. Martinsen (2020) løftar fram døme på korleis fleire helse- og sosialarbeidarar kan representere ei motvekt mot tidsakselerasjonen i helsevesenet sitt rom. Ho framhevar det langsame faglege skjønnet, til trass for det travle. I slike rom finn ein ofte nye vegar, sjølv om det ikkje alltid er støtte å finne frå politisk hald. Kanskje er det i slike rom, og i denne motstanden mot sjølv tidsånda, at støtte best kan blomstre og utvikle seg?

Summerande refleksjonar

Vi innleia med Tor Ulven og parafraiserer han i det siste diktet. For det er jo denne tomsekken vi gjerne vil unngå når livet stormar som verst; når vi treng ein sekk full av omsorg. Funna i denne studien viser at sosial støtte skjer og ofte har vanskelege kår. Dikta kan hjelpe oss til å betre føle og forstå det marginale og framande. I diskusjonen har vi løfta fram nokre sentrale utfordringar funna aktualiserer. Dei peikar på strukturelle vilkår brukarar og tilsette i helse- og omsorgstenestene ofte må kjempe mot. Eit sentralt spørsmål er difor: Korleis byggjer vi omsorgsfulle tenester og lokalsamfunn *på trass av* ein kultur og politikk som ofte ikkje legg til rette for dette? Kvifor blir tenestene ofte nedprioriterte? Noko av det vi har lært, er at lokalsamfunn treng stødige møtestader med rom for mangfald og tenester som legg til rette for at støtte kan blomstre. Det inneber mellom anna at helse- og sosialarbeidarar har rammer som stimulerer grunnføresetnadar for omsorg: tid, eigna husrom med gjennomtenkt estetisk utforming og aller helst tilgang til grøntområde. Spesielt i ei tid med deinstitusjonalisering, fragmentering av lokalsamfunn og aukande ulikskap i helse er det avgjerande at kommunane sine sosiale tenester innan psykisk helse blir prioriterte. Først då kan dei tilby sosialt og fagleg mangfald og sosial støtte på ulike nivå, i tråd med politiske intensjonar.

Styrker og avgrensingar ved studien

Å bruke poesi som analysemetode og formidlingsverktøy i forskingsarbeid fører til nokre metodiske avgrensingar. Ei utfordring er at forskarane sine biografiar kan ta for stor plass, sjølv om dikta spring ut frå deltakarane sine utsagn og vår samhandling. Det er ikkje slik at dikta nødvendigvis speglar deltakarane si opplevde livsverd. Ei anna viktig metodisk avgrensing ved studien er at utforskinga av sosial støtte ikkje har skjedd ved andre kulturelle arenaer utan tilknytning til tenestene. Vi får difor eit avgrensa kulturelt blick på kva sosial støtte kan vere, og korleis fenomenet utartar seg ulikt i ulike miljø. Det å skrive dikt knytt til det kvalitative datamaterialet – og tilføre fiksjon i fakta – kan opne opp for nye perspektiv i analysearbeidet og skape ei djupare forståing knytt til erfaringar som beveger seg i det marginale og framande, i det sosiale og einsame.

Erklæring om interesse og finansiering

Forfatterne erklærer ingen interessekonflikter. Prosjektet er støttet av Stiftelsen Dam.

Litteratur

- Baiden, P., Den Dunnen, W. & Fallon, B. (2017). Examining the Independent Effect of Social Support on Unmet Mental Healthcare Needs Among Canadians: Findings from a Population-Based Study. *Social Indicators Research*, 130(3), 1229–1246. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1224-y>
- Bjornestad, J., Velden Hegelstad, W., Joa, I., Davidson, L., Larsen, T. K., Melle, I. & Bronnick, K. (2017). “With a little help from my friends” social predictors of clinical recovery in first-episode psychosis. *Psychiatry research*, 255, 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.041>
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K. & Kleppe, L. C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 1–32. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2009). *Medforskning: å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing. Understanding Qualitative Research*. Oxford University Press.
- Buvik, P. (2019). *Etterord: Personlig og allment*. I A. Ernaux (Red.), *Sommeren 58* (s. 159–170). Mime forlag.
- Chatzidakis, A., Hakim, J., Littler, J., Rottenberg, C. & Segal, L. (2020). *The Care Manifesto: The Politics of Interdependence*. Verso London.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Faulkner, S. L. (2016). *Poetry as method: Reporting research through verse*. Routledge.
- Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4–9. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x>
- Meld St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Folkehelseinstituttet (2015). *Sosial støtte og ensomhet – faktaark*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet--faktaar/>
- Kaplan, S. (1987). Aesthetics, affect, and cognition: Environmental preference from an evolutionary perspective. *Environment and behavior*, 19(1), 3–32. <https://doi.org/10.1177%2F0013916587191001>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., Klevan, T. G., Soggiu, A. S., Sælør, K. T., Vilje, L. & Aasgaard, H. S. (2019). “Fra kebab til intimitet” – dialogisk autoetnografisk utforskning av vennskap. *Scandinavian Psychologist*, 6, e6. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.6.e6>
- Knausgård, K. O. (2018). *Uforvarende*. Forlaget Oktober.
- Kolstad, A. (2007). Helbredende kunst- finnes det? Betydningen av utsmykking og estetikk i helseinstitusjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(8), 991–94.
- Kristjánsson, M. (2020). *Mamma er trygda*. Kagge Forlag.
- Kroken, R. (2018). *Omsorgsforståelser: Mellom poesi, profesjon og politikk*. I R. Kroken (Red.), *Omsorgsforståelser. Mellom poesi, profesjon og politikk* (s. 19–35). Universitetsforlaget.
- Langeland, S., Dokken, T. & Barstad, A. (2016). Fattigdom og levekår i Norge. *Tilstand og utviklingstrekk—2015. (NAV-rapport 1-2016)*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nav-rapportserie/nav-rapporter/fattigdom-og-levekar-i-norge.tilstand-og-utviklingstrekk-2015>

- Larsen, I. B. & Andersen, A. J. (2011). Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 122–128. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2011-02-04>
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2016). Money and mental illness: A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community mental health journal*, 52(7), 842–850. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9950-9>
- Martinsen, K. (2020). *Langsomme pulsslag*. Fagbokforlaget.
- Maslow, A. & Mintz, N. (1956). Effects of esthetic surroundings: Initial effects of three esthetic conditions upon perceiving “energy” and “well-being” in faces. *The Journal of Psychology*, 41(2), 247–254. <https://doi.org/10.1080/00223980.1956.9713000>
- Riisbøl, M. F. & Timmermann, C. (2020). User consultation and the design of healing architecture in a cardiology department—ways to improve care for and well-being of patients and their relatives. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 2(1), 8–21. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2020-01-02>
- Short, N. & Grant, A. (2016). Poetry as hybrid pedagogy in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, 43, 60–63. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.003>
- Sælør, K. T., Bjørlykhaug, K. I., Bank, R. M. & Johnson, T. (2019). Møter i mørket. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(2), 110–125. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-02>
- Sørbo, J., Gjengedal, E., Lykkeslet, E. & Sæther, W. H. (2013). Det som sitter i veggene. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 1(9), 95–104. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-02-02>
- UN. (2020). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: Report of the Special Rapporteur*.
- Ulven, T. (1987). *Det tålmodige*. DIKT. Gyldendal.
- Vetlesen, A. J. (2018). I spagaten. Når ansatte forstrekker seg over “myke” brukere. I R. Kroken (Red.), *Omsorgsforståelser. Mellom poesi, profesjon og politikk* (s. 152–166). Universitetsforlaget.
- Vold, J. E. (2013). *Poesi Ad Lib*. Gyldendal.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2020). *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone’s well-being*. Penguin Books.
- Ynnesdal Haugen, L. S., Envy, A., Ekeland, T. J., Borg, M. & Anderssen, N. (2018). A participatory discourse analysis of service users’ accounts of meeting places in Norwegian community mental health care. *Nordic Journal of Social Research*, 9, 1–18. <https://doi.org/10.7577/njsr.2149>
- Aaberge, R., Modalsli, J. & Vestad, O. (2020). *Ulikheten – betydelig større en statistikken viser*. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ulikheten-betydelig-storre-enn-statistikken-viser>

POSTADRESSE:

OsloMet – storbyuniversitetet
Pilestredet 46
Postboks 4, St. Olavs Plass
0130 Oslo

OsloMet Avhandling 2021 nr 41

ISSN 2535-471X
ISBN 978-82-8364-344-2