



BACHELOROPPGAVE

Psykisk lidelse og stigma

En litteraturstudie om hvordan stigma kan påvirke livskvaliteten til personer med psykiske lidelse.

av
107, Guro Marie Byrkje

A study on how stigma may have an impact on the quality of life of people with mental illness.

Vernepleie
BSV5-300
Mai, 2014

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven Psykisk lidelse og stigma – En litteraturstudie om hvordan stigma kan påvirke livskvaliteten til personer med psykisk lidelse, i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg har opphav til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

107, Guro Marie Byrkje

JA NEI

INNHOOLDSLISTE:

1.0 INNLEDNING	1
2.0 METODE.....	3
2.1 LITTERATURSTUDIE.....	3
2.2 FORFORSTÅELSE.....	4
2.3 SØKEPROSESS.....	4
2.4 SENTRALE BIDRAGSYTERE.....	5
3.0 PSYKISK LIDELSE OG LIVSKVALITET	6
3.1 HVA ER PSYKISK LIDELSE?	6
3.2 FOREKOMST	7
4.0 STIGMA	8
4.1 STIGMA SOM BEGREP	8
4.2 STIGMA AV PSYKISK LIDELSE	9
4.3 AVSTIGMATISERING	10
5.0 LEVEKÅR OG LIVSKVALITET	11
6.0 HVORDAN PÅVIRKER STIGMA LIVSKVALITETEN TIL PERSONER MED PSYKISK LIDELSE?.....	14
6.1 ARBEID	14
6.2 SOSIALT NETTVERK.....	16
6.3 BOFORHOLD	17
6.4 OPPSUMMERING AV HVORDAN LIVSKVALITETEN TIL PERSONER MED PSYKISK LIDELSE KAN BLI PÅVIRKET AV STIGMATISERING	20
7.0 AVSLUTNING.....	21
8.0 LITTERATURLISTE	22

1.0 Innledning

Både i Norge og på verdensbasis er det mange personer som har det vi kaller psykiske lidelser. Psykisk lidelse defineres ofte som sykdom eller lidelse som er knyttet til personens mentale helse, i motsetning til noe som er fysisk. Lidelsen kan variere i styrke/grad, fra for eksempel lettere depresjoner til eksempelvis bipolar lidelse og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Et stort antall av de som har slike sykdommer strever med ulike plager og utfordringer på grunn av den eller de lidelsene de har.

Det er imidlertid også slik at disse personene kan oppleve andre utfordringer enn selve det å ha en lidelse, ved at de blir stigmatisert. Goffman (1963) beskriver stigmatisering som en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept, hvor andres reaksjoner ødelegger en normal identitet. Sagt på en annen måte betyr dette at personer med psykisk lidelse får et «stempel» på seg, i negativ forstand.

En opplevelse som jeg selv har hatt i tilknytning til da jeg jobbet i et bofellesskap, gjorde at jeg ble interessert i å finne ut mer om hvordan stigmatisering påvirker personer med psykisk lidelse. En av tjenestemottakerne har diagnosen bipolar lidelse, og ble av personalet ofte omtalt som sur og lite samarbeidsvillig. Slik jeg oppfattet situasjonen hadde flere i personalgruppen en forutinntatt holdning i forhold til denne personen, blant annet om at han kom til å gjøre eller si negative ting dersom han fikk delta på fellesaktiviteter. I ett enkelttilfelle da jeg var på jobb gikk personen glipp av muligheten til å delta i planlagt aktivitet utenfor bofellesskapet, og dette ble begrunnet med at det var for strevsomt å ha han med. Vedkommende ble isolert fra resten av gruppen han var en del av, og måtte bli igjen på huset mens de andre tjenestemottakerne dro på utflukt. Kan dette ha vært en form for stigmatisering? Altså, kan situasjonen ha vært at personalet ble påvirket av at de var kjent med vedkommende sin diagnose og opplysninger om hans temperament i denne sammenheng, slik at når denne personen gav uttrykk for å være sur og lite samarbeidsvillig så førte dette til bekymring for utagering?

Etter min mening er en av de mest negative fremstillingene personer med psykisk helse kan oppleve, nettopp det at sykdommen assosieres med at de er farlige for andre. Dette kan

medføre en frykt hos andre som videre resulterer i en preferert avstand til personer med psykiske lidelse, og i ytterste konsekvens isolering fra samfunnet for øvrig.

Situasjonen slik beskrevet ovenfor gjorde meg svært nysgjerrig på hvordan stigma kan påvirke livskvaliteten til personer med psykisk lidelse. Jeg tenker da både på det stempelen man kan få av selve lidelsen, men også som en direkte følge av at man oppsøker og/eller mottar behandlingstilbud. Tema for denne oppgaven vil være hvordan stigma kan påvirke livskvaliteten til personer med psykisk lidelse. Jeg vil da formulere min problemstilling slik;

Hvordan kan stigma påvirke enkeltfaktorer ved livskvaliteten til personer som er diagnostisert med en psykisk lidelse?

De senere år har psykisk helse fått økt fokus, herunder livskvaliteten til personer som har psykiske lidelser. Ett eksempel på dette er regjeringens opptrappingsplan, 1998-2008, med det formål å styrke tjenestetilbudet til personer som har psykiske lidelser ved å fremme selvstendighet, uavhengighet og evne til å mestre eget liv (St.prp. nr.63, 1998).

Opptrappingsplanen viste til store behov for økt innsats på dette området. Det må kunne hevdes at fokus på selvstendighet og uavhengighet, samt mestringsevne i forhold til eget liv er direkte tilknyttet livskvalitet og personens egen opplevelse av denne.

Livskvalitet er et vidt begrep som blir brukt forskjellig av de ulike fagdisiplinene og som også nødvendigvis vil være individuelt på den måten at ulike personer har ulike oppfatninger av hva som er «god livskvalitet». Selve essensen av begrepet må imidlertid kunne beskrives som en subjektiv opplevelse av å være tilfreds med livet på ulike aspekter, som for eksempel god helse og kontroll over egen livssituasjon. Forskning har vist at stigmatisering av personer med psykiske lidelser spesielt påvirker tre arenaer i livet: Arbeid, sosialt nettverk og boforhold, noe jeg vil gå nærmere inn på nedenfor.

Som fremtidig tjenesteyter inne for helse- og sosialsektoren er temaet stigmatisering viktig for meg fordi det innvirker på slike sentrale områder i livet. Jeg ønsker å skaffe meg økt kunnskap om stigma og psykisk helse, og dermed tilstrebe å kunne gjenkjenne og forutse konsekvenser som stigma kan medføre. Slik jeg ser det er økt kunnskap om dette temaet relevant både for helsepersonell og også andre som kjenner eller kommer i kontakt med

personer med psykisk lidelse, for i best mulig grad å kunne ivareta personer som befinner seg i en vanskelig livssituasjon som følge av psykisk sykdom.

Jeg vil nedenfor først ta for meg metode og begrepsdefinisjoner, jeg tenker da først og fremst på begrepene psykisk lidelse, stigmatisering/stigma og livskvalitet. Videre vil det bli redegjort for enkelte faktorer som kan ha stor innvirkning når det gjelder livskvalitet, jeg har her valgt meg ut arbeid, sosialt nettverk og boforhold da dette er områder som jeg anser som svært sentrale for å kunne skape seg et godt liv. Etter dette vil jeg gå nærmere inn på hvordan livskvaliteten til personer med psykiske lidelse kan påvirkes av eventuell stigmatisering på slike sentrale områder.

Innenfor oppgavens ramme kunne det også vært tatt opp andre spørsmål som jeg har valgt å ikke eller i mindre grad utdype her. Blant annet er begrepene psykisk lidelse, stigma/stigmatisering og livskvalitet ikke utdypende behandlet. Dette ville heller ikke latt seg gjøre i en oppgave av denne størrelsen. Når det gjelder hvordan graden av psykisk lidelse innvirker i forhold til stigmatisering, og skillet mellom ulike former for stigmatisering vil dette kun kort ble nevnt i enkelte sammenhenger der det passer. Oppgaven har tatt forbehold om at personene har blitt riktig diagnostisert og får riktig behandling ut ifra diagnosen.

2.0 Metode

I denne delen vil valg av metode bli belyst. Etterpå vil egen forforståelse for temaet nevnes. På slutten vil jeg ta for meg søkeprosessen og den sentrale litteraturen i oppgaven. Dette gjøres for å gi innsyn i hvilken teori som har gitt grunnlag for drøftingen, og som et grunnlag for å øke oppgavens troverdighet.

2.1 Litteraturstudie

Ifølge Aubert, som referert i Dalland (2010), er metode et hjelpemiddel for å løse utfordringer og komme frem til ny kunnskap. Han beskriver det slik at et hvilket som helst middel som tjener denne intensjonen hører til i arsenalet av metoder (Aubert, ref. I Dalland, 2010, s. 111). Denne oppgaven er basert på litteraturstudie. Bakgrunnen for dette valget er blant annet at jeg ønsker å se helheten av problematikken rundt stigmatisering av personer med psykisk lidelse. En litteraturstudie baserer seg på eksisterende kunnskap, hvor skriftlige kilder blir vurdert i form av kildekritikk som det metodiske redskapet (Dalland, 2010, s.123). Litteraturstudier går

gjørne i dybden av et fenomen. Da det finnes mye litteratur rundt dette temaet anser jeg at det er fruktbart å bruke denne metoden. Utvalget av litteratur har som formål å fremme teoretiske perspektiv og samtidig fremme økt kunnskap rundt temaet for å svare på problemstillingen i best mulig grad.

Både primær- og sekundærlitteratur vil bli benyttet. Ifølge Dalland (2010) er primærlitteratur ny data som forskeren eller forfatteren selv står bak. Sekundærlitteratur inneholder derimot data som er samlet inn av andre enn forfatteren/forskeren selv. Som innhenter av andres studier vil det være viktig å ha et kritisk syn på litteraturvalget. Spesielt dersom det er sekundærlitteratur. Grunnen til dette er fordi sekundærlitteratur allerede har blitt tolket og bearbeidet ut ifra den andre leserens forståelse av primærlitteraturen. Det er derfor større fare for mistolking når den første teksten har blitt bearbeidet flere ganger. For å styrke validiteten og relabiliteten i oppgaven kan det vises til flere forfattere som er enige innen samme område. Validitet står for gyldighet og relevans, mens relabilitet står for pålitelighet (Dalland 2010).

2.2 Forforståelse

Når man skal forske på et tema er det viktig å være bevisst på sin egen forforståelse. Forforståelsen betyr at man allerede har gjort seg opp en mening om hvordan et fenomen er, før man undersøker det (Dalland, 2010, s. 117). Innledningsvis bruker jeg et eksempel på en person som ble stigmatisert av personalet ved et bofellesskap. Som observatør av en slik hendelse ble jeg nysgjerrig og det gav meg inspirasjon til å finne mer ut om fenomenet. Eksempelet hadde opphav i min forforståelse av at stigmatisering kan ha svært negative konsekvenser for personer som er utsatt. Som forsker på temaet ønsker jeg ikke at min forforståelse skal innvirke på oppgavens validitet og relabilitet. Jeg har i størst mulig grad prøvd å holde problemstillingen min nøytral ved eksempelvis å benytte ordet ”påvirke” istedenfor ”konsekvenser”. Dette på grunn av at ordet ”konsekvens” kan virke mer negativt ladd enn ordet ”påvirke”.

2.3 Søkeprosess

Jeg hadde ønske om å finne både norske og engelskskriftlige artikler om temaet. På norsk var søkeordene *psykisk lidelse*, *stigma* og *livskvalitet* de som var mest benyttet. På engelsk var det *mental illness*, *stigma* og *quality of life* som gikk igjen. Ordene ble brukt både hver for seg og

i kombinasjon med hverandre. Søkeresultatene på engelsk viste til mye relevant forskning på temaet, i motsetning til de norske søkeresultatene.

Det første norske søket som ble utført var i databasen Norart, med søkeordet *psykisk lidelse*. Dette resulterte i 41 artikler. Ved en avgrensning til vitenskapelige artikler var det 5 artikler som utmerket seg. Artikkene viste seg å ikke ha særlig relevans i forhold til problemstillingen. Google Scholar var en annen database som ble benyttet. Ved å søke på de tre overnevnte søkeordene sammen og avgrense søket fra år 2000 frem til dags dato, samtidig som sitater ble fjernet, ble resultatet rundt 350 artikler. Utvalgte artikler viste seg å være relevant for temaet. Kjente autoritære organisasjoner eller instanser ble også brukt. Verdens helseorganisasjon [WHO], Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har sentrale bidrag i oppgaven.

Academic Search Premier og Google Scholar har vært de to mest benyttede søkeredskapene, etter engelske artikler. Søkene ble i utgangspunktet begrenset til tidsperioden år 2000-2014 og hvert søk ble avkrysset med "peer reviewed" hvor dette var mulig. Dette betyr at artiklene har blitt kontrollert av en fagfelle for å sjekke kvalitet, aktualitet og relevans (Gjersvik & Ødegaard, 2006). Både den norske og engelske søkeprosessen gav nyttige bidrag til å finne sentral litteratur i oppgaven. Ved å gå igjennom litteraturkildene til enkelte artikler bidro dette til nye søk og funn av sentral litteratur. Denne metoden, som blir kalt "snøball-metoden", har vist seg veldig hjelpefull i denne oppgaven.

2.4 Sentrale bidragsytere

De viktigste bidragene i denne oppgaven har vist seg å være fra;

Patrick, W. Corrigan er professor i psykologi ved *Illinois Institute of Technology*. Før dette var han i 14 år direktør og professor i psykiatri ved *Centrer for Psychiatric Rehabilitation*, ved universitetet i Chicago. Han er redaktør i *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. Patrick er kjent for sin dedikasjon til forskning på stigmatisering av personer med psykiske lidelser og for utvikling av antistigma-program (Illinois Institute of Technology, u.å). Han har en helt sentral rolle i denne oppgaven da hans bidrag har ført til mye kunnskap om stigma og hvordan dette påvirker personer med psykiske lidelser. I denne oppgaven har Corrigan, selvstendig og i samarbeid med andre forfattere bidratt til for eksempel hvordan personer

reagerer på stigma, og de tre områdene som har vist seg å ha størst innvirkning på livskvaliteten til personer med psykisk lidelse.

Verdens helseorganisasjon (WHO) er en autoritær organisasjon som ble etablert i 1948. Formålet med organisasjonen var å ha en global organisasjon som skulle prioritere helseproblemer verden over (Working for health, 2007). Organisasjonen har ansvar for å lage retningslinjer og standarder for å håndtere folkehelse spørsmål, samt å fremme forskning på helse. Dr. Margaret Chan er nåværende direktør for organisasjonen (WHO, u.å). WHO sitt bidrag i denne oppgaven har først og fremst vært *WHOQOL – Measuring Quality of Life* (1997). Der representeres det en modell som tar for seg fundamentale faktorer som kan ha innvirkning på livskvaliteten. Denne modellen sammen med Corrigan sin påstand om tre forhold som mest blir påvirket av stigmatisering har dannet grunnlaget for drøftingen.

Folkehelseinstituttet er et nasjonalt organ som er underliggende helse- og omsorgsdepartementet. Med oppgaver som skal bedre folkets helse og livskvalitet, samt forebygge sykdom og helseskade, har deres arbeid relevans i forhold til stigmatisering av psykisk lidelse. I denne oppgaven har de bidratt med for eksempel følgende rapporter; *Psykisk helse i Norge – tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (2011) og *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (2009). *Psykisk helse i Norge – tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* - er blant annet ett bidrag som har gitt informasjon om norske tall for forekomst av psykisk lidelser i Norge sammenlignet med andre land i verden.

3.0 Psykisk lidelse og livskvalitet

I denne delen av oppgaven vil det bli belyst hva psykisk lidelse er, forekomst og levekår. Denne gjennomgangen har som formål å gi en forståelse av hva en psykisk lidelse innebærer, hvor normalt det er å ha en psykisk lidelse og hvor stor innflytelse den kan ha på den enkelte som lider av dette.

3.1 Hva er psykisk lidelse?

”Å lide psykisk er ikke det samme som å ha en psykisk lidelse. Å lide psykisk kan være et sunnhetstegn, mens en psykisk lidelse oppleves som fravær av sunnhet.”

(Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s.28).

Det er en glidende overgang mellom psykisk plage og psykisk lidelse, men psykiske plager kan gjerne være en belastning for den personen som er utsatt for det. Derimot må symptomene tilfredsstille kriteriene for den enkelte diagnosen, for at man skal få en diagnose innenfor psykiske lidelser (Major, 2013). En fellesnevner for alle psykiske lidelser er at det påvirker følelser, atferd, tanker, væremåte og omgang med andre (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 15; Major, 2013). World Health Organization (2013) beskriver psykisk lidelse som en av de mest betydningsfulle offentlige helseutfordringene Europa har i dag, dersom man måler det ut fra prevalens, sykdomsbyrde og uførhet (s.6).

ICD-10 og DSM-IV er de to diagnosemanualene som er mest anerkjente i verden. WHO står for utredningen av ICD-10, som er den diagnosemanualen som blir brukt i Norge. American Psychiatric Association står for DSM-IV og blir brukt i USA og utenfor Europa. Disse diagnosemanualene blir brukt til å gi oversikt over kjennetegn og kategorisering av de ulike psykiske lidelsene (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 15). Den psykiatriske diagnostiseringspraksisen har blitt sterkt kritisert for å ha fokus på det negative ved personen og ikke ressursene (Bakken & Eknes, 2008, s.64). Særlig fra psykoanalytisk hold har kritikken stått sterkest, dette fordi de mener at diagnostiseringspraksis har medført en stigmatisering av hele grupper av mennesker som har samme diagnose, spesielt innenfor schizofrenispekteret (Bakken & Eknes, utredning og diagnostisering). Derimot viser flere til at diagnostisering av psykiske lidelser er nødvendig for å kunne forske på temaet. Forskning er en positiv og verdifull virksomhet som gir forutsetning for å fremme helse (NOU, 2005:1, 2004).

3.2 Forekomst

Ifølge statistisk sentralbyrå, er psykisk lidelse i dag den vanligste diagnosen som blir gitt av fastlegen (Statistisk Sentralbyrå, 2006). Rundt 12% av diagnosene som bli satt, er psykiske problem eller lidelser. Dette kommer før betennelser, luftveisinfeksjoner, lokale smerter og hjertesykdommer (Statistisk Sentralbyrå, 2006). Det blir estimert at rundt halvparten av befolkningen kommer til å ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og at omtrent 1/3 av befolkningen har hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året (WHO, 2013). Det norske folkehelseinstituttet har i en rapport sammenlignet norske og internasjonale undersøkelser når det gjelder forekomsten av psykiske lidelser. Denne rapporten viser til varierende grad av forekomst i ulike land og verdensdeler. Årsaken til forskjellen mellom landene og

verdensdelene kan for eksempel være kulturelle forskjeller i forhold til plager og symptom. Samtidig kan feilkilder forekomme under oversettelse, eller det gjøres en ulik tolkning av undersøkelsesskjemaene, og dette kan gjøre at resultatene ikke uten videre kan brukes på kryss av lands- og verdensdeler (Mykletun & Knudsen, 2009). Derimot viser en rapport fra folkehelseinstituttet at Norge er et av de landene med lavest forekomst av psykiske lidelser sammenlignet med Europa for øvrig (Clench-Aas, Rognerud, & Dalgard, 2009). Undersøkelsen fra folkehelseinstituttet viser til angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser som de tre vanligste psykiske lidelsene i befolkningen (Mykletun & Knudsen, 2009). WHO mener at psykiske lidelser er uløselig knyttet til menneskerettighetsspørsmål. Enkelt personer og familier berørt av psykiske lidelser opplever intens og gjennomgripende diskriminering, stigmatisering og brudd på menneskerettighetene (WHO, 2004).

4.0 Stigma

Denne delen tar for seg begrepet stigma, prosessen av stigma og på hvilken måte personer med psykisk lidelse blir stigmatisert.

4.1 Stigma som begrep

Ordet *stigma* kommer fra oldtidens grekere, som brukte visuelle hjelpemidler på personer for å avsløre noe usedvanlig og dårlig ved den enkeltes moralske status. Tegnene ble skåret eller brent inn i kroppen for å merke at bæreren var kriminell, slave eller forræder (Goffman, 1963). Selve begrepet stigma har blitt brukt og definert noe forskjellig, men felles for definisjonen er antakelsen om at personer som blir utsatt for stigmatisering har et kjennetegn eller særmerke som gjør at de blir vurdert som annerledes på en devaluerende måte (Link & Phelan, 2001). Link og Phelan (2001) kritiserer hvordan ulike forskere (psykologer, sosiologer, antropologer mfl.) har definert stigmabegrepet forskjellig. De mener at konseptualisering av begrepet har blitt for vidt mellom fagdisiplinene grunnet forskjellig interessebakgrunn. Men på den annen side mener de at det må være rom for å variere begrepet så lenge det er klart hva som er ment med stigma når ordet blir brukt. (Link & Phelan, 2001, s.365). Sosiologen Goffman deler grunnlag for stigma opp i tre typer;

(...) Først er det fysisk misdannelse – ulike deformasjoner av kroppen. Neste er avvikende individuell karakter oppfattet som viljessvakhet, dominerende eller unaturlige lidenskaper, forræderske og rigid tro, uærlighet, *psykisk lidelse* (...). Til slutt er det grupper av rase, nasjon og religion, hvor stigma kan overføres til alle medlemmer av samme gruppe eller familie.” [kursiv er tilføyet] (Goffman, 1963, s. 14, egen oversettelse).

Corrigan deler stigmabegrepet inn i to deler, offentlig stigma og selvstigma. Offentlig stigma handler om vanlige stereotyper som den generelle befolkningen holder. Selvstigma er stigmaet som en person påfører seg selv som fører til selvdiskriminering (Corrigan, Powell & Rüsch, 2012). Selvstigma kan deles opp i fire prosesser som er avhengig av hverandre. (1) Først må man bli bevisst på de fordømmene og stereotypene som samfunnet har om et fenomen. (2) Deretter være enig i fordømmene som foreligger. (3) Klandre seg selv for de negative fordømmene og bruker dette imot seg selv. (4) Dette fører til slutt til redusert selvtillit og selvfølelse.

4.2 Stigma av psykisk lidelse

Dersom en person er bærer av et merke eller en attributt som ikke er ”normalt” i majoritetens øyne, vil det ifølge Goffman (1963) kunne rettferdiggjøre diskriminering og devaluering av personen på en umenneskeligjørende måte. Corrigan (2004) mener at stigmatisering skjer på bakgrunn av stereotypi, fordom og diskriminering. Stereotypi er en forenklingsprosess hvor man generaliserer en gruppe mennesker på bakgrunn av kjennetegn eller egenskaper som denne gruppen har, selv om dette ikke stemmer med virkeligheten. (Store norske leksikon, u.å). Holdningene og fordømmene rettet mot personer med psykiske lidelser er forskjellige ut i fra sykdommens alvorlighetsgrad. Personer med mer alvorlig psykisk lidelse opplever en sterkere grad av stigma sammenlignet med lettere lidelser (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004). I en undersøkelse gjort i Finland, kom det frem negative stereotypiske ord som blir assosiert med personer med psykisk lidelse. Disse ordene var; uberegnelig og farlig, uansvarlig, barnslig eller umoden og udugelig. (Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K., 2011). Dette kan bekrefte Angemeyer og Dietrich sin påstand om at personer med psykiske lidelser blir omtalt som farlige og uforutsigbare (2006). Schizofreni er en av de lidelsene som blir mest omtalt som farlig (Dybvig, Johannessen, Kjær, Lyngstad & Thorsen, 2004). I 2004 viste det seg ingen økning i drap i Norge de siste ti årene, selv om det er et økt

antall innleggelse med psykiske lidelse (Dybvig et al.,2004). Det er rundt 40 000 personer i Norge med diagnosen schizofreni, hvorav rundt 3-4 drap i året begås av en person med schizofreni. Dette tilsvarer en tidels promille (Dybvig et al.,2004).

Halvorsen (2002) mener at kategorisering er nødvendig for å finne mening i verdenen vår, men at begrepene vi bruker kan ha betydning for hvordan man oppfatter fenomenet. Som følge av fordommene kan diskriminerende handlinger legitimere økt preferert avstand fra personer med psykisk lidelse (Corrigan, 2004). Corrigan mener også at stereotypering, fordommer og diskriminering kan frarøve personer med psykisk lidelse muligheter til å oppnå mål som de har i livet. Med dette mener han at stigmatiseringen kan påvirke personens muligheter til å skaffe seg og beholde jobb, venner og bosted (1998). Dersom man ser tilbake på WHO sin modell, er disse tre forholdene noe som kan påvirke en persons livskvalitet (figur 1.). Med utgangspunkt i dette vil drøftingen utdype disse forholdene og hvordan stigma påvirker en person på disse arenaene.

Corrigan og Watson (2002) tar for seg hvordan personer som blir stigmatisert reagerer på forskjellige måter. Enkelte kan reagere med lavere selvtillit og selvbilde eller sinne, men det har også vist seg at noen reagerer med likegyldighet. Faktisk mener de at enkelte grupper som blir stigmatisert har høyere selvbilde enn den generelle befolkningen. Corrigan og Watson (2002) mener også at å reagere med sinne er en sunn psykologisk reaksjon som motvirker den negative effekten som stigma har i utgangspunktet. Dersom personene føler at de fordommene som omtales om sin gruppe er usanne eller urettferdige vil dette føre til sinne. Dette kan føre til en sterkere selvtillit fordi sinnet skaper en positiv selvoppfatning. Men dersom man ikke identifiserer seg med gruppen fører dette til likegyldighet overfor stigmatiseringen.

4.3 Avstigmatisering

I mange land er det laget anti-stigmaprogrammer, men ikke enda i Norge (Dybvig, 2004, s.13). Disse programmene tar for seg diskriminerende holdninger i samfunnet rettet mot media, politikk og helsevesenet for å få til endringer. En undersøkelse gjort av Corrigan et al. (2001) viste seg at kontakt, kunnskap og protest kan innvirke på samfunnets holdninger om personer med psykiske lidelser. Kunnskap gjennom å direkte avkrefte myter om personer med psykiske lidelser, opp imot fakta, viste seg å ha en betydelig innvirkning på holdningene til

samfunnet. Kontakt hadde også en betydelig innvirkning på den målrettede studiegruppen (psykosser og depresjon). Til slutt viste protest ingen betydelig grad av holdningsendringer. Selv om dette er sagt, så viser Corrigan et al. (2001) til at det likevel kan tenkes at protest kan ha en form for langtidsvirkning, altså at personer med psykiske lidelser møter langt mindre stigma i dag, på grunn av protest. Det er viktig å understreke at dette er bare antakelser, da det finnes lite studier på det området. En av grunnene til dette kan være at det er utfordrende og komplisert å forske på virkningen av protest. Dybvig et al. (2004) mener at kunnskap, kontakt og protest kan sammen ha store muligheter til å bekjempe stigma. En av de mest alvorlige fordommene om personer med psykiske lidelser er, som nevnt tidligere, at de er farlige. Dybvig et al. (2004, s. 27) skriver:

To argumenter i denne debatten er verdt å merke seg. Det ene er at det store flertallet av pasienter har fått en bedre livskvalitet, og det andre er at noen få har fått en vanskeligere situasjon. Det første er for så vidt greit, men det andre reiser spørsmål som streifer problemstillingene stigma, farlighet og livskvalitet. Livskvalitet henger sammen med bl.a. bolig, økonomi, arbeid, sosialt fellesskap og helse. Når vi snakker om farlige pasienter, er det mest sannsynlig at det er de som mangler disse viktige elementene i livet som representerer en fare for omgivelsene.

Dette viser til en klar sammenheng mellom stigma, psykiske lidelser og livskvalitet og viktigheten av å få frem dette på dagsordenen.

5.0 Levekår og livskvalitet

I en undersøkelse av levekår for personer med psykisk lidelse gjort av Norsk institutt for by- og regionforskning, viste det seg at personer med psykiske lidelser har dårligere levekår enn befolkningen generelt (Myrvold, Berglund & Helgesen, 2008). For å vurdere levekårene til befolkningen kan man skille mellom individualistisk og paternalistisk syn på levekår. Det individualistiske synet baseres på subjektive meninger om hver enkeltes vurdering av gode og dårlige levekår. Det paternalistiske synet lar en overordnet instans avgjøre hva som regnes som relevant for å vurdere levekårene (Myrvold, Berglund & Helgesen, 2008). En av de største utfordringene til personer med psykiske lidelser er å skaffe seg eller beholde bolig, arbeid og venner (st.prp.nr.63,1998; Corrigan 2004).

Psykiske lidelser og plager kan føre til nedsatt livskvalitet grunnet redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid (St. meld nr.16, 2010-2011).

Individets opplevelse av sin posisjon i livet vil variere, i forbindelse med kultur- og verdisystemer der de bor og i forhold til sine mål, forutsetninger, standarder og bekymringer. Det er et stort omfang rundt konseptet, som komplekst påvirkes av personens fysiske helse, psykiske tilstand og grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, personlige overbevisning og dens relasjoner til fremtredende trekk ved ens miljø. (WHO, 1997, s. 1., egen oversettelse)

Denne definisjonen kan være ganske omfattende, men uttrykker at forståelsen av begrepet livskvalitet er ganske komplekst. Definisjonen av begrepet blir påvirket av en persons faglige ståsted. Ulike fagpersoner har definert livskvalitet forskjellig, men ifølge Goode innebærer god livskvalitet å ha god helse, subjektiv følelse av velvære og livstilfredshet (ref. i Albrecht & Devlieger, 1999, s.978). Dersom man sammenligner disse to definisjonene, vil man se enighet i form av at livskvalitet vurderes ut i fra den enkeltes egen opplevelse av kvalitet i livet på ulike arenaer. Videre deler WHO begrepet livskvalitet bestående av seks deler, i undergrupper (se figur 1).

1. Fysisk helse	Energi og utmattelse Smerte og ubehag Søvn og hvile
2. Psykisk helse	Kroppslig bilde og utseende Negative følelser Positive følelser Selvfølelse Tanker, læring, hukommelse og konsentrasjon
3. Grad av selvstendighet	Mulighet for mobilisering/transport Dagligdagse aktiviteter Avhengighet av medisin og/eller medisinsk utstyr Arbeidskapasitet
4. Sosialt nettverk	Personlige relasjoner Sosial støtte Seksuell aktivitet

5. Miljø	Økonomiske ressurser Frihet, fysisk trygghet Helse- og sosialfag: Tilgjengelighet og kvalitet Boforhold Mulighet for anskaffelse av informasjon og ferdigheter Deltakelse i og mulighet for fritid Fysiske omgivelser (forurensing/støy/trafikk/klima/transport)
6. Religion/trosretning	Personlig trosretning, religion eller åndelighet

Figur 1. World Health Organization sin modell for livskvalitet (1997, s. 3-4).

Denne figuren er utgangspunktet for drøftingen av livskvaliteten til personer med psykisk lidelse som blir stigmatisert.

Det er kjent at psykisk lidelse ikke bare medfører en psykisk belastning, men at psykisk lidelse også kan forårsake somatiske lidelser. Det er bevist at personer med psykisk lidelse i gjennomsnitt lever 20 år kortere enn befolkningen for øvrig, grunnet større risiko for hjerte og karsykdommer, kreft, diabetes og selvmord (WHO, 2013). Det er også vist at personer som lider av kroniske somatiske sykdommer har større sjanse for å få depresjon, denne forblir ofte udiagnostisert og er assosiert med høyere dødelighet (WHO, 2013). Sammenlignet med andre diagnoser er psykisk lidelse den diagnosen som forårsaker flere tapte arbeidsår enn noen annen diagnosegruppe (Helsedirektoratet, 2012, s.113).

På bakgrunn av disse funnene må det kunne hevdes at det i fremtiden vil bli enda viktigere, ikke minst for helsepersonell, å prøve å få belyst hvor viktig det er at personer med psykiske lidelser i så minimal grad som mulig utsettes for stigmatisering. Hvordan en har det psykisk kan henge sammen også med hvordan man har det fysisk, og hvordan en trives i hverdagen vil også påvirke livskvaliteten.

6.0 Hvordan påvirker stigma livskvaliteten til personer med psykisk lidelse?

Dersom man ser på WHO sin modell for livskvalitet er psykisk helse et av fundamentene for god livskvalitet (se figur 1.). Dette fremstår naturlig, at god psykisk helse er en av forutsetningene for opplevelsen av å ha det godt i livet. Personer som lider av en psykisk lidelse kan således allerede der ha et grunnlag for dårligere livskvalitet sammenlignet med psykisk «friske» personer. Samtidig har det kommet frem at stigma kan påvirke andre aspekter ved livskvaliteten til personer med slike lidelser, det vil si andre aspekter enn det i seg selv å leve med en psykisk lidelse. Corrigan mener for eksempel at stigmatisering påvirker personers muligheter til både å skaffe seg og beholde jobb, samt venner og bosted (1998). På den måten kan man hevde at personer med psykiske lidelser har en dobbelt byrde. De må forholde seg til selve sykdommen, men også til stigmatiseringen som følge av hvordan sykdommen manifesterer seg. Med bakgrunn i Corrigan (1998) sin påstand om at stigmatisering påvirker mulighetene til å skaffe seg og beholde jobb, venner og bosted, vil det her bli sett nærmere på hvilken betydning dette kan ha.

6.1 Arbeid

Arbeid er en faktor som kan ha stor innvirkning på en persons livskvalitet. Arbeid kan gjerne relateres til å gi mening, økt selvfølelse, gi økonomisk trygghet og mestring (Næs & Clench-Aas, 2011). Dette vil i utgangspunktet gjelde uavhengig av en persons psykiske helse. Når det så gjelder personer med psykisk lidelse finnes det en relativt høy forekomst av arbeidsledighet og arbeidsudyktighet i form av uførepensjon blant disse. Den nest vanligste årsaken til sykefravær er psykiske lidelser, og arbeidsledighetsraten er fem ganger så høy for personer med psykisk lidelse, sammenlignet med personer som ikke har en lidelse (Ose, Kaspersen, Jensberg, Kalseth & Lilleeng, 2009). I dette perspektivet fremstår det klart at psykisk lidelse kan ha en negativ innvirkning på arbeidsmulighetene til den enkelte.

Samtidig viser personer med psykiske lidelser ofte store ønsker om å skaffe seg jobb (Schafft, 2008). I slike tilfeller kan stigmatisering være til hinder for å oppnå sitt ønske om arbeid. En undersøkelse gjort av Corrigan, Powell & Rüsich (2012) tok for seg hvordan stigma kunne virke inn på arbeidsmulighetene til personer med psykisk lidelse. Undersøkelsen viste at personene gjennomgående lider både av offentlig stigma og selvstigma. Selvstigmaet kan påvirke en persons egne tanker om sin tilhørighet på en negativ måte. Et eksempel kan være

at vedkommende tenker at han ikke er god nok for den aktuelle jobben og av denne grunn velger å la være å søke på stillingen, noe som igjen fører til at den aktuelle jobbmuligheten går tapt (Corrigan, Powell & Rûsch, 2012).

De offentlige stigmaene førte gjerne til diskriminering i form av at personer med psykisk lidelse ikke fikk stillingen som de søkte på (Corrigan, Powell & Rûsch, 2012). Ose et al., (2009) viser til samme antakelser som Corrigan, Powell og Rûsch. De fremlegger at grunnen til diskriminering fra arbeidsgivers side kan være frykt for større utgifter, mer ansvar for arbeidsgiver selv og produksjonstap.

Det er imidlertid viktig å huske på at i tilfeller hvor en person med psykisk sykdom ikke får jobben han ønsker seg, eller ikke klarer å holde på en jobb han allerede har, så betyr ikke dette uten videre at det har skjedd en stigmatisering i prosessen. Dette kan illustreres ved hjelp av et eksempel. Dersom en person med diagnosen schizofreni blir oppsagt fra sin stilling fordi vedkommende kommer en time for sent på jobb tre ganger i uken, så er ikke denne personen annerledes stilt enn andre i denne sammenheng. Uavhengig av personens psykiske helse vil en arbeidsgiver naturlig nok reagere på at en ansatt regelmessig kommer for sent til arbeidstids start.

Et annet eksempel tilknyttet ansettelsesprosessen viser hvordan stigmatisering kan gjøre seg gjeldende i arbeidssammenheng. Dersom to personer som søker på en stilling i utgangspunktet har like forutsetninger i forhold til utdanning, erfaring og meritter, kan det foreligge stigmatisering i et tilfelle hvor den ene av søkerne er psykisk syk og stillingen besettes av den andre. Dette forutsetter at den potensielle arbeidsgiveren, gjennom bevisst informasjon eller tilfeldig, er kjent med den ene søkerens lidelse og lar dette være en avgjørende faktor i forhold til hvem som skal tilsettes.

Ovennevnte samsvarer med funn gjort av Corrigan, Powell og Rûsch. De fremlegger at det har vist seg å foreligge en sammenheng mellom senere avsløring av den psykiske lidelsen og ansettelser i jobbsammenheng (Corrigan, Powell & Rûsch, 2012). Med dette menes at personer som tidlig i ansettelsesprosessen avslører den psykiske sykdommen har større fare for å ikke bli ansatt, nettopp fordi deres psykiske lidelse da blir kjent og legges til grunn.

Opplevelsen av å stå utenfor arbeidslivet må uansett kunne sies å påvirke den psykiske helsen, slik Ytterdahl og Fugelli fremhever (2000). De viser også til at personer som er langtidsarbeidsledige opplever redusert psykisk velvære og fysisk helse. Dersom man ser dette i sammenheng med WHO sin modell for livskvalitet (figur 1.), vil psykisk velvære virke inn på en persons livskvalitet på samme måte som fysisk helse, selv om det her nødvendigvis vil foreligge gradforskjeller.

Når arbeid således anses svært viktig for den enkeltes velvære, vil det nødvendigvis ha stor betydning dersom stigmatisering fører til at man ikke lykkes på dette området, eller at man får en opplevelse av å ikke lykkes. Dersom stigmatisering som negativ faktor kan begrenses, om ikke utelukkes, i denne sammenheng, må dette nødvendigvis kunne gi personer med psykisk lidelse et bedre utgangspunkt i jobbsammenheng. Et annet forhold er at arbeidsplassen kan være en arena for å skape seg og utvide et sosialt nettverk. Sosialt nettverk er en annen arena som har vist seg å spille en sentral rolle for livskvaliteten til mennesker med psykiske lidelser.

6.2 Sosialt nettverk

Forskning viser videre at personer med psykiske lidelser gjennomgående har et lite nettverk og ofte også dårlig kvalitet på det nettverket de har. Et dårlig sosialt nettverk har igjen en innflytelse på psykisk helse, i den forstand at den psykiske helsen kan bli forverret av at man ikke har et adekvat nettverk å forholde seg til. Blant annet Fyrand (2008) fremhever at det å ikke ha et godt nettverk kan være både sykdomsskapende og sykdomsvedlikeholdende.

Ovennevnte kan forstås slik at et godt nettverk da kan bidra til å avhjelpe en persons psykiske sykdom, det vil si å gjøre sykdommen lettere å håndtere i hverdagen. Det kan her nevnes at et godt nettverk ikke er ensbetydende med å ha mange venner, på samme måten som et dårlig nettverk ikke trenger å bety at man har få eller ingen venner. I følge Fyrand vil kvaliteten på nettverket og hvilken betydning personene har i livet til den enkelte være avgjørende (Fyrand, 2008). Hvorvidt et lite nettverk eller dårlig kvalitet på nettverket er den mest avgjørende faktor vil nødvendigvis variere alt ut i fra hvilken psykisk lidelse det er snakk om og hvordan dette oppleves for vedkommende. Noen vil nok profitere på å ha mange nok folk rundt seg, slik at det er noen til stede i livet som kan svare på telefonen og/eller stille opp «der og da», mens andre vil ha størst utbytte av at interaksjoner med nettverk/nærstående innebærer at de føler seg sett og forstått i tilstrekkelig grad.

På denne bakgrunn kan det spørres om det å bli utsatt for stigmatisering vil gjøre det mer utfordrende å skape seg og beholde et adekvat nettverk. Dersom psykiske lidelser fører til et preferert ønske om å holde større avstand, kan dette legitimere antakelsen om at det å ha en slik lidelse kan føre til et dårligere sosialt nettverk. Med dette menes at når andre er kjent med en persons psykiske lidelse, kan de nettopp av denne grunn velge å holde avstand til eller helt velge bort samvær med personen som har en lidelse. Da kan man lett tenke seg at livskvaliteten for personen som er psykisk syk blir forringet av selve stigmatiseringen, eksempelvis slik at «dette orker vi ikke å forholde oss til, det er for krevende».

Goffman (1963) uttrykker at en måte å takle stigmatisering på er at den som har en psykisk lidelse unngår situasjoner hvor dette fenomenet kan gjøre seg gjeldende. Det vil si at personer med psykisk lidelse unndrar seg eller helt isolerer seg fra sosiale settinger hvor de kan risikere å bli utsatt for stigma. I denne sammenheng kan man spørre seg om dette ansvaret bør påligge personen selv som har en lidelse, og om det vil være tilstrekkelig i enkelttilfeller å kunne velge bort situasjoner som gjør at man kan bli utsatt for stigma. Dette er et spørsmål som det er svært vanskelig å svare på; ulike variabler vil innvirke ulikt for personene det gjelder, og psykisk syke er som oss andre sjef i eget liv når det gjelder valg som foretas. Selv om det selvfølgelig, avhengig av den aktuelle lidelse, kan diskuteres hvorvidt man er i stand til å foreta et kvalifisert valg i en slik situasjon.

Slik påpekt ovenfor i forhold til arbeid, må det kunne hevdes at også muligheten for å skape seg og beholde et sosialt nettverk i sterk grad kan bli ekstra påvirket av at personen i tillegg til andre utfordringer utsettes for stigma. I forlengelsen av dette må det også kunne hevdes at det vil være av stor betydning for livskvaliteten til personer med psykisk lidelse at stigmatisering i størst mulig grad kan unngås eller minimaliseres. En tredje faktor har også vist seg å være sårbar for den innvirkning som stigma kan representere, nemlig boforhold/bosituasjon.

6.3 Boforhold

Å ha en bolig kan gi trygghet og stabilitet for hvem som helst. For personer som lider av psykiske lidelser vil dette naturlig være enda viktigere enn for andre, siden disse personene som regel har en rekke andre ustabile faktorer til stede i livet sitt. Jo mer ustabile faktorer ellers, jo viktigere at de «store tingene» i livet er på plass, som eksempelvis å ha tak over hodet.

Statistikk og forskning viser at personer med psykiske lidelser ofte har en historie med ustabile boforhold preget av eksempelvis hyppige flyttinger og avbrudd i boligforhold på grunn av innleggelse i institusjon (Hansen, 2006). Disse personene strever ofte på viktige områder i livet, så også når det gjelder å ha en evne til å bo og det å kunne ivareta et boforhold. Mange utleierye kan på denne bakgrunn være skeptiske til å leie ut til personer med psykiske lidelser, slik påpekes av Corrigan som viser til at personer med psykiske lidelser opplever å bli stigmatisert og diskriminert av huseiere som skal leie ut boligene (Corrigan, 1998). En undersøkelse gjort av El-Badri og Mellsoy (2007) viste at rundt 58 prosent av personer med psykiske lidelser valgte å unngå å nevne lidelsen til husverter fordi de bekymret seg for at informasjonen kunne bli brukt imot dem.

På bakgrunn av ovennevnte kan man skille mellom situasjonen hvor den psykisk syke faktisk ikke mestrer å bo selvstendig, det vil da være forståelig at potensielle husverter er skeptiske, og situasjonen hvor vedkommende blir forhåndsdomt ut i fra hvilke boligmessige utfordringer personer med tilsvarende lidelser kan ha. En forhåndsdomning som nevnt vil innebære en stigmatisering av personen som søker leie, og kan også oppleves urettferdig av akkurat denne personen som kanskje ikke har noen problemer når det gjelder det å ivareta et leieforhold. Det kan videre hevdes at dersom man som person «faller igjennom» i forhold til det å kunne skaffe seg en bolig, vil dette kunne oppleves svært nedverdiggende i og med at det er få kriterier som skal oppfylles på dette området sammenlignet med eksempelvis en jobbsøkerprosess. Det vil generelt fremstå mer forståelig å streve med å skaffe seg jobb enn å streve med å skaffe seg bolig (da sett bort i fra økonomiske forhold). Slik sett vil stigmatisering på dette området kunne representere en stor utfordring og i ytterste konsekvens være svært ødeleggende for den som utsettes for det.

Stigmatisering i forhold til boforhold trenger imidlertid ikke å være knyttet til det å på eget initiativ skaffe seg eller behold bolig. Blant annet har de enkelte kommuner hjelpe tilbud for dem som har utfordringer på dette området, for eksempel de som har en psykisk lidelse. Det kan være stor variasjon når det gjelder hjelpe tilbud fra kommunen på dette området. Enkelte personer med psykisk lidelse trenger daglig og omfattende hjelp, og noen er avhengig av tilsyn nesten hele døgnet. Andre igjen har minimalt hjelpebehov til sammenligning. Hansen (2006) gjorde en undersøkelse om bosituasjonen til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. Hun viser her til at for noen tjenestemottakere er botilbudet bare midlertidig

og det er da viktig å vektlegge hjelpetilbudet som et ”dytt i riktig retning” mot et mer selvstendig liv.

På den annen side finnes det andre som trenger et mer langvarig tilbud, hvor det tilstrebes å tilrettelegge for et varig/permanent hjem slik at stabilitet og trygghet i livet er hovedfokus. Dette viser at personer med psykiske lidelser også er unike på hver sin måte, og at deres hjelpebehov må tilrettelegges ut i fra hva som er best for den enkelte dersom tiltaket skal være hensiktsmessig og fungere slik tiltenkt. Hansen (2006) presiserer også at ensomhet og isolasjon er noen av utfordringene som enkelte tjenestemottakere kan lide av. Boforhold vil her spille en sentral rolle. Det å motta helsetjenester eller å bo i en kommunal bolig kan på sin måte være negativt. For eksempel kan personer i nabolaget kjenne til enkeltheter ved leieforholdet i den forstand at de de har kunnskap om at dette er personer som mottar tjenester fra kommunen. Lyngstad (2000) forteller om en episode som skjedde i Telemark for ikke mange år siden;

Sykehusets vertskommune ønsket å etablere et døgnbetjent, vernet botilbud for bostedsløse dobbeltdiagnosepasienter ved å leie våningshuset på en fylkeskommunalt eid gård nær sykehuset. Sykehusledelsen og fagmiljøet ved psykiatrisk avdeling var positive til tiltaket og så klart det store, nærmest livreddende, behovet pasientene hadde for en ordnet bolig. Imidlertid var fylkeskommunen på samme tid i gang med å selge ut jordveien på gården til boligtomter. Tomtekjøpere truet med å trekke seg, og avisene hadde krigsoverskrifter. Det hele endte med at tiltaket ble avvist av fylkesledelsen (...) Botiltaket ble ved dette forsinket ca. ett år.

Denne historien illustrerer hvilke konsekvenser stigmatisering kan føre til i situasjoner hvor man benytter seg av et hjelpetilbud. I dette konkrete tilfellet førte tomtekjøpernes reaksjoner til at det boligmessige hjelpetilbudet til dobbeltdiagnosepasienter ble utsatt, med de konsekvenser dette måtte innebærer for disse personene.

Slik jeg ser det vil det å oppleve stigmatisering i forhold til sin bosituasjon, på den måten at stigma innvirker eller blir avgjørende på dette område, kunne være spesielt sårbart for personen det gjelder. Det må av denne grunn kunne hevdes at boforhold er et område hvor det er svært viktig å være oppmerksom på hvordan eventuell stigmatisering gjør seg gjeldende, slik at det i best mulig grad kan la seg gjøre å begrense tilstedeværelsen og effekten av dette

fenomenet. Som nevnt ovenfor er arbeid og sosialt nettverk også viktige områder, og disse tre områdene sett i sammenheng, må kunne sies å ha en desto større innvirkning for livskvaliteten til personer som etter all sannsynlighet allerede strever på andre måter.

6.4 Oppsummering av hvordan livskvaliteten til personer med psykisk lidelse kan bli påvirket av stigmatisering

Slik vi har sett ovenfor vil viktige faktorer som arbeid, sosialt nettverk og boforhold ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. Dette vil i større grad gjøre seg gjeldende når personen har en psykisk lidelse, og i tilfeller hvor den psykisk syke blir – eller opplever å bli – stigmatisert, i desto større grad. Livskvalitet og stigmatisering er slik tidligere nevnt begreper som det er vanskelig å definere helt eksakt. Det kan til en viss grad finnes objektive normer for god livskvalitet, men det avgjørende i denne sammenheng vil likevel være hvordan personen selv oppfatter det som skjer. Når dette er sagt er det samtidig viktig å huske på at hvis «trykket er stort nok» vil det være vanskelig å skjerme seg fra dette, uavhengig av hvor sterk man er som person. Her kan man for eksempel bruke media som eksempel. Dersom det regelmessig i media fremheves hver gang en person med diagnosen schizofreni har vært innblandet i vold/drap og lignende, så vil dette lett kunne føre til en antakelse om at alle som er diagnostisert schizofrene potensielt sett kan være farlige.

På den annen side kan man hevde at dette er et svært forenklet bilde av virkeligheten. Er det ikke slik at både samfunnet og enkeltindividet er i stand til å tenke selv, at enkeltpersonen er så intelligent/reflektert at vedkommende kan gjøre seg opp sin egen vurdering uavhengig av hva som ellers presenteres? Dette representerer en interessant problemstilling. De fleste av oss fungerer slik at vi kan ha et relativt distansert forhold til situasjoner som vi ikke selv har opplevd. Vi kan selv velge hvordan vi vil forholde oss til situasjoner som vi hører og leser om, vi kan velge hvilket standpunkt vi vil ta i denne forbindelse (På den annen side kan det fremheves at dersom et bestemt forhold nevnes/påpekes for oss tilstrekkelig mange ganger, så vil dette sette sine spor uavhengig av hvilken oppfatning vi i utgangspunktet hadde). Men det kan tenkes at vi legger listen vel høyt dersom vi antar at vi uten videre kan ta høyde for de utfordringer som stigmatisering representerer, i og med at dette er et tema som er blant annet både komplekst og dynamisk i den forstand at en mengde variabler påvirker.

Jeg vil tillate meg å hevde at dersom man kunne isolere stigmatisering som årsaksfaktor i forhold til forringet livskvalitet, så ville det også være mulig å ta høyde for dette og jobbe

aktivt for å bedre livskvaliteten for personer med psykisk lidelse. Dette ville nødvendigvis innebære en erkjennelse av at stigmatisering har en stor betydning på noen viktige områder i livet, slik nevnt ovenfor, og at man videre aksepterer den dypere betydning stigmatisering på disse områdene kan ha dersom man ser de i sammenheng.

7.0 Avslutning

Fremstillingen ovenfor viser at stigmatisering kan ha negativ innvirkning på viktige områder i livet som har betydning for livskvalitet. Samtidig er det slik at det vil være individuelt, og variere fra person til person, hvordan stigmatisering oppleves og i hvilken grad dette virker inn. Stigmatisering er også bare ett av de forholdene som berører og påvirker de som har psykiske lidelser. Som nevnt vil selve lidelsen føre med seg ulike aspekter og utfordringer, som vil være til stede uavhengig av om man også blir utsatt for stigma. Det kan således innebære en utfordring å skille stigmatisering som mulig årsak til forringet livskvalitet, fra andre årsaksfaktorer. På denne bakgrunn vil det være vanskelig å gi et entydig svar på hvilken betydning selve stigmatiseringen har for livskvaliteten til den enkelte.

Det må likevel kunne hevdes at det å bli utsatt for stigmatisering i mange tilfeller kan føre til svært forringet livskvalitet, sammenlignet med situasjonen dersom dette ikke skjedde. Dette vil spesielt gjelde dersom personer med psykisk lidelse blir stigmatisert fra «flere kanter» samtidig, for eksempel både av samfunnet, helsepersonell og enkeltpersoner. Å fjerne stigma helt i samfunnet må kunne sies å være en bortimot umulig og i hvert fall svært tidkrevende oppgave. Økt kunnskap om og forståelse for temaet vil likevel være svært viktig, og slik jeg ser det også nødvendig, for at stigmatisering skal gjøre seg gjeldende i mindre grad.

Etter min mening vil helsepersonell her ha et stort ansvar i behandlings- og oppfølgingssituasjoner. Helsepersonell arbeider tett på tjenestemottakerne, og det er grunn til å anta at det også kan oppleves ekstra belastende for den psykisk syke å bli utsatt for stigmatisering av de som skal hjelpe i en vanskelig situasjon. Stigmatisering som skjer fra helsepersonell sin side kan være et ømtålig tema som er vanskelig for personalet selv å snakke om, og stigmatiseringen kan også i større eller mindre grad være skjult. Med dette mener jeg at det i mange situasjoner vil foreligge gode begrunnelser for eksempelvis å nekte en tjenestemottaker å delta på en utflukt, slik at det ikke blir satt fokus på at det samtidig skjer en stigmatisering av vedkommende. Når det gjelder økt kunnskap og forståelse for dette temaet

vil etter min mening det enkelte helsepersonell kunne utgjøre en stor forskjell ved blant annet å være bevisst på egne holdninger og tørre å ta opp spørsmål rundt stigmatisering. Dette ønsker jeg å ta med meg videre i mitt yrke som vernepleier, samtidig lære mer om metoder som kan bidra til mindre stigma.

8.0 Litteraturliste

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). *Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.

Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). *The disability paradox: High quality of life against all odds*. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977.

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). *Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*. *Nordic journal of psychiatry*, 65(2), 125-132.

Bakken, T.L., & Eknes, J. (2008) Diagnostisering – perspektiver og utfordringer. I Mæhle, I. (Red.), *Utredning og diagnostisering – Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. (2. Utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Clench-Aas, J., Rognerud, M., & Dalgard, O.S. (2009). *Levekårsundersøkelsen 2005, psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. (2009:6) Nydalen: norsk folkehelseinstitutt.

Corrigan, P.W. (1998). *The impact of stigma on severe mental illness*. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.

Corrigan, P.W. (2004). *How Stigma Interferes With Mental Health Care*. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.

Corrigan, P.W., Powell, K. J., & Rüsch, N. (2012). *How does stigma affect work in people with serious mental illnesses?*. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(5), 381.

- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). *The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), s.35-33.
- Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R. K., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., & Kubiak, M.A. (2001). *Three strategies for changing attributions about severe mental illness*. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187.
- Dalgard, O.S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dybvig, S., Johannessen, J.O., Kjær, R., Lyngstad, G., & Thorsen, G.R.B. (2004) *Stigma – Antistigma. Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og hvordan stigma kan bekjempes*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Fyrand, L. (2008) *Sosialt nettverk – Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjersvik, P., & Ødegaard, R. (2006). *Ikke "peer review" på norsk*. Hentet 17.05.2014
Fra <http://tidsskriftet.no/article/1469449>
- Goffman, E. (1963). *Notes on the management of spoiled identity*. New York: Penguin Group
- Halvorsen, K. (2001). *Sosiale problemer - En sosiologisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Helsedirektoratet (2012), *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og prioriteringer*. Oslo: Helsedirektoratet
- Illinois Institute of Technology (u.å). *Patrick Corrigan, Psy.D.* Hentet 17.05.2014, fra <http://humansciences.iit.edu/faculty/patrick-corrigan>
- Link, B. G., & Phelan, J.C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*. 27, 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). *Measuring mental illness*

stigma. Schizophrenia bulletin, 30, 511-541.

Lyngstad, G. D. (2000). *Stigma og stigmatisering i psykiatrien- et område som krever innsats?*. Tidsskrift for den Norske Laegeforening, 120(18), 2178-2181.

Major, E.F. (2013). Har vi blitt psykisk sykere? *Folkehelseinstituttet*. Hentet 29.04.2014, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=107785>

Malt, Ulrik. (2009). *Psykisk Lidelse*. I Store medisinske leksikon. Hentet 21.05.2014 fra http://sml.snl.no/psykisk_lidelse

Mykletun, A., & Knudsen, A.K. (2009) *Psykiske lidelser I Norge: Et folkehelseperspektiv*. (2009:8) Del 1. Nydalen: norsk folkehelseinstitutt. Hentet 23.04.2014 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92:::0:0

Myrvold, T.M., Berglund, F., & Helgesen, M.K. (2008). *Psykisk sykes levekår* (2008:32) Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

NOU 2005:1 (2004). *God forskning – bedre helse*. Oslo: Hentet 05.04.2014 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-01.html?regj_oss=1&id=389605

Næs, R.B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. (2011:2) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Ose, S., Kaspersen, S.L., Jensberg, H., Kalseth, B., & Lilleeng S. (2009.) *Psykisk helse og arbeidsliv – behov for nye tilnæringer*. Institutt for samfunnsforskning.

Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet. *Rapport, 4*, 2008.

St. meld nr. 16 (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015*. Tilrådning fra Helse- og

omsorgsdepartementet av 8. April 2011, Godkjent i statsråd samme dag. Hentet 11.04.2014 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?regj_oss=1&id=639794

St.prp. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 15. mai 1998, godkjent i statsråd samme dag. Hentet 17.05.2014 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Skårderud, F., Stänicke, E., & Haugsgjerd, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (2012). *Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen*. Hentet 04.04.2014 fra <http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/psykiske-lidelser-er-den-mest-brukte-diagnosen>).

Store norske leksikon (u.å) *Stereotypi – psykologi*. Hentet 17.05.2014 fra <http://snl.no/stereotypi%2Fpsykologi>

Working for health (2007). World Health Organization. Hentet 17.05.2014 fra <http://who.int/about/role/en/>

World Health Organization (u.å). *Dr Margaret Chang*. Hentet 17.05.2014, fra <http://who.int/dg/en/>

World Health Organization (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*.

World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders – Effective interventions and policy options*. Hentet 13.04.2014 fra http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_mh_2004/en/

World Health Organization (2013). *The European Mental Health Action Plan*. Hentet 13.04.2014. fra http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

Ytterdahl, T., & Fugelli, P. (2000). *Helse og livskvalitet blant langtidsledige*. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 120(11), 1308-1311.