

Psykisk helsearbeid i kommunale bemannede boliger:

**«Når jeg bor her får jeg ikke angst, men jeg får
det godt og varmt i mitt hjerte»**

En kvalitativ studie blant beboere i kommunale bemannede boliger, for mennesker med psykiske lidelser, i Kristiansand kommune.

Ann-Christin M. Frestad

Veileder

Førstelektor John Olav Bjørnstad

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder 7. mai 2013

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse, master i psykisk helsearbeid, Grimstad, kull 2011,

26 518 ord.

En spesiell takk til deltakerne i studien.

Det er to sitater om forskning og møter mellom mennesker som har fulgt meg i arbeidet med masteroppgaven og som jeg ønsker å dele med dere:

«Jeg ønsker å forstå verden ut fra ditt synspunkt.

Jeg ønsker å få vite hva du vet, på den måten du vet det.

Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i dine sko, føle ting slik du føler dem, forklare ting slik du forklarer dem.

Vil du være min lærer og hjelpe meg med å forstå?»

(Spradley, 1979, s. 34 i Kvale og Brinkmann, 2010)

Allikevel vil jeg aldri glemme:

«Den andre er alltid mer enn jeg kan forstå»

(Levinas, 1961 i Seikkula og Arnkil, 2007 s. 88)

Tusen takk for tilliten

og for at dere lot meg få et innblikk i deres liv, og ikke minst at dere tok så godt i mot meg.

Jeg ønsker dere alt godt videre i livet!

FORORD

Denne masteroppgaven er avslutningen på to år med fokus på psykisk helsearbeid. Til tider døgnet rundt så jeg er heldig og takknemlig for å ha en tålmodig mann, familie og gode venner som har vist forståelse for mine prioriteringer i denne tiden. Tusen takk for velviljen!

Studiet har vært spennende og lærerikt og jeg har tilegnet meg ny og nyttig kunnskap. Arbeidet med masteroppgaven og møtet med deltakerne i den utgjør det som har gjort mest inntrykk på meg. Det har også vært en utfordrende og givende prosess som jeg har blitt noen erfaringer rikere av. Ønsket mitt om å sette søkelys på bemannede kommunale bofelleskap og formidle deltakernes stemmer har vært en drivkraft som har bidratt til at jeg har kommet i mål. I tillegg har jeg hatt både arbeidsgiver og kollegaer som har støttet studieløpet mitt og lagt til rette slik at jeg har fått rom til å arbeide med oppgaven, så en stor takk til dere alle!

Jeg vil også takke avdelingsleder ved EBT for kontaktinformasjon og positive ledere for bofelleskapene som har bistått meg med å finne deltakere til studien. Uten denne hjelpen hadde jeg ikke fått skrevet oppgaven.

Jeg må også berømme min veileder John Olav Bjørnstad for tilbakemeldinger som har fått meg til å gå noen ekstra runder med meg selv og tenke gjennom det som formidles både to og tre ganger og på denne måten fått ny bevissthet og innsikt i min forståelse av psykisk helsearbeid. Oppgaven hadde ikke blitt den samme uten denne hjelpen, så tusen takk for ros og konstruktiv kritikk!

Ann-Christin M. Frestad

Lillesand, våren 2013

SAMMENDRAG

Prosjektets bakgrunn.

I Norge har lokalbasert psykisk helsearbeid fått en stadig større rolle i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og det kommunale nivået er en sentral tjenesteleverandør. Interessen for å få fokus på psykisk helsearbeid i kommunale bemannede boliger har oppstått på bakgrunn av erfaringer med tjenesten som miljøterapeut ved bemannede bofellesskap siden 2006.

Hensikt og problemstilling.

For å få kompetanse om hva som kan bidra til å gi et godt tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunale bemannede boliger er det viktig og å snakke med dem som erfarer tjenestene daglig. Forskningsspørsmålet er da som følger: *«Hvordan opplever mennesker som bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?»*

Utvalg og metode

Tre kvinner og to menn som bor i kommunale bemannede bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser deltar i et semistrukturert kvalitativt forskningsintervju.

Resultater

Deltakerne formidler at de opplever det trygt, lærerikt og godt å bo i bofellesskap. De forteller om færre innleggelses på psykiatrisk avdeling og fellesskap og vennskap oppleves som hjelp og støtte. Deltakerne gir uttrykk for opplevelse av personlig autonomi og brukermedvirkning men noen har også ønsker for tjenesten som de ikke opplever å få.

Konklusjon

Studien synliggjør muligheter for godt psykisk helsearbeid i bofellesskapene. Denne studiens funn, tidligere forskning og litteratur støtter at bofellesskap kan være en virksom arena for kontekstuell psykisk helsearbeid på bakgrunn av kontinuitet i kontakten mellom personal og beboere. Interaksjon mellom beboere og personal i daglige rutiner utgjør en viktig ressurs i bedringsprosesser som fører menneskene mot bedre psykisk helse.

Nøkkelord

Opplevelse av god psykisk helse, psykiske lidelse, psykisk helsearbeid, kommunale bofellesskap. Engelske søkeord: mental illness, adult, mental health, housing, care home.

SUMMARY

Project background

In Norway, the community-based mental health plays an increasingly larger role in the services to people with mental illness and the municipal level is a central provider. The interest to focus on mental health in municipal manned homes occurred on the basis of experience as environmental therapist in manned homes since 2006.

Purpose and problem

To get knowledge about what promotes or inhibits mental health and sickness it is important to talk to those who experience the daily services. Research question is as follows: "*Does people living in manned municipal community's experience that life in community affect mental health?*"

Subjects and methods

This study includes three women and two men who live in communal manned shared housing for people with mental illness participating in a semi-structured qualitative research interview.

Results

The participants communicate that they are experience living in manned homes as safe, informative and good. They report less hospitalization to psychiatric care and community and friendship experienced as support. The participants expressed sense of personal autonomy and user participation but also have wishes for the service that they do not feel they get.

Conclusion

The study reveals opportunities for good mental health in communities. This study, previous research and literature supports that communities can be an effective arena for contextually mental health care on the basis of continuity of contact between staff and residents.

Interaction between residents and staff in daily routines are an important resource in improving processes that lead people toward better mental health.

Keywords

Experience of good mental health, mental illness, mental health, municipal communities.

English Keywords: mental illness, adult, mental health, housing, care home.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0. INTRODUKSJON.....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Generelt om lokalbasert psykisk helsearbeid og bofellesskap.	3
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Hensikt.....	8
1.5 Avklaring av begreper	8
1.6 Begrensninger	10
1.7 Videre oppbygning	11
2.0. TEORI	11
2.1 Tidligere forskning	11
2.2 Teoretisk referanseramme	17
2.3 Sentrale perspektiver på psykisk helsearbeid.....	17
2.3.1 Kontekstuell perspektiv på psykisk helsearbeid.....	18
2.3.2 Teori om Salutogenese - opplevelse av sammenheng (OAS)	20
3.0 METODE	22
3.1 kvalitativ forskningsmetode	22
3.2 Forskningsetiske overveielser.....	23
3.2.1 Informert samtykke.....	23
3.2.2 Fortrolighet	24
3.2.3 Konsekvenser.....	24
3.2.4 Min rolle som forsker	24
3.2.5 Søknad og godkjenning	25
3.3 Utvalg	25
3.4 Datainnsamling	26
3.4.1 Intervju.....	26
3.4.2 Valg av sted.....	28
3.5 Analyse av data.....	28
3.5.1 Skjematisk fremstilling av analyseprosessen	31
3.6 Studiens gyldighet og pålitelighet	31

4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	33
4.1 Bofellesskap - trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse.....	33
4.2 Personlig autonomi og brukermedvirkning.	36
4.3 Sosialt fellesskap og vennskap som hjelp og støtte.....	40
4.4 Opplevelse av egen og andres smerte.....	43
4.5 Utfordringer og muligheter for godt psykisk helsearbeid i bolig.....	45
4.6 Kort oppsummering av resultater.....	48
5.0 DRØFTING.....	49
5.1 Innledning til drøfting av funn.....	49
5.2 Utfordringer og muligheter ved godt psykisk helsearbeid i bofellesskap.....	50
5.2.1 Sosialt fellesskap og vennskap som hjelp og støtte.....	54
5.2.2 En selv – Opplevelse av egen og andres smerte.....	56
5.2.3 De profesjonelle og tjenestene – Personlig autonomi og brukermedvirkning.....	57
5.2.4 Bofellesskap - trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse.....	61
6.0. AVSLUTNING.....	63
6.1 Oppsummering og konklusjon.....	63
6.2 Studiens betydning for praksis.....	64
6.3 Forslag til videre forskning.....	64
LITTERATUR.....	645
Vedlegg 1: Forespørsel om bistand.....	68
Vedlegg 2: Informert samtykke.....	69
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	71
Vedlegg 4: REK.....	72
Vedlegg 5: NSD.....	74

1.0 INTRODUKSJON

Først i dette kapittelet introduserer jeg bakgrunnen for mitt valg av tema som er psykisk helsearbeid i kommunale bemannede boliger. Deretter går jeg videre til å si noe generelt om lokalbasert psykisk helsearbeid hvor bofellesskap et viktig område innen det kommunale tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

1.1 Bakgrunn

Mitt interessefelt er psykisk helsearbeid og jeg jobber for tiden ved et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser ved siden av å ta masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder. Mitt første møte med kommunale bofellesskap var i 2006 da jeg fikk en helgestilling i et kommunalt prosjekt med døgnbemanning mens jeg holdt på med sosionomstudiet. Jeg fortsatte å jobbe som miljøterapeut da jeg var ferdig utdannet sosionom i 2008 fordi jeg erfarte hvor store muligheter det er for psykisk helsearbeid i denne type bolig siden personalet kommer tett på menneskene som bor der.

I min forståelse av hvorfor mennesker opptrer og handler som de gjør ligger det et kontekstuellet perspektiv til grunn. Ved å være sammen med beboerne i det daglige, der de bor og lever sine liv, opplever jeg å få dypere forståelse for hva som kan være godt og virksomt psykisk helsearbeid. Personalet får en unik mulighet til å ta del i tilværelsen til beboerne i både gode og dårlige perioder i livene deres, som i større eller mindre grad, preges av den psykiske lidelsen. Som personal i bofellesskap har jeg fått erfare hvor utfordrende det kan være å følge mennesker i ulike faser med psykisk lidelse. Det er også gode opplevelser når den som har det vanskelig klarer å mestre utfordringene sine på egenhånd eller i fellesskap med andre. Jeg har opplevelser om øyeblikk hvor noe godt har blitt til i møtet med den som sliter psykisk. Det er enkelte opplevelser med gråt og latter, håp, fortvilelse, sorg og glede som jeg alltid vil bære med meg.

I løpet av disse årene har jeg gjort meg noen tanker om fenomenet å bo i bofellesskap. Tilværelsen kan bestå av mange elementer. Å bo slik vil innebære at man daglig er en del av ulike kontekster med mennesker i bofellesskapet, i større eller mindre grad, og mer eller mindre frivillig. Det kan for eksempel være gode og dårlige relasjoner til personalet og til medbeboere som vil være en del av tilværelsen på daglig basis. Det vil være andre beboere som også sliter psykisk i et bofellesskap. Tiden personalet har til rådighet for den enkelte og dens behov kan variere. Holdningene personalet har til mennesker med psykiske lidelser kan

være forskjellig. Ulike perspektiver på psykiske lidelser forstått som sykdom eller som overlevelsestrategier vil variere og fokus på begrensninger versus muligheter kan bety noe for hvordan den enkelte blir møtt. Dette og mere til kan bidra til bedre eller dårligere psykisk helse for dem som bor i bemannede bofelleskap sett fra et kontekstuellet perspektiv hvor sosiale samspillmønstre mellom personal og beboere, og beboere imellom skaper en egen kontekst som kan spille en stor rolle for bedringsprosessen (Bøe og Thomassen, 2009).

På bakgrunn av erfaringer og interesse som har fått næring gjennom to år med studier, har jeg blitt mer og mer engasjert i og opptatt av å få søkelyset på mulighetene som finnes i bemannede boliger. Personalet kan, ved sin kontinuerlige tilstedeværelse og kjennskap til beboerne, målrettet motivere den enkelte beboer til å ta i bruk egne ressurser for å møte utfordringer knyttet til den psykiske lidelsen. Det kan være ulike faglige begrunnelser for hvordan en kan gjøre dette på best mulig måte og beboerne har selv sin forståelse av hva som er bra for dem. Tjenestetilbudet bør baseres på hva som fremkommer som virksomt og godt psykisk helsearbeid og da har brukerperspektivet en sentral plass (ibid).

Jeg ønsker å trekke frem tre artikler fra Tidsskrift for psykisk helsearbeid som sier noe bakgrunn for psykisk helsearbeid. Den første er Psykiater Trond F. Aarre (2011) sin artikkel *Fem prinsipper for godt psykisk helsearbeid*, som presenterer brukermedvirkning, samhandling, langsiktige perspektiv, riktige holdninger og faglig kompromissløshet, som viktige prinsipper for godt psykisk helsearbeid. Han påpeker; «*det er vanskelig å drive gode psykiske helsetjenester men prinsippene er enkle og hver for seg, og i sum, er de avgjørende*» (Aarre, 2011, s 164). På bakgrunn av Aares (2011) perspektiv kan man si at dette er prinsipper som bør ligge til grunn for- og i tjenesteutøvelsen ved bofelleskapene, for å ha et tilbud om godt psykisk helsearbeid.

Den andre artikkelen jeg synes er viktig er Hatling (2011), som i sin artikkel *Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt*, setter søkelyset på kommunens rolle: «*Det kommunalt forankrede psykiske helsearbeidet har rammebetingelser som gir noen særskilte utfordringer i forhold til det psykiske helsevernet*» (Hatling, 2011, s.144). En av utfordringene han løfter frem er: «*Det kommunale nivået er en sentral tjenesteleverandør for mennesker med psykiske lidelser uten at det så langt er møtt med tilsvarende innsats når det gjelder kunnskapsutvikling*» (ibid s. 144).

En siste artikkel jeg velger å trekke frem for å belyse bakgrunn for oppgaven er leder artikkelen *Sammen for godt psykisk helsearbeid* skrevet av Tangvald-Pedersen og Bøe (2011). Det tas her opp at for å utvikle psykisk helsearbeid i den retning opptrappingsplanens mål og verdigrunnlag skisserer vil det blant annet innebære at nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale: «*Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester*». (Opptrappingsplanen, st.prp. nr. 63 (1997 – 98) s. 6, i Tangvald-Pedersen og Bøe, 2011)

1.2 Generelt om lokalbasert psykisk helsearbeid og bofellesskap

I Norge er psykiske lidelser en av de store helse- og samfunnsutfordringene. Uavhengig av om man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær. Arbeidsrelatert uførhet på grunn av registrerte psykiske lidelser står for omkring en tredjedel av alle uførepensjoner, med angst og depresjon som de mest fremtredende. Angst og depresjon angår svært mange mennesker samt at det ofte rammer unge mennesker. Psykiske lidelser har en tendens til å være tilbakevendende og gir gjerne langvarig sykefravær, ofte med påfølgende arbeidsuførhet (Major et al., 2011).

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har gjennomgått store endringer de siste 25 åra, både internasjonalt og nasjonalt (St. meld. Nr. 25 (1996–1997)). Opprettelsen av ulike boformer for mennesker med psykiske lidelser startet med de første ettervernshjemmene tidlig på 60 – tallet (Almvik og Borge, 2010). Institusjonskapasiteten er bygd kraftig ned mens lokalbaserte tilbud i form av kommunale tjenester, som for eksempel kommunale bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser og distrikts psykiatriske sentra er bygget opp. I følge Tøssebro (2010) ble antall plasser i psykiatrien redusert med nær 70 prosent fra 1971 til 1990. Nasjonalt er hovedlinjene for dette arbeidet trukket opp i St. meld. nr. 25 (1996–1997) *Åpenhet og helhet*. Et viktig utgangspunkt i stortingsmeldingen var at tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser hadde omfattende mangler og det var behov for styrking og omstrukturering. Psykisk helsearbeid i kommunene er et nøkkelledd i dette tjenestetilbudet og

har i de seinere årene gjennomgått en omfattende styrking (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999- 2006) var starten for en ny faglig kurs med øremerkede midler (Almvik og Borge, 2010). Myndighetene valgte å forlenge opptappingsplanen til 2008, noe som ga et viktig signal om videre prioritering av psykisk helse. Målet er å styrke individer, familier og lokalsamfunn til å oppnå empowerment og motstandskraft samt bedre kvaliteten på den profesjonelle hjelpen. Opptappingsplanen for psykisk helse kom som et resultat av at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd og det ble understreket at en burde unngå å bygge opp særtjenester for mennesker som har psykiske lidelser (St.prp. nr. 63, (1997-98)). Både st.meld. nr. 25 (1996–97), *Åpenhet og helhet* og opptappingsplanen vektlegger normaliseringstankegangen i møtet med mennesker som har psykiske lidelser (Myrvold, 2004 i Bøe og Thomassen, 2009). Norges forskningsråd la 17. juni 2009 frem en evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse. Hovedkonklusjonen i rapporten var at de kvantitative målene i hovedsak er nådd men ikke når det gjaldt brukermedvirkning, og innhold og kvalitet i tjenesten. Dette ble uttalte satsningsområder fra sentrale myndigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Helse- og Sosialdirektoratet ga i 2005 ut en veileder for *psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* med en beskrivelse av fagfeltet og overordnede rammer, samt råd og veiledning for god praksis. Veilederen er utarbeidet på bakgrunn av åtte områder som oppfølging innen psykisk helsearbeid i kommunene skal baseres på. Dette er områder som *forebygging, mestring, tilgjengelighet, samhandling, brukermedvirkning, faglig innhold i tjenestene, god ressursutnyttelse, kunnskap og tillit*. Formålet med veilederen er å beskrive de hovedfunksjonene som er aktuelle for mennesker som har psykiske lidelser og gi eksempler og råd om hvordan tjenestene kan innrette seg (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Bakgrunnen er de særskilte behovene som mennesker med psykiske lidelser kan ha og de utfordringene som tjenesteapparatet står overfor som hjelpere. I veilederen påpekes at i tillegg til lovgrunnlag og verdigrunnlag må god praksis tuftes på best mulig kunnskap om effekten av ulike måter å legge opp arbeidet på (ibid).

I utgangspunktet har alle kompetente mennesker et ansvar for å ivareta og fremme egen helse, men det er ikke alle som klarer det på egenhånd. Noen kan stort sett klare seg selv, noen

klarer det i perioder mens andre vil trenge hjelp og støtte hele livet. Kommunene har ansvar for å yte sosiale tjenester, allmenne helsetjenester og pleie og omsorg og de har et ansvar for å bidra til å framskaffe boliger for vanskeligstilte. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7, og gjelder alle innbyggere i kommunen. I følge helse- og omsorgsdepartementet ble det i perioden 1998 - 2008 etablert 3 300 nye boliger for mennesker som har psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det finnes i dag forskjellige boligalternativer for mennesker som har psykiske lidelser. En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig og inngå i samlokaliserte boliger eller i et bofellesskap/bokollektiv i den ordinære boligmassen. Bistandsbehovet vil variere fra enkelttjenester til heldøgnsstilsyn. En bolig med oppfølging vil kunne føre til bedret funksjon og livskvalitet (Helsedirektoratet, 03/2012). I denne studien er det mennesker som bor i kommunale bofellesskap som har fokuset.

I veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) beskrives bofellesskap som følger:

Omsorgsbolig - selvstendig bolig eller fellesskapsløsninger som bofellesskap og bokollektiv.

Begrepet «omsorgsbolig» er knyttet til bestemte tilskuddsordninger i Husbanken for å framskaffe tilrettelagte boliger til differensierte målgrupper slik at beboerne etter behov skal kunne motta nødvendig bistand. Det er den enkeltes behov og individuelle utgangspunkt som skal være avgjørende for hjelpen som ytes i boligen. Det kan derfor ikke settes opp normer for bistand i boligene (ibid). Husbanken stiller visse krav til utforming i omsorgsboliger og de er beboerens eget hjem og omfatter finansiering til framskaffelse av enkeltstående leiligheter i den ordinære boligmassen så vel som samlokaliserte boliger og bofellesskap/bokollektiv. Boligene kan organiseres som kommunale utleieboliger, borettslag eller selveide boliger. Mange kommuner har etter hvert fått betydelig erfaring med å planlegge å bygge om eksisterende boliger i tillegg til å bygge nytt (Ibid).

Forsterket botilbud

Noen mennesker har et stort bistandsbehov og kan greie å bo i egen bolig om de får tilstrekkelig og tilpasset bistand. Det bør tilstrebes at også i slike forsterkede botilbud skal boligen oppleves og behandles som et eget hjem for beboeren. Dette innebærer blant annet at ansatte ikke kan låse seg inn uten videre. Beboere som det kan være vanskelig å finne egnet bolig til og som trenger høyt kvalifisert personal er mennesker med sterkt utagerende atferd og eller store samhandlingsvansker (Ibid).

Kristiansand kommune er i disse dager under en stor omorganiseringprosess hvor helse- og sosialsektoren etablerer en organisasjonsstruktur som endres fra 32 resultatenheter til seks virksomhetsområder på nivå 2. Kristiansand kommune fikk tilsagn om kompetansetilskudd til deltakelse i boligsosialt utviklingsprogram 25.9.2012 og er i startfasen på dette samarbeidet. Gjennom boligsosialt utviklingsprogram inviterer Husbanken de største kommunene til et felles løft. Overordnede mål med satsingen fremkommer i statsbudsjettet for 2010. Disse målene er økt forebygging og bekjempelse av bostedsløshet, økt boligsosial aktivitet i kommunene og økt boligsosial kompetanse i kommunene. De boligsosiale utviklingsprogrammene er et langsiktig og forpliktende samarbeid mellom kommunene og Husbanken. Dette er først og fremst en satsing på administrativt nivå som involverer både toppledelse og utførende ledd (Husbanken).

Kristiansand kommune har også utformet boligsosial handlingsplan som går fra 2011-2015 og hovedprinsipper som gjelder for boligsosialt arbeid er blant annet som følger:

- Kommunen skal bidra til å fremme selvstendighet og styrke evnen til å mestre eget liv.
- Valg av tiltak skal preges av at hjelpen settes inn på beste effektive omsorgsnivå (BEON - prinsippet).
- *I boliger med stasjonær bemanning skal denne dimensjoneres i tråd med minste forsvarlige nivå for å fremme et selvstendig liv og motvirke institusjonalisering (Boligsosial handlingsplan, 2011 -2015 s. 6).*

Videre tar handlingsplanen opp behovet for å evaluere det boligsosiale arbeidet:

Etablering av boliger til mennesker med psykiske lidelser har vært et prioritert område i perioden for opptrapping på psykisk helsefeltet. Nasjonalt har det vært et hovedfokus på nødvendig kapasitetsøkning; fremover er det en uttalt målsetting at feltet skal være opptatt av å sikre kvaliteten på både boliger og tjenester til målgruppen. Det vil derfor være prioritert i perioden 2011-2015 å foreta en gjennomgang av de erfaringene man har hatt med boligetableringen som er gjort. Det vil være viktig å se på hvordan ulike boformer har fungert. En må systematisere erfaringer fra brukere og pårørende, samt fagfolk i tjenesten og se på hvordan bolig- og tjenestetildelingen har fungert i forhold til ønsket prinsipp om å ligge på beste effektive omsorgsnivå. En slik evaluering, sammen med en bred fagideologisk diskusjon, vil danne et godt beslutningsgrunnlag for den konkrete utformingen av det videre boligsosiale arbeidet på psykisk helsefeltet (ibid s. 25).

Som en følge av samhandlingsreformen har kommunene fått et større ansvar og det skal blant annet legges vekt på forebygging og tidlig innsats (Samhandlingsreformen, 2012). Ett av virkemidlene i reformen er den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven hvor formålet

er å forebygge, fremme sosial trygghet, bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Lov av 2011-06-24-30).

De fleste mennesker foretrekker å bo i en ordinær bolig og leve et så selvstendig liv som mulig og om nødvendig motta bistand for å gjøre det mulig. Strategier for å motvirke isolasjon og ensomhet bør uansett boform inngå som en sentral del i det boligsosiale arbeidet på bakgrunn av studier som viser at ensomhet kan være et problem for enkelte (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Noen foretrekker å bo i samlokaliserte boliger og det er viktig at disse boligene har en egnet beliggenhet og at de ikke skiller seg ut fra den øvrige boligmassen. Det å bo sammen med andre mennesker kan gi støtte og fellesskap, men kan også oppleves som stress og belastning. I følge veileder for psykisk helsearbeid i kommunene (2005) er sammensetningen av beboergruppen meget viktig og ved utvelgelsen av beboere til samlokaliserte boliger/bofellesskap bør det legges stor vekt på beboernes fungering og bistands behov (Ibid). Veilederen gir råd om at et optimalt antall beboere er fra seks til ti, men at flere eller færre kan være aktuelt. Videre at erfaring tilsier at mennesker som er engstelige og tilbaketrukne kan bo i fellesskap med seks til ti beboere, mens utagerende beboere som regel ikke bør bo sammen med mer enn to–tre andre, eventuelt i enkeltbolig i den vanlige boligmassen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.3 Problemstilling

Som nevnt i kapitlene ovenfor kommer det frem at kvalitet på tjenester og brukervedvirkning fremdeles er en utfordring og et satsningsområde innenfor psykisk helsearbeid (Sosial- og helsedepartementet, 2006). På bakgrunn av dette har jeg lyst til å undersøke hva beboerne selv forteller om det å bo i et kommunalt bemannet bofellesskap for mennesker som har psykiske lidelser. For å få mer innsikt i dette tenker jeg følgende forskningsspørsmål:

«Hvordan opplever mennesker som bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?»

1.4 Hensikt

For det første ønsker jeg å bidra til psykisk helsefeltet med å sette søkelyset på hvordan tilværelsen ved en kommunal bemannet bolig for mennesker med psykiske lidelser *kan* virke inn på den psykiske helsen til de som bor der – på godt og vondt. På denne måten håper jeg å kaste lys over forhold ved tjenestetilbudet og det å bo i bofellesskap, som kan bidra til bedre psykisk helse for menneskene som bor derfor å lære mer om hva som kan oppleves forebyggende på individnivå. Sist men ikke minst ønsker jeg å få søkelyset på *mulighetene* for psykisk helsearbeid i kommunale bemannede boliger. Jeg støtter meg på Hausgjerd et al. (2010) og Fjelland og Gjengedal (1995) når de hevder at målet med vitenskapen er at vitenskapeliggjøring skal føre til bedre praksis.

1.5 Avklaring av begreper

I oppgaven brukes begreper som kan forstås på flere måter. Betydningene er som følger:

Bofellesskap:

Kan defineres som « *en boenhet som består av flere separate leiligheter som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn, og som regel inneholder visse fellesrom*»

(Sandvin, Søder et al. 1998, s.23 i Almvik og Borge, 2010, s74.) Det er denne typen bofellesskap jeg har deltakere i studien fra og de må ikke forveksles med omsorgsboliger som ikke er fast bemannede men hvor beboerne vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende og betaler ordinære egenandeler for disse tjenestene (Sosial- og helsedepartementet 1997). I oppgaven brukes også begrepet «boliger» og i denne oppgaven sikter jeg til bofellesskap når jeg benytter dette begrepet.

Personal:

Jeg bruker begrepet personal om de som jobber ved bofellesskapene. Personalet i boliger består av helsearbeidere, miljøarbeidere og miljøterapeuter, studenter og ufaglærte assistenter. Helsearbeidere har helsefaglig bakgrunn på forskjellige nivåer. Miljøterapeuter har relevant høyskoleutdanning som for eksempel sykepleie, vernepleie og sosionom med eller uten videreutdannelser mens miljøarbeidere kan være fagarbeidere som hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere med og uten videreutdanning, for å nevne noen. Det kan være studenter innen ulike retninger og ufaglærte assistenter blant de som arbeider ved boliger. Jeg har ikke

informasjon om hvilke yrkesgrupper som er representert når deltakerne snakker om personalet.

Psykisk helsearbeid:

I følge Tangvald-Pedersen og Bøe (2011), slo redaksjonen fast innholdet i psykisk helsearbeid i tidsskriftets lederartikkel i nummer 2, i 2008:

Psykisk helsearbeid er et fler vitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Tangvald-Pedersen og Bøe, 2011, s. 98).

I Sosial- og helsedirektoratets veileder for *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* defineres psykisk helsearbeid slik:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvensene av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 7).

Psykiske lidelser:

Bø og Thomassen (2009) tar til orde for å forstå psykiske lidelser mangfoldig og skriver at man bør vokte seg for å bruke et felles språk og felles betegnelser på disse temaene. Hvilket perspektiv man innehar vil legge føringer for forståelsen av psykiske lidelser. Psykiske lidelser er et av mange definisjoner på et mangfold av fenomener. Det kan være begreper som psykisk sykdom, psykopatologi, psykiske forstyrrelser, mentale problemer, mental uhelse med mer og målet er ikke å finne fellesbetegnelser da feltet blir fattigere uten et språklig mangfold (ibid).

Kunnskap om psykiske lidelser er knyttet til en historisk, kulturell og sosial sammenheng der kunnskapen er oppstått. Psykiske lidelser kan for eksempel gi seg til kjenne ved avvikende atferd, ved tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelige å forstå, eller som på annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser. Iblant kan slike tilstander melde seg brått og gå over etter en viss tid, i andre tilfeller kan de utvikle seg gradvis og vedvare over lang tid. Ordet lidelse viser betydningen av individets opplevde

erfaringer i forbindelse med tilstanden. Felles for alle psykiske lidelser er at de kan påvirke tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Folkehelseinstituttet).

Empowerment:

Begrepet "empowerment" ble lansert i Ottawa-chartret i 1986, og ble der definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse.

I følge nettsiden forebygging sin ordbok defineres empowerment som å:

- 1) gi makt eller autoritet til,
- 2) gjøre i stand til, og
- 3) tillate

I NOU 1998 beskrives empowerment slik:

Empowerment retter seg mot mangelen på kontroll ved å fremme deltagelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnets sosiale nettverk, og ved en tro hos folk på at de kan kontrollere sin egen verden. På denne måten vil empowerment også lede til sosial og miljømessig endring (NOU 1998:18).

Informanter deltakere og beboere:

Ved utforming av informasjonsskjemaer brukte jeg begrepet informanter. Da jeg hadde truffet deltakerne og intervjuet dem, for senere å videreformidle funnene, bruker jeg begrepet deltakere. Det oppleves riktig og naturlig å bruke dette begrepet da det gjenspeiler at resultatene er blitt til gjennom deltakelse i studien. Jeg opplever at begrepet informant er upersonlig og passet inntil jeg traff dem som ja til å være med. Da ble det annerledes, de ble aktive deltakere i min søken etter forståelse og innsikt. Når jeg ellers drøfter bruker jeg begrepet beboere når jeg snakker om mennesker som bor i bofellesskap.

1.6 Begrensninger

For det meste konsentrer jeg meg om psykisk helsearbeid på individnivå når jeg drøfter funnene. Selv om jeg kommer inn på innhold og retningslinjer for tjenesten, og på den måten berører psykisk helsearbeid på systemnivå, så drøftes ikke dette eksplisitt i denne oppgaven.

Opplevelser som deltakerne fortalte under intervjuene som beskriver vanskelige og traumatiske hendelser tidligere i livet er ikke tatt med i analysen da det ikke belyser problemstillingen. Allikevel kommer jeg litt innpå det i metodekapittelet og i drøftingen da det har betydning for mitt inntrykk av deltakerne.

1.7 Videre oppbygning

Opgaven er bygget opp på følgende måte:

Kapittel 2.0 presenterer studiens teoridel som består av søkeprosess og tidligere forskning samt teoretisk referanseramme basert på det det humanistiske perspektivet på psykisk helsearbeid og det kontekstuelle perspektivet samt teori om Salutogenese. Funn fra tidligere forskning og teorier bidrar til å belyse oppgavens problemstilling og brukes i drøfting av funn.

Kapittel 3.0 gjør rede for metode, herunder forskningsetiske overveielser, informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser av å delta i studien og min rolle som forsker. Det gjøres videre rede for valg av deltakere, det semistrukturerte livsverden intervju og hvordan analysen av intervjuene er gjennomført.

Kapittel 4.0 presenterer funn. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av funn.

I kapittel 5.0 drøftes funnene ved hjelp av tidligere forskning og oppgavens teoretiske forankring for å få innsikt i problemstillingen.

Kapittel 6.0 er avslutningskapitlet og inneholder oppsummering og konklusjon av studien samt forslag til videre forskning.

2.0. TEORI

I dette kapitlet viser jeg først en oversikt over relevant forskning på fenomener innen kontekstuell psykisk helsearbeid som kan belyse problemstillingen for deretter redegjøre for teoretisk referanseramme og teorier jeg vil benytte meg av i drøfting av funn.

2.1 Tidligere forskning

Jeg har søkt i flere databaser: Academic Search Complete, BIBSYS Ask, Ebsco, Scopus, OvidSP, Idunn, og psykiskhelsearbeid.no, erfaringskompetanse.no, regjeringen.no, helsedirektoratet.no. Jeg fikk mange tusen treff på psykisk helsearbeid og psykiske lidelser så jeg snevret inn med flere relevante søkeord slik at jeg fikk et håndterbart antall artikler å gå igjennom. Forskningen tok for det meste for seg opplevelse, erfaringer og utfordringer med å ha en psykisk lidelse fra bruker perspektivet, eller de samme temaene sett fra ulike

fagperspektiver men ikke knyttet til opplevelse av å bo i bofellesskap. Det var lite som tok for seg psykisk helsearbeid i boliger for mennesker med psykiske lidelser, men jeg har med det jeg synes var mest relevant. Jeg har tatt med noe forskning som tar for seg behandler og pasient relasjonen som jeg tenker kan relateres til arbeid i bofellesskap hvor personal samhandler med beboere i mange forskjellige sammenhenger. Forskningen sier noe om hva som fremmer god psykisk helse og hva som er virksom tilnærming i møtet mennesker. Etter å ha lest igjennom relevante treff og referanselister så har følgende forskning utpekt seg som den mest relevante for å belyse og drøfte funnene fra studien min slik at jeg kan få mer kunnskap om forskningsspørsmålet «*Hvordan opplever mennesker som bor i kommunale bemannede boliger at tilværelsen ved bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?*»:

Nøkkelord: *opplevelse av god psykisk helse, psykiske lidelser, psykisk helsearbeid, kommunale bofellesskap*. Engelske søkeord: *mental illness, adult, mental health, housing, care home*.

Saavendra, Cubero og Crawford (2012) har publisert en artikkel om “*Everyday Life, Culture, and Recovery: Carer Experiences in Care Homes for Individuals with Severe Mental Illness*”. Dette er en studie som utforsker samspillet mellom omsorgspersoner og brukere som bor i spesielle «Care Homes», en tjeneste som har spilt en grunnleggende rolle i helse- og sosial tjenester i Europa og USA, spesielt innen psykiske helsetjenester. Det er mange likheter med bofellesskap slik denne oppgaven beskriver. Studiens metode er induktiv kvalitativ med et fenomenologisk rammeverk utført ved ti semistrukturerte dybdeintervjuer. Intervjuene ble utført av profesjonelle omsorgspersoner, for personer med schizofreni. Analysen fokuserte på viktigheten av interaksjon i hverdagen og hvordan daglige rutiner spiller en rolle i bedringsprosessen. Sosial posisjonerings analyse ble brukt til å undersøke betydninger og subjektive opplevelser hos fagfolk. Analysen avdekket betydningen av personlig interaksjon i daglig rutiner for bedring. Det ble identifisert to hoved bekymringer angående utfordringer ved fagfolks interaksjon med brukere: " å bringe brukerne til her og nå " og " gi dem den initiativ for å starte handlinger ". Studien tar opp «recovery» som rekonstruksjon av identitet og muligheten for å oppleve andre deler ved seg selv og egen identitet som ikke har med den psykiske lidelsen å gjøre. Dette er noe som kan skapes i samhandling med de profesjonelle hjelperne ved bofellesskapene og det skapes også rom for en følelse av kontroll over eget liv og evne til å ta beslutninger som bidrar til bedre psykisk helse.

Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T., Nielsen, C.V. (2012) har publisert en artikkel om «*User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition*». Studien var utformet som en feltstudie i «supported housing». Jeg oversetter med bemannede bofellesskap da er mange likheter og bruker det begrepet videre. Metoden var ved hjelp av etnografisk tilnærming til datainnsamling, herunder deltakende observasjon, uformelle samtaler, og individ og gruppeintervju. Tolv deltakere fra 22 – 45 år ble inkludert. Målet med studien var å utforske brukervedvirkning og samspillet mellom fagfolk og voksne mennesker med psykiske lidelser under rehabilitering når tjenester ved bemannede bofellesskap mottas. Studiens funn viste at brukervedvirkning i rehabilitering ble opplevd av brukerne som en kamp for selvbestemmelse og anerkjennelse. Å kunne bestemme og ha innflytelse på daglige aktiviteter og hverdagsliv, sammen med å ha mål og strekke seg etter under rehabilitering, ble sett på som verdifulle. Partnerskap og empowerment blir fremhevet som spesielt verdifull i prosessen med rehabilitering, og i bemannede omsorgsboliger eller bofellesskap blir rehabiliteringen en del av hverdagen. Brukernes samarbeid med fagfolk er antatt å være essensiell for at rehabiliteringen lykkes.

Inger Lise Skog Hansen og Anne Skevik Grødem (2012) står bak Fafo – rapporten *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap, perspektiver og erfaringer i kommunene*. Resultatene fra studien viste at bofellesskap kan være en god løsning for personer med psykiske lidelser. En evaluering fra 2006 ga et blandet bilde av livet i bofellesskap for psykisk syke. Brukere med psykiske lidelser som bor i bofellesskap, framhevet det som positivt at de hadde tilgang til fagfolk, og at de bodde sammen med naboer som forsto hva lidelsene deres handlet om (Hansen, 2006). Flere av dem som ble intervjuet i denne studien hadde erfaringer fra bomiljøer der de følte at naboene så skjevt på dem, og at de skilte seg ut på en negativ måte. I bofellesskapet, derimot, «forstår de at jeg er syk og tolererer galskap» (Ibid, s. 35). Videre framhevet de tryggheten med å bo sammen med andre, slik at det alltid var noen i nærheten – brukere eller personale – hvis det skulle være noe. Bofellesskapene var likevel ikke uten problemer: Brukerne snakket også om at det kunne være problematisk å bo tett på andre med store psykiske lidelser. Dette ble særlig tatt opp av brukere i store bofellesskap. Flere, tilsynelatende uavhengig av størrelsen på bofellesskapet, snakket også om utfordringer knyttet til det å ha kontrollen og å bevare en opplevelse av å ha et eget hjem. Flere la vekt på at de ikke inviterte andre brukere inn på sitt private område, men kun hadde omgang med hverandre i fellesarealene. Relasjonene ble opplevd som tette nok som de var, og det ble

viktig å opprettholde en viss avstand. I bofellesskapene hadde de likevel muligheten til å trekke seg tilbake – det fantes en dør som kunne lukkes når man ønsket å være alene (ibid.).

Olav Tangvald-Pedersen og Rob Bongaardt (2011) har gitt ut en artikkel som bygger på bedringsforskningens innsikter hvor de fokuserer på opplevelsen av god psykisk helse. Artikkelen presenterer en fenomenologisk studie av hva som kjennetegner denne opplevelsen. Gjennom en kvalitativ undersøkelse basert på Giorgis deskriptive fenomenologiske metode analyseres fem tekster som er skrevet av brukere av det psykiske helseapparatet hvor alle beskriver en god psykisk helseopplevelse. Gjennom analysen fremkommer to sentrale tema; tiden erfart som et øyeblikk av varighet, og nødvendigheten av det å høre til. Innholdet i de to temaene gjennomgås, utbroderes og klargjøres, og god psykisk helse oppsummeres som øyeblikkets opplevelse av ro, hvile og tilhørighet. På bakgrunn av dette hevdes det at tålmodighet og oppmerksomt nærvær bør stå sentralt i utøvelsen og utviklingen av godt psykisk helsearbeid.

Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse er også dokumentert i en prospektiv og randomisert studie av Langeland (2009). Resultatene fra denne studien viser at sosial støtte og spesielt relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg identifiseres som en prediktor for positiv forandring i livskvalitet i løpet av et år.

Housing first er en metode for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske lidelser som bygger på empowerment prinsippet. Fra sitt utspring i New York har metoden de senere år fått utbredelse i mange land, også i Europa (Husbanken, 2013). I forbindelse med Boligsosialt utviklingsprogram, initiert av Husbanken, har noen større kommuner brukt Housing First som mål i løpet av en 3-4 års periode for å øke kommunenes boligsosiale kompetanse gjennom en målrettet innsats. NOU 2011:15 oppsummerer en rekke utfordringer. Blant annet at det kommunale boligsosial arbeidet i staten og kommunene ikke er godt nok forankret politisk og administrativt. Metoden har fokus på skadereduksjon og hadde en samarbeidsstrategi for å hjelpe mennesker med flere sammensatte problemer (Tsemberis, 2010). Det vises til Maslows behovspyramide (1943) for å begrunne hvorfor mennesker må ha en bolig, før andre problemer settes i fokus. De viser også til reduserte utgifter til hospitsopphold, akutt- og sykehustjenester i psykiatri og somatisk

helsevesen, rustjenester og avrusning, institusjonsopphold, juridisk bistand, rettsvesen, fengsel og politiarbeid (Tsemberis, 2010).

I Bøe og Thomassen (2009) drøftes resultater fra flere studier basert på brukererfaring hvor flere forhold utpekte seg som viktig for bedringsprosessen. Disse forholdene ble knyttet til tre hovedkategorier; en selv, de profesjonelle og tjenestene og det sosiale og de innfører «steder» selv og drøfter disse kategoriene.

I følge stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) hevdes det at en rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand.

Heidi Synnøve Hansen (2011) har i sin masteroppgave foretatt en kvalitativ studie om hvordan mennesker med dobbelt diagnose opplever å bo i lavterskel bofellesskap. Konklusjonen ble at beboerne trives i bofellesskapene da det er et bedre alternativ enn de hadde før de flyttet inn i leiligheten. Men tilbudene kan synes å være for generelle og det må rettes et større fokus på individet og dets behov før det kan fungere i fellesskapet

Tove Carstensen (2008) har i sin mastergradsoppgave i helse- og sosialfag gjort en kvalitativ studie, *Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper Behandling, relasjon og aktivitet* Ved hjelp av narrativ analyse av 5 personer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Carstensen (2008) kom frem til noen hovedfunn som også kan være relevant i forhold til psykisk helsearbeid i bolig. Hun skriver at de fem informantene presenterte en stor grad av forskjellighet, i hva de opplever som betydningsfullt i behandling. Forfatteren sier hun har prøvd å analysere informantenes uttalelser i relasjon til både teoretisk og empirisk kunnskap innenfor dette feltet. Samtidig har hun prøvd å drøfte dette opp mot sine egne erfaringer, skriver hun. Hensikten med oppgaven var ikke å finne fasitsvar på spørsmålet om hva som er den perfekte behandling. På tross av generell enighet om at behandling av denne gruppen mennesker i størst grad bør være individuelt tilpasset, så viste funn fra denne undersøkelsen noen viktige terapeutiske fellestrekk (utdrag):

- Opplevelse av en god og støttende relasjon er viktig for et vellykket behandlingsopplegg, det at man oppnår tillit og trygghet for å komme i posisjon

for endringsarbeid i løpet av terapien. Relasjonen er ikke nødvendigvis avhengig av å ha vart lenge eller at det må være samme terapeut.

- Terapeutiske egenskaper som, interesse og empatisk undring, tålmodighet og evne til å holde ut følelsesmessige og dramatiske uttrykk synes å være betydningsfullt.
- Et bytte av behandler trenger ikke alltid å være "feil", noen ganger kan dette gi positiv utvikling.
- At man som terapeut viser seg menneskelig, gir uttrykk for at man bryr seg, at man viser seg folkelig og uformell var faktorer noen trakk fram. At man både uttrykker bekymring og viser ekte følelser overfor pasienten og at pasienten har tillatelse til egne følelsesutbrudd. Gjennom tilgang til terapeutens følelser og sine egne følelser kan ny Mening skapes.
- I tillegg til å være menneskelig ble det framhevet at terapeutens kunnskap om lidelsens bakenforliggende sammenhenger var viktig. Kompetanse er en tillitsskapende faktor, sammen med evnen til kommunikasjon. Å formidle kunnskap individuelt tilpasset, og møte informantenes behov for å forstå seg selv bedre (ibid, 2008).

Audun Ådland (2003) har i sin hovedfagsoppgave «*Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?*» (2003) gjort en studie med mennesker som har psykiske lidelser og bor i kommunale bofellesskap. Noen av resultatene i denne studien var blant annet at på bakgrunn dårlige erfaringer tidligere med å bo hos foreldre eller i egen leilighet uttrykte de tilfredshet med tilværelsen i bofellesskap. Spesielt trakk de frem betydningen av deltagelse i ulike arenaer hvor de inngikk i sosiale relasjoner som motvirket følelsen av isolasjon, og at det var tilgjengelig personale i vanskelige perioder. Permanent bolig ga forutsigbarhet, trygghet, status og opplevelse av mestring. Informantene hadde som følge av sin lidelse et uttrykt behov for hjelpetiltak. Fellesskapet i boligen hjalp dem mot ensomhet, samtidig som boligen sikret dem et eget territorium. Lidelsen syntes å gi relasjonelle konsekvenser. Forholdet til andre kan betegnes som "nærhet, - på avstand". Erfart ensomhet og isolasjon var imidlertid en vesentlig motivasjonsfaktor til ønsket om å inngå i sosiale relasjoner. De savnet slike nære relasjoner, men frykten for ikke mestre slike, syntes å være et hinder, - delvis som følge av negative erfaringer. Et annet av funnene han presenterer

i sin er at tilværelsen i bofellesskap kan ha et rehabiliterende potensiale men at det krever en bevisst holdning og systematisk arbeid fra personalets side. En forutsetning synes å være et brudd med tradisjonell institusjonstenkning, uten at hjelperrollen blir for uklar.

2.2 Teoretisk referanseramme

Tema for oppgaven er psykisk helsearbeid i bemannede kommunale bofellesskap og jeg ønsker å drøfte denne studiens funn for å få en dypere forståelse av forskningsspørsmålet: «*hvordan opplever mennesker som bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?*». På bakgrunn av min egen forforståelse av at kontekstuel psykisk helsearbeid er virksomt har jeg valgt å drøfte ved hjelp av teorier innenfor det kontekstuelle perspektivet ved Tore Dag Bøe og Arne Thomassen (2009). Disse forfatterne har fått størst innflytelse i drøftingen sammen med Antonovskys teori om salutogenese. Det humanistiske perspektivet på psykisk helsearbeid er representert ved Hausgjerd et al. (2010). Sammen med tidligere forskning utgjør dette min teoretiske referanseramme når jeg drøfter funnene fra denne studien. Disse perspektivene har til felles at de fokuserer på hva som er viktig kunnskap i psykisk helsearbeid og hva som bidrar til god psykisk helse. Hva jeg har valgt å vektlegge gjør jeg rede for i underkapitlene som følger.

2.3 Sentrale perspektiver på psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid i et humanistisk perspektiv

I et humanistisk perspektiv vektlegges relasjonen mellom helsearbeider og pasient og det at helsearbeideren bruker seg selv terapeutisk, har blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon i psykisk helsearbeid (Schibbye, 2002 i Hausgjerd et al., 2010) Det er personen som står i sentrum, og dennes opplevelser og erfaringer med lidelse. Personen og helsearbeideren er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning. Fokuset er rettet mot personen, dennes livsproblemer og livserfaringer og en anerkjennelse av at personen er ekspert på eget liv og tar ansvar for å mestre dette. I fellesskap kan de finne nye muligheter for personens mestring av egen lidelse og legge til rette for bedre psykisk helse (Hausgjerd et al., 2010).

Psykisk helsearbeid i et kontekstuellt perspektiv:

Bøe og Thomassen (2009) tar til orde for at en kontekstuell forståelse og tilnærming bør være grunnleggende i psykisk helsearbeid. De sier at de synes å se at denne forståelsesmåten blir mer og mer utbredt, særlig innenfor familierapitradisjonen og den systemiske tradisjonen, men også innenfor fokuseringen på lokalbasert psykisk helsearbeid med basis i nettverk og lokalsamfunn. Et annet rådende perspektiv er den medisinske modellen. Bøe og Thomassen (2009) skriver at forenklet fremstilt kan en snakke om to metamodeller; den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen innenfor behandling og forståelse av psykiske lidelser. Jeg går ikke nærmere inn på den medisinske modellen her da den ikke har fokus i denne oppgaven. Hovedtanken i den kontekstuelle modellen er at psykiske lidelser ikke kan forstås uavhengig av et menneskes personlighet, livssituasjon, og de sosiale relasjoner han står i. Etikk, relasjon og dialogen kommer først (Bøe og Thomassen, 2009).

2.3.1 Kontekstuellt psykisk helsearbeid

Boka fra psykiatri til psykisk helsearbeid er skrevet av Tore Dag Bøe og Arne Thomassen i 2007. Tore Dag Bøe er sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid og har stipendiat ved Universitet i Agder ved institutt for psykososial helse. Arne Thomassen er psykolog og leder for DPS Strømme ved Sørlandets sykehus.

Boken tar for seg psykisk helsearbeid med tyngdepunkt utenfor institusjonene – i lokalsamfunn og nærmest mulig der den det gjelder bor. Bøe og Thomassen (2009) tar til orde for at ved å bruke begrepet psykisk helsearbeid så signaliserer en at det ikke lenger er psykiatri forstått som et eget medisinsk fagområde som alene er det faglige utgangspunktet for arbeidet. De henviser til Karlson (2004) som de mener gjør noen viktige refleksjoner og sier at begrepet psykisk helsearbeid innebærer en utvidelse av perspektiver og man kan si at innholdet i psykisk helsearbeid skal bidra til å bedre menneskers psykiske helse ved å benytte alle mulige arbeidsformer og hjelpetiltak. Det ligger, i følge Karlson, også et ønske om et nytt innhold i tjenestene, og at det åpnes for at andre faggrupper enn leger og psykologer kan være med å forme fag og praksis.

«Psykisk helsearbeid åpner for nye profesjoner og dermed også ett større faglig kunnskapstilfang og mangfold. Dermed blir det også et sentralt element i psykisk helsearbeid at en kan åpne for nye diskusjoner om hvordan psykiske lidelser kan forstås, og hva arbeidet kan bestå i (Karlson, 2004, i Bøe og Thomassen, 2009, s. 18)».

Karlsen (2004) sier videre at det bør ligge en tydelig åpenhet for brukerperspektivet i psykisk helsearbeid og for at den erfaringskunnskapen brukerne besitter, må innlemmes som grunnlag for fag- og praksisutvikling:

«Jo flere stemmer som kan være med å delta i utformingen av dette faget og dette arbeidet, jo større sjanse har vi for å lykkes med å utforme virksomme måter å arbeide på (Karlsen, 2004 i Bøe og Thomassen, 2009, s. 18)».

Brukermedvirkning - å gi innenfra kunnskapen verdi og virkning

Forfatterne redegjør i boka for innenfra og utenfra perspektiv på psykiske lidelser. De forklarer at ved å skille et innenfra perspektiv fra et utenfra perspektiv tydeliggjøres en forskjell i tilnærming der utgangspunktet er en noe annen dimensjon enn de ulike fagperspektivene. Forskjellen består i om man ser, eller forsøker å se, fenomenene fra et ståsted utenfor. Det vil da være tanken om at psykiske lidelser best kan beskrives og forklares ved ekspert eller fagkunnskap. Eller om en forsøker å se eller forstå fenomenet fra ståstedet til den som har psykiske problemer. Det vil si fra et innenfra perspektiv, erfaringskunnskap eller brukerkunnskap.

Forfatterne tror at det er viktig å tydeliggjøre forskjellige former for kunnskap og det kan være viktig å bringe med seg dersom en skal få til et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i arbeidet med å skape gode tjenester. De skriver at tradisjonelt har det vært utenfra eller fagkunnskapen som har vært den som har blitt verdsatt, og som har lagt premissene for hjelp og behandling. Når brukerne inviteres med i et samarbeid og gis makt og innflytelse, er det viktig å klargjøre hvilke kunnskaper og perspektiver de bringer med seg. Nettopp at brukerne bringer inn sitt eget erfaringsperspektiv og en kunnskap som er basert på opplevelse og på refleksjon over egen opplevelse, gjør at en kan se på deres bidrag som veldig viktig. Innenfra kunnskapen kan ofte ha blitt oversett og dermed gått tapt og dermed har en avgjørende kunnskap gått tapt i arbeidet innenfor de psykiske helsetjenestene. For å skape og utvikle gode tjenester må både innenfra kunnskap og utenfra kunnskap legges til grunn. Slik kan en forstå brukermedvirkning som et samarbeid der en har forskjellige, men likeverdige kunnskaper, i følge Bøe og Thomassen (2009).

Tre dimensjoner ved psykisk helsearbeid

Bøe og Thomassen (2009) tar til orde for tre dimensjoner psykisk helsearbeid bør innebære:

- 1) Psykisk helsearbeid bør bestå i konkrete tiltak som legger til rette for en den enkelte kan leve et selvstendig liv – herunder rydde hindringer av veien – baseres på den enkeltes ønsker. Bolig, økonomi, jobb, utdanning, sosialt fellesskap er viktige helsefremmende faktorer i en bedringsprosess.
- 2) Psykisk helsearbeid må bestå i gode arbeidsformer for det mellommenneskelige møtet. Få til gode relasjoner, samtale, dialog og samarbeid. Ulike former for terapeutisk praksis hører hjemme her som for eksempel klient- terapeut – relasjonen, og andre møter mellom fagperson og bruker. Det er når mennesker møtes at viktig endring kan skje. Det er kanskje i dialogen, i relasjonen, i de etiske kvaliteter i møtet at kanskje de mest kraftfulle kimer til endring kan ligge. Ved dette berøres noe grunnleggende om hvordan vi blir til og kan endre oss som mennesker.
- 3) Psykisk helsearbeid bør være åpent for samtaler og refleksjoner om livet. Livet dreier seg ikke bare om å få dekket grunnleggende behov. På en eller annen måte har vi som regel «større» tanker om og følelser i forhold til våre liv. Samtaler om dette «mer» som kan gi livet sammenheng og verdi, bør også kunne være tema i psykisk helsearbeid. Samtaler om døden, ensomheten, håpet, kjærligheten, lengselen, friheten og mer til må kunne være med. Ofte vil den enkelte forsøke å forstå sine erfaringer med psykiske problemer i lys av slike temaer. Også forsøkene på å komme ut av det vanskelige vil kunne henge sammen med håp, tro og mening (ibid, s. 19).

2.3.2 Teori om Salutogenese - opplevelse av sammenheng (OAS)

Aaron Antonovsky (2012) løfter frem begrepet salutogenese – læren om hvilke faktorer som underbygger og opprettholder helse i boka «*Helsens mysterium – den salutogene modellen*» Han har blant annet gjennomført studier av mennesker som overlevde Auschwitz, under andre verdenskrig. Han har som utgangspunkt at helse generelt bør forstås ut fra et kontinuum og ikke en dikotomi (enten eller tenkning). Alle mennesker vil hele livet befinne seg ett eller annet sted på dette kontinuumet som enkelt sagt spenner fra meget god helse til dårlig helse. I forhold til psykiske lidelser vil en med en slik forståelse bryte med forestillingen om mennesker med psykiske lidelser på en måte er rammet av «noe» en sykdom eller liknende som gjør at deres psykiske helse kvalitativt annerledes enn det normale. I forlengelsen av en slik forståelse vil en kunne si at alle har en psykisk helse – denne helsen befinner seg ett eller

annet sted på spekteret mellom god og dårlig helse psykisk helse og hver og en av oss kan i faser i livet bevege oss opp og ned på dette spekteret (Antonovsky, 2012; Bø og Thomassen 2009)

I Antonovsky (2012) sin salutogene modell utpeker det seg nøkkelbegreper som opplevelse av sammenheng (OAS) og ulikhetene i menneskers motstandskraft avhenger av i hvilken grad vi opplever tilværelsen som *meningsfull, forståelig og håndterbar*.

Antonovsky (2012) peker på at vi gjennom livet utsettes for ytre og indre stimuli. Når vi ikke vet hvordan vi skal takle disse stimuliene kan de bli til stressfaktorer som bringer oss mot en dårligere helse. Dersom vi opplever stimuliene som begripelige og håndterbare, kan de bringe oss mot bedre helse. Mestring kan være helsefremmende. Hva avgjør om livets stimuli fører til helse eller uhelse hos oss? Anonvskys egne studier og refleksjoner rundt dette har ført han frem til nøkkelbegrepet (OAS) som han forklarer under følgende tre underpunkter:

Begripelighet: Dersom vi oppfatter utfordringer og vanskeligheter vi møter i livet som begripelige så vil dette være et vern mot forverret helse. Dette kan forklares med at stimuliene vi utsettes for er forståelige og vi kan sette dem i en sammenheng. Vi har tillit til at det vi utsettes for i fremtiden, også vil kunne være begripelig. Hvis de vanskelighetene vi utsettes for i livet oppleves som ubegripelige, kaotiske og tilfeldige, vil dette kunne bringe oss mot dårligere helse (ibid).

Håndterbart: Dersom vi opplever vanskelige ting i livet er det viktig, i følge teori om salutogenese, at vi opplever det som skjer håndterbart. Når de stimuli vi utsettes for oppleves håndterbare, blir ikke stimuli stressfaktorer som skaper spenning og uhelse. Håndterbarhet henger sammen med opplevelse av å ha tilstrekkelige motstandsressurser til rådighet for å mestre de krav en blir stilt overfor. Det kan være mange ulike former for motstandsressurser. Det kan være indre ressurser som selvtillit, trygghet, kunnskaper og ferdigheter. Eller det kan være ytre ressurser som for eksempel venner som stiller opp, mennesker en kan rådføre seg med, steder en kan henvende seg for hjelp og en tilfredsstillende økonomi. Hvis livets vanskeligheter ikke oppleves som håndterbare og en ikke opplever å ha nødvendige motstandsressurser til rådighet, vil en i større grad risikere dårligere helse som konsekvens (ibid).

Meningsfullhet: Det vil også være av betydning at en opplever mening i livet og mening med det en opplever. Hos mennesker som opplever ulike sider ved livet som meningsfullt vil det føre til at de ser det som verdt å engasjere seg i de utfordringene som kommer. Hos

mennesker som har vanskelig med å se meningen med ting, vil en i mindre grad være motivert for å engasjere seg. Dermed blir en i større grad offer for livets påkjenninger og påkjenningene blir uhåndterbare stimuli som kan føre mot dårligere helse (ibid).

3.0 METODE

Kvale og Brinkmann (2009) skriver i innledningen til boka «Det kvalitative forskningsintervju»: «*Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?*». Jeg valgte å gjøre det, og det ble en spennende og lærerik vei til forskningsmålet. Hva jeg har gjort og hva jeg har tatt hensyn til, gjøres rede for i de følgende underkapitlene.

3.1 kvalitativ forskningsmetode

På bakgrunn av problemstillingen: «*Hvordan opplever mennesker som bor i kommunale bemannede bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen*» har jeg valgt å benytte meg av kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode er en forskningsstrategi som jeg kan bruke for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved å bo i kommunale bofellesskap og hvordan tilværelsen ved bofellesskapet kan påvirke den psykiske helsen. Kvalitative metoder er i internasjonal litteratur blant annet omtalt som «*naturalistic inquiry* og bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) Malterud (2011).

Fenomenologisk tilnærming har vært utbredt i kvalitativ forskning da det er et begrep som peker på interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene. I denne oppgaven søker jeg å få innsikt i og forstå hva det vil si for den psykiske helsen å bo i et kommunalt bemannet bofellesskap, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesket oppfatter (Kvale og Brinkmann, 2010, 2. 45).

Hermeneutikken gjør meg bevisst på at tekst får sin mening fra en kontekst. Kunnskap om hva mennesker sier og gjør, hva deres handlinger og ytringer betyr, avhenger alltid av en bakgrunn eller kontekst av andre betydninger, antakelser, verdier, praksiser osv. (Kvale og Brinkmann, 2010, s.70).

3.2 Forskningsetiske overveielser

Psykiske lidelser kan bidra til at mennesker opplever en smerte og fortvilelse som gjør dem særlig sårbare og sårbarheten får betydning for hvordan vi skal tenke om forskningsetikk. Hvorvidt sårbarheten er diskvalifiserende eller utgjør et potensial er avhengig av situasjon og kontekst (Hem, 2009). Rammen for intervjuet var trygg da det var i deltakernes eget hjem og jeg hadde ingen spørsmål om diagnoser eller psykiske lidelser. Det som ble fortalt om egen lidelse var på eget initiativ. Mitt inntrykk av de fleste deltakerne var at de utgjorde et potensiale ved å være åpne, reflekterte og nyanserte i beskrivelsene om hvordan de opplevde å bo i bofellesskapet. Noen deltakere delte sterke fortellinger om hvilke påkjenninger de hadde vært utsatt for tidligere i livet og for meg fremsto de som mennesker med stor innsikt i sin lidelse, både når det gjaldt utfordringer og i forhold til egen bedringsprosess.

3.2.1 Informert samtykke

Deltakerne skal informeres om undersøkelsens overordnede formål, fordeler og ulemper (Kvale og Brinkmann, 2009). Da jeg sendte ut forespørsel om bistand til å velge ut informanter (Vedlegg 1) la jeg ved informert samtykkeskjema (Vedlegg 2) som de ansatte på boligen kunne hjelpe med å gå igjennom før deltakerne tok stilling til om de ville være med på studien. To av deltakerne hadde gått igjennom og skrevet under da jeg kom for å intervju dem. De tre andre hadde sagt ja, men personalet tenkte det var bedre at jeg gikk igjennom skjemaet med dem når jeg kom da det kunne bli mye informasjon på en gang. Før jeg startet intervjuet gikk jeg gjennom skjemaet på nytt for dem som hadde skrevet under, og for første gang for de som ikke hadde skrevet under fra før, for å bekrefte at de var klar over hva deltakelsen i studiet gikk ut på. Jeg viste frem båndopptakeren og vi testet sammen om den virket som den skulle. Jeg forklarte at jeg brukte båndopptaker for ikke glemme det de sa og at jeg da slapp å ta notater men kunne konsentrere meg om å høre etter. Ei hadde fått spørreskjemaet på forhånd og skrevet ned svarene sine (som vi utdypet under samtalen). Med de andre leste jeg opp spørsmålene før vi startet intervjuet. Alle ville fremdeles være med. Jeg fikk forsikret meg om at de involverte deltok frivillig og jeg informerte dem om at de kunne trekke seg ut av undersøkelsen når som helst, ved å ta kontakt med meg på kontaktinformasjonen som står på samtykkeskjemaet de beholdt, frem til analysen ble tatt med i oppgaven.

3.2.2 Fortrolighet

Jeg forklarte deltakerne at jeg ville oppbevare lydbåndet i låst skap og at det skulle slettes når prosjektperioden var over i desember 2013. Allerede i starten på transkripsjon stadiet skjulte jeg intervjupersonenes identitet ved at de ikke oppgav navn og andre kjennetegn ble fjernet eller omskrevet i transkriberingen. Detaljer om opplevelser som ikke hadde med forskningsspørsmålet å gjøre tok jeg ikke med i transkriberingen. Det er viktig å anonymisere gjenkjennelige detaljer og behandle sensitive opplysninger med varsomhet (Hem, 2009). Jeg har kjent på et stort ansvar for å ta vare på og formidle resultatene på en ærlig måte. Jeg har vært opptatt av at deltakerne ikke skal oppleve seg «sitert ut av sammenhengen» når jeg har analysert tekstmaterialet. Videre har jeg forsikret dem om at det bare er jeg og eventuelt min veileder som skal høre opptakene og at jeg ved transkribering fjerner gjenkjennende informasjon slik at materialet anonymiseres.

3.2.3 Konsekvenser

Jeg var oppmerksom på at jeg kunne sette i gang noen tanker som kunne komme til uttrykk etter at jeg har avsluttet min samtale med deltakerne. I forespørselen om bistand til å finne informanter (Vedlegg 1) informerte jeg derfor om at personalet måtte være oppmerksomme på slike reaksjoner. I intervjusituasjonen ga noen av deltakerne uttrykk for at samtalen satte i gang noen følelser. Jeg forsikret meg om at de hadde noen å snakke med, eller om de mente det gikk greit da jeg gikk, og sa at de kunne ta kontakt med meg dersom det var noe de lurte på angående studien eller om de hadde bekymring for noe de hadde sagt eller om de ville trekke noe tilbake. Jeg har vært opptatt av å være varsom når resultatene skal fortolkes og presenteres i masteroppgaven uten at jeg mister informasjon som er viktig å ha med. Tre av deltakerne ønsker å få en utgave av den ferdige masteroppgaven. Da jeg etter intervjuene spurte hvordan de hadde opplevd det så svarte alle at de synes det hadde gått greit. Ei sa hun syntes det hadde vært mye bedre enn hun hadde forventet siden hun hadde opplevd å bli lyttet til, noe hun opplevde som godt. Jeg fikk inntrykk av at det ga større fordeler enn ulemper å delta.

3.2.4 Min rolle som forsker

Siden jeg selv jobber som miljøterapeut i et kommunalt bofellesskap så har jeg hatt med meg en forforståelse under forskningsprosessen fra valg av tema til utforming av forskningsspørsmål og i analysen ved valg av tema og kategorier. Det kan også ha sine fordeler at jeg har hatt kunnskap på feltet fra før, men jeg har vært ekstra oppmerksom på

farene ved å påvirke resultatene og hatt et reflektert forhold til mine valg ved å stoppe opp og tenke igjennom de valgene jeg har tatt og hvorfor jeg har tatt dem under hele prosessen. Jeg har vært opptatt av å sikre at det er ikke mine forforståelser og ønsker om resultater, bevisst eller ubevisst, men brukernes stemmer som skal få plass. Jeg har vært åpen med deltakerne om at jeg ved siden av å være student arbeidet i bolig men at jeg var der først og fremst som student og forsker. Av hensyn til relasjonene og kjennskapet jeg har til beboerne i den boligen jeg nå arbeider har jeg valgt å holde den utenfor som forskningsarena og valgte fire andre boliger i samme kommune. Jeg tenker dette er viktig for ikke å utsette beboerne på min arbeidsplass for bekymringer i forhold til at jeg da hadde fått en dobbeltrolle som forsker og den som gir tjenestene der de bor. Jeg tenker også at muligheten for min påvirkning er større der jeg har en relasjon fra før og min forforståelse hadde vært vanskeligere å sette til side.

3.2.5 Søknad og godkjenning

Da prosjektbeskrivelsen var ferdig utarbeidet ble den først sendt elektronisk til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og ble vurdert til å falle utenfor komiteens mandat (vedlegg 4). Prosjektet ble så registrert og godkjent ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), og jeg kunne starte opp prosjektet 10.01.2013 (Vedlegg 5).

3.3 Utvalg

Utvalgsriterier var at deltakerne skulle bo i et bemannet bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Det er i utvelgelsen av deltakere ikke lagt vekt på særskilte diagnostiske inklusjonskriterier siden diagnostisk kategorisering av psykiske lidelser ikke er relevant i studien. Det ble tre kvinner og to menn i aldersgruppen 41 til 55. Det er usikkert om deltakerne er tilfeldig utvalgt og usikkert om det var tilfeldig at alle var i den voksne delen av befolkningen, siden jeg overlot utvelgelsen til personalet ved boligen. Utvalget var tenkt to beboere fra tre kommunale bofellesskap for mennesker med psykiske i Kristiansand kommune. Det meldte seg ikke to fra hvert bofellesskap så jeg kontaktet et fjerde bofellesskap med en forespørsel og en valgte å delta. Da ble det fem mennesker fra fire forskjellige bofellesskap. I forhold til oppgavens størrelse og tidsperspektiv var dette et stort nok utvalg. Deltakerne i studien representerer forskjellige typer bofellesskap med tanke på bemanning og antall beboere. Ett bofellesskap er stort med ca. 20 beboere mens tre hadde mellom 5 og 8 beboere. Tilgangen på personal varierte fra døgnbemanning til dag og kveld og til bare dag.

Fire av informantene hadde tidligere bodd i leilighet eller hybel utenfor bofellesskap og en hadde flyttet fra flere år i psykiatrisk institusjon til bofellesskap. Den som hadde bodd i bofellesskap kortest hadde bodd der i tre år mens den som hadde bodd lengst hadde bodd der i tjue år.

Utvalget er strategisk. Jeg tok først kontakt via e-post med enhet for bolig og tjenestetildeling (EBT) i Kristiansand kommune for å få kontaktinformasjon til ledere ved bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Jeg fikk kontaktinformasjon til fire ledere og sendte e-post til tre av dem, tilfeldig valgt da jeg ikke hadde kjennskap til noen av dem eller boligene de hadde ansvar for. Jeg la ved forespørsel om bistand (Vedlegg 1) for å få hjelp til å komme i kontakt med tilsammen seks informanter fra tre ulike bofellesskap, og informert samtykke (Vedlegg 2). Aktuelle informanter kunne da kunne få informasjon om studien før de tok stilling til om de ville være med. Jeg fikk raskt positiv tilbakemelding av lederne hvor de sa seg villige til å hjelpe meg med å finne informanter. De skulle gi meg beskjed når de hadde fått sjekket ut om noen ville delta. Etter et par uker fikk jeg kontaktinformasjon til de to første som hadde sagt ja til å delta. Jeg ringte dem og avtalte dag og klokkeslett. Et par dager senere fikk jeg en telefon fra en gruppeleder med kontaktinformasjon til to til som var fra hvert sitt bofellesskap. Jeg ringte dem og vi avtalte dag og klokkeslett. Da jeg hadde gjennomført disse intervjuene ringte jeg tilbake til gruppelederen, hvor en fra to bofellesskap hadde meldt seg, for å høre om det var flere der som ønsket å være med. Det var det ikke men han trodde det var noen ved et fjerde bofellesskap som hadde fått forespørselen min. Jeg fikk kontaktinformasjonen til gruppelederen der. Da jeg ringte var det en der som ville delta. Jeg avtalte dag og klokkeslett med leder som videreformidlet til deltakeren og jeg fikk tilbakemelding om at det passet.

3.4 Datainnsamling

Innenfor den kvalitative forskningstradisjonen finnes det mange ulike veier til kunnskap og det er viktig å ta stilling til hvilken form for datainnsamling som kan gi data som er mest mulig relevante for å belyse problemstillingen (Malterud, 2011).

3.4.1 Intervju

Jeg har brukt semistrukturert livsverden intervju siden jeg har vært ute etter å få innsikt i fenomenet å bo i et bofellesskap og hva det gjør med den psykiske helsen, ut fra intervjupersonenes egne perspektiver på opplevelser i tilværelsen ved bofellesskapet. Denne

formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Det ligger nær opp til en samtale i dagliglivet men har som profesjonelt intervju et formål. Det er semistrukturert - det er verken en åpen samtale eller lukket spørreskjemasamtale (Kvale og Brinkmann, 2010).

Jeg har vært oppmerksom på å sette min egen forforståelse i parentes under intervjuet. Siden jeg selv er forskningsinstrumentet betyr det at mine kunnskaper og kvalifikasjoner på menneskelig interaksjon er viktig og vil ha noe å si for det materialet som produseres gjennom intervjuet. Jeg har vært oppmerksom på å følge kvalifikasjonskriteriene for intervjueren som er beskrevet i Kvale og Brinkmann (2010). Kort oppsummert er det å ha kunnskap om emnet, være strukturert, stille klare spørsmål, være vennlig, følsom, åpen og kritisk (Kvale og Brinkmann, s. 177, boks 9.2).

Jeg foretok intervjuet ved hjelp av intervjuguide (Vedlegg 3). Spørsmålene var tenkt mer som en huskeliste for meg selv for å føre samtalen tilbake dersom den gikk for langt bort fra temaer som berørte problemstillingen og den var ikke ment å følges til punkt å prikke. Deltakerne styrte selv hva de ville snakke om rundt temaet i spørsmålet, hva de la vekt på og i hvilken rekkefølge. De fleste forholdt seg allikevel til strukturen i intervjuguiden. Jeg leste opp spørsmålene før vi startet intervjuet. Samtalene ble tatt opp på bånd og jeg sikret i forkant at lyd kvaliteten var god, sammen med deltakerne. Jeg har brukt Elton Mayos intervjumetode illustrert i Kvale og Brinkmann (2010, s 65) som en guide. Den vektlegger følgende:

1. Rette hele oppmerksomheten mot intervjupersonen. Gjøre det klart at jeg gjør det. Lytte – ikke å snakke.
2. Argumenter aldri. Gi aldri råd.
3. Lytt til
 - a. Hva han ønsker å si
 - b. Hva han ikke ønsker å si
 - c. Hva han ikke kan si uten hjelp
4. Foreta- mens du lytter- en foreløpig og senere korrigerbar kartlegging av det (personlige) mønster du står overfor. For å teste dette bør du fra tid til annen sammenfatte det som blir sagt, og også be om kommentarer (for eksempel « er det *det* du forteller meg?»). Gjør alltid dette med den største forsiktighet, det vil si presiser på måter som ikke forvrenger eller tilføyer noe.
5. Husk at alt som blir sagt skal betraktes som noe som er sagt i fortrolighet (Mayo, 1933 i Kvale og Brinkmann, 2010 s. 65).

3.4.2 Valg av sted

Intervjusituasjonens fortrolighet og ro kan skape en god ramme for historier om erindringer og sammenhenger (Malterud, 2011). I informasjonen på samtykkeskjemaet (Vedlegg 2) skrev jeg at vi kunne ta intervjuet hjemme hos informantene dersom de ønsket det. Da jeg spurte dem hvor de ønsket å bli intervjuet svarte alle at de ønsket å være i egen leilighet. Dette opplevde jeg som positivt siden jeg hadde en antakelse om at de ville ha valgt et mer nøytralt sted siden de ikke hadde kjennskap til meg fra før.

3.5 Analyse av data

Jeg har valgt å analysere manuelt uten analyseprogrammer. Bakgrunnen for dette valget er at jeg ved å gå gjennom tekstene flere ganger får en annen nærhet til innholdet enn om jeg bruker programmer til å analysere meningsfortetninger. Under analysen har jeg vært opptatt av å være åpen overfor nye og uventede fenomener og har unngått å bruke ferdigoppsatte kategorier og fortolkningskjemaer.

Det er mange måter å analysere data på men siden jeg er ny på forskningsfeltet har jeg hatt behov for en metode som har hjulpet meg skritt for skritt slik at jeg kan gjengi hva jeg har gjort på en ryddig og forståelig måte. Jeg har benyttet meg av Systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgi, modifisert av Malterud (2011). Jeg viser en skjematisk fremstilling analyseprosessen etter at jeg har gitt en beskrivelse av hvordan jeg har gjort under analysetrinnene beskrevet i Malterud (2011), uthevet i kursiv:

1. *Foreløpige temaer(5-8) identifiseres ved første gjennomlesing (Ibid, s.111).*

Først skrev jeg ut transkriberingene av intervjuene og leste dem i ro og fred. Jeg forsøkte å legge bort egne forventninger om hva jeg ville finne mens jeg leste. Jeg merket meg temaer som utpekte seg og skrev de ned i marginen etter hvert.

2. *Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om Koder, som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper. Kodene justeres og defineres i kode prosessen (ibid, s. 111).*

Etter å ha lest utskriftene flere ganger lagde jeg fem forskjellige koder i et eget analysedokument med bakgrunn i de 5 temaene jeg hadde merket meg. Deretter ble

meningsbærende enheter klippet ut fra den transkriberte teksten og sortert under koder. Dette ble gjentatt for en og en deltaker. Først tok jeg for meg de fire første da dette var anbefalt i Malterud (2011) for ikke få for mye tekstmateriale og arbeide med på en gang. Prosessen ble gjentatt med det siste intervjuet når det var ferdig transkribert. Jeg fjernet alle eh..hmm.. og gjentakelser slik at tekstene fikk et mer skriftlig korrekt språk og det ble mer sammenheng i utsagnene. Jeg opplevde å sette meg fast i starten med de fire første transkriberingene ved at mye av teksten ikke passet inn i kodene jeg først hadde laget meg så jeg ble nødt til å gå et skritt tilbake og se hva *teksten fortalte meg* på nytt. Jeg hadde skrevet logg og kunne dermed ta et overblikk på nytt ved å gå igjennom hva jeg først hadde tenkt og hvorfor jeg hadde tatt valgene jeg hadde tatt, for så å starte på nytt og reforhandle mine første temaer (ibid). Da jeg kom til enighet med meg selv ved å fristille meg fra forventninger jeg hadde til hva teksten fortalte meg og fortsatte med reforhandlede koder, gikk det mye bedre og mye mer av teksten passet inn under kodene.

3. *Hver kodegruppe deles inn i subgrupper (to- tre) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for kondensering* (ibid, s, 111).

Tekster som hadde samme mening ble skrevet sammen. Kjennetegn i utsagn ble fjernet eller omskrevet. Ingen av tekstene fortalte nå hvem som hadde sagt hva og var fremdeles sortert under samme tema. Sitater som jeg mente kunne bli satt inn i den ferdige analysedelen for å nyansere bildet ble beholdt. Alle temaene fikk 3 -4 subgrupper som jeg sorterte under. Dette gjorde at jeg lettere kunne danne meg et større bilde på bakgrunn av nyansene i hva deltakerne hadde sagt, som var viktig å få med under de aktuelle kodene. Teksten ble på denne måten fortettet fra 44 sider ned til 13 sider.

Eksempel på kondensering av meningsbærende enheter under temaet «bedre psykisk helse av å bo i bofellesskap »:

Jeg har kommet meg veldig godt psykisk etter at jeg flyttet hit og psyken er blitt helt totalt forandret. Svingningene er ikke like store nå som det de var før. Før jeg flyttet inn her så prøvde jeg å ta livet av meg. Ikke lenge etter at jeg var skrevet ut fra sykehuset fikk jeg plass her og en ny start på livet. Jeg var veldig langt nede den gang så det var fantastisk for meg å komme hit. Det har selvfølgelig sine fordeler og ulemper å bo i bofellesskap, det vil det alltid ha, men jeg er ikke i tvil om at jeg ville flyttet om igjen og det sier jo litt.

4. *Kategorier (tre til fem) utvikles ved sammenfatning av essensen av i hver av de kondenserte kodegruppene og danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet (Malterud, 2011).*

Innholdet i hvert tema ble gjennomgått og en subgruppe ble flyttet til en annen kode da jeg så at denne teksten hadde mer sammenheng med og utdypet en annen kode bedre. Ingen temaer ble tatt bort men alle ble utformet litt annerledes slik at overskriften skulle gi et inntrykk av hva hver enkelt kategori inneholdt. I analyseprosessen har jeg flere ganger gått tilbake til den originale transkriberingen for å være sikker på at teksten jeg mente var meningsbærende ikke ble satt i en annen sammenheng enn den var fortalt i. Til slutt gikk jeg gjennom alle intervjuene i sin helhet for å se om beskrivelsen jeg hadde gitt av dem stemte med det deltakerne hadde sagt. Dette er i tråd med den hermeneutiske sirkelen hvor en kontinuerlig frem- og tilbake prosess mellom deler og helhet er et viktig prinsipp (Kvale og Brinkmann, 2010; Nerheim, 1996).

Eksempel på beskrivelser ved temaet «bedre psykisk helse av å bo i bofellesskap som ble til «Bofellesskap oppleves trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse»:

Alle deltakerne fortalte at de hadde fått mye bedre psykisk helse og færre innleggelser etter at de flyttet inn i bofellesskapet. En av deltakerne fortalte om forsøk på å ta sitt eget liv da vedkommende bodde på egen hybel og da leilighet i bofellesskapet ble en realitet opplevdes dette som å få en ny start på livet. En annen deltaker fortalte om å ikke oppleve å få hjelp før vedkommende flyttet inn i bofellesskapet. Flere av deltakerne fortalte at de hadde vært veldig lang nede tidligere og syntes det var fantastisk å komme i bofellesskap selv om det er både fordeler og ulemper, som en av dem sa.

3.5.1 Skjematisk fremstilling av analyseprosessen

Utviklingen fra de første temaer i fase 1 til de endelige kategoriene i fase 4.

Fase 1 Færre innleggelser	Selvbestemmelse	Fellesskap	Smerte	Påkjenninger
Fase 2 Bedre psykisk helse av å bo i bofellesskap	Personlig autonomi og brukermedvirkning	Sosialt fellesskap	Egen og andres smerte	Utfordringer og muligheter for bedre psykisk helse
Fase 3 Subgrupper: -Mestring av egen lidelse -Utvikling og læring -Trygghet	Subgrupper: -Autonomi og brukermedvirkning -Bistand -Deltakelse	Subgrupper: -Aktiviteter -Vennskap og fellesskap -Gi å få hjelp og støtte	Subgrupper: -Sårbarhet -Sensitivitet -Ensomhet	Subgrupper: -Uro og konflikter -Mange å forholde seg til -Avlyste avtaler -Støtte og veiledning i vanskelige situasjoner
Fase 4 Bofellesskap oppleves trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse	Personlig autonomi og brukermedvirkning	Sosialt fellesskap og vennskap som hjelp og støtte	Opplevelse av egen og andres smerte	Utfordringer og muligheter ved psykisk helsearbeid i bolig

3.6 Studiens gyldighet og pålitelighet

Det har vært viktig for meg å gjøre det jeg kan for å sikre at oppgaven fremstår som gyldig og pålitelig. Validering er i ordbøker definert som en uttalelser sannhet, riktighet og styrke (Kvale og Brinkmann, 2010). I en bredere fortolkning kan man si at validitet har å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke og i hvilken grad våre refleksjoner faktisk reflekterer de fenomenene som vi ønsker å vite noe om. I denne studien har jeg brukt semistrukturert livsverden intervju siden det er den metoden som kan gi meg best innsikt i forskningsspørsmålet *«hvordan opplever mennesker som bor i kommunale bemannede bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?»* Dersom

man tar utgangspunkt i denne oppfatningen kan den kvalitative forskningen i prinsippet gi gyldig vitenskapelig kunnskap (kvale og Brinkmann, 2010).

Kvale og Brinkmann (2010) legger vekt på at validering gjennomsyrrer hele forskningsprosessen fra valg av tema til den ferdige masteroppgaven. Jeg har vært bevisst på min rolle som både forsker og ansatt i den tjenesten jeg har undersøkt fra start til slutt. Jeg har brukt mange sitater i presentasjon av funn for at deltakernes stemmer skal få størst plass og gi et riktig inntrykk av hva som ble formidlet i samtalen jeg hadde med dem.

I mitt møte med deltakerne ble jeg oppmerksom på at de jeg intervjuet ikke var blant de som var dårligst ved boligene. De opplevde seg selv som en av de ved bofellesskapet som klarer seg best. Det vil si at stemmene til de dårligste ikke har kommet frem i denne studien. Flere av deltakerne sier noe om dem som de tenker har det vanskeligst. Hadde deltakerne vært blant de som sliter mest hadde kanskje resultatene vært annerledes. Jeg skal ikke komme med antakelser om det men lar deltakernes stemmer om hvordan de opplever medbeboere som ikke deltar i fellesskapet tale for seg i når funnene presenteres.

Andre forhold som kan ha betydd for resultatene er at jeg bare hadde ett intervju med deltakerne så resultatene har ikke kommet gjennom flere samtaler hvor andre nyanser kunne kommet fram. Allikevel hadde jeg en opplevelse av tillit mellom deltakerne og meg som intervjuer, og praten gikk lett. Det var hyggelig og avslappet og jeg spurte om jeg hadde forstått det de sa, flere ganger i løpet av samtalen. Jeg spurte på nytt med andre ord om temaer jeg var usikker på for å sjekke om jeg hadde oppfattet riktig. Jeg oppsummerte med mine ord og spurte om jeg hadde forstått det de sa riktig. En annen ting er at jeg var åpen med at jeg i tillegg til studiet arbeider i bofellesskap. Det kan ha lagt noen føringer for samtalen, selv om jeg ikke hadde inntrykk av at det spilte en stor rolle, siden resultatene fra intervjuene var nyanserte angående personalet og bofellesskapet.

Transkriberingen gjorde jeg selv kort tid etter intervjuene mens jeg husket stemning og følelsesuttrykk som oppsto under samtalen. Siden vi sjekket lyd kvaliteten før intervjuet startet sikret jeg at det ikke var vanskelig å transkribere opptakene nøyaktig. Da jeg transkriberte valgte jeg å gi teksten en skriftlig form men jeg var påpasselig med at den opprinnelige betydningen ble ivaretatt og jeg tok vare på mange sitater for å illustrere essensen i funnene. Jeg har hatt tett oppfølging av min veileder for å kvalitetssikre analysen underveis i prosessen. Ved å gjøre rede for prosessen steg for steg og synliggjøre valg jeg har

tatt forsøker jeg å gi leseren nok innsikt, fra starten på prosjektet til den ferdige masteroppgaven hvor funnene presenteres og drøftes, til å kunne vurdere studiens gyldighet.

Når det gjelder reliabilitet så behandles dette ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere ved et senere tidspunkt. I kvalitativ forskning er det subjektive resultater hvor min rolle som forsker og intervjuer kan påvirke resultatene, både i forhold til kontakt og tillit som skapes i intervjusituasjonen, ledende spørsmål og om jeg uforvarende påvirker svarene, selv om jeg har hatt et bevisst forhold til dette under intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann, 2010). Det er derfor ikke gitt at andre ville ha fått de samme svarene da det er vanskelig for andre å gjenskape nøyaktig den samme konteksten.

Det er vanskelig å kunne si noe om funnene kan gjelde for andre bofellesskap. Det er opp til hver og en å vurdere. Allikevel kan man, ved å ha tidligere forskning som støtte, få en anelse om funn og resultater kan ses i en større sammenheng og dermed si noe om overførbarheten. Det er ønskelig med en høy reliabilitet men Kvale og Brinkmann (2010) sier at et for stort fokus på reliabilitet kan motvirke kreativ tenking og variasjon og påpeker: « *disse har bedre betingelser når intervjuere får følge sin egen intervjustil, improvisere underveis og følge opp fornemmelser underveis*» (ibid s. 250).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Jeg har valgt å bruke mange sitater i presentasjon av funn da jeg synes de rommer så mye mer enn jeg klarer å beskrive med mine ord. Sitatene er autentiske og uthevet i *kursiv* men jeg valgte å ikke skrive hvem, for eksempel; «mann 46 år» for å anonymisere mest mulig. Alle deltakerne er representert med sitater, men noen er brukt mer enn andre. Jeg har forholdt meg til retningslinjer for rapportering av intervjusitater for å synliggjøre hvorfor jeg har valgt å bruke sitatene jf. Kvale og Brinkmann (2010).

4.1 Bofellesskap oppleves trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse.

Alle deltakerne fortalte at de hadde fått mye bedre psykisk helse og færre innleggelse etter at de flyttet inn i bofellesskapet. En deltaker fortalte om forsøk på å ta sitt eget liv da vedkommende bodde på egen hybel og da leilighet i bofellesskapet gikk i orden ga det en opplevelse av å få en ny start på livet. Det var nå tre år siden siste innleggelse. Flere av

deltakerne fortalte at de hadde vært veldig lang nede tidligere og de syntes det var fantastisk å komme i bofellesskap selv om denne måten å bo på består av både fordeler og ulemper, som en av dem sa.

«Psyken er blitt helt totalt forandret og svingningene er ikke like store nå som det de var før».

Sitatet er hentet fra samtalen som ble til etter at jeg hadde stilt spørsmålet « Fortell om hvordan du opplever å bo her?» (Vedlegg 3). Jeg valgte å bruke dette sitatet fordi det sier mye om hvordan opplevelse av bedre psykisk helse kan komme til uttrykk.

Deltakerne fortalte at dagene kan være tunge selv om de bor i bofellesskap og det ble påpekt at det var viktig og ikke glemme at alle har problemer av et eller annet slag og at det er viktig å tenke på når en sliter selv. Flere fortalte at de hadde erfart at åpenhet om psykiske plager kunne bidra til å gjøre problemene mindre skremmende ved at flere snakker om dem.

De fleste deltakerne gir uttrykk for å mestre å ha god innsikt i lidelsene sine og de forteller om strategier for å møte utfordringene. Flere fortalte om hvordan de selv aktivt gjør ting som bidrar til at dagen blir litt bedre. Noen velger å legge seg inn for ikke la det gå for langt da de kjenner symptomene. To stykker fortalte at de kontakter familiemedlemmer de er fortrolige med når de trenger hjelp. Det ble fortalt at det hjalp å gå ut for å treffe folk, enten på butikken eller på fellesstua. Det spilte ingen rolle om det var personale eller andre kjente. Det å treffe andre kunne gi en følelse av å bli sett som person og man kunne få noen gode ord som kunne redde dagen. Halvparten av dem jeg snakket med deltar på faste aktiviteter enten i regi av fellesaktiviteter på boligen eller gjennom andre tiltak. De som ikke har faste aktiviteter lar dette være da de opplever at det ikke er bra for dem siden de opplever å bli dårligere ved å delta.

«Det er tøft innimellom men jeg blir nødt for å bli så god jeg kan selv om jeg har en sykdom som jeg ikke kan gjøre noe med - at jeg kommer til å svinge - så gjør jeg ting for å bli best mulig for å komme så langt jeg kan».

Under samtalen kom denne deltakeren og jeg inn på åpenhet om å ha psykiske lidelser og at det er mange som ikke er åpne og at det kanskje kan skyldes at mange synes det er flaut eller pinlig å snakke om. Deltakeren poengterer at en ikke kommer videre hvis en ikke tør vær åpen og avsluttet temaet med dette sitatet. Jeg valgte ut dette sitatet da jeg synes det belyser deltakernes oppmerksomhet på å ivareta seg selv og gjøre ting som oppleves som bra for dem slik at den psykiske helsen blir best mulig.

Flere av deltakerne forteller at de har opplevd mye i sitt liv og de sier at de har vokst og utviklet seg på bakgrunn av de erfaringene de har fått gjennom sin psykiske lidelse. En deltaker forteller om gleden ved å lese og at vedkommende lærer mye av det. Ved å være sammen med og snakke med andre i bofelleskapet som har psykiske lidelser nevner flere av dem at de har erfart å kjenne igjen egne symptomer, sett det fra utsiden og forsøkt å sette seg inn i andres situasjon og på den måten fått større innsikt i sine egne problemer.

«Du ser hvor absurd det blir når du ser det utenfra. Det er lettere å se det utenfra enn innvendig. De problemene jeg hadde knyttet til det er helt borte. Jeg ser hvor absurd det blir når det blir gjentatt av andre».

Da jeg hadde stilt spørsmålet «Fortell litt om åssen du opplever å bo her?» (Vedlegg: 3), kom deltakeren inn på betydningen av vennskap og fellesskap med de andre beboerne og jeg synes dette sitatet synliggjør hvordan observasjon og samvær med andre kan bidra til større innsikt om seg selv slik at man kan utvikle seg i retning av bedre psykisk helse.

En deltaker forteller at psykoseproblematikken er erstattet av angst som har gått fra å være alvorlig angst til et nivå som mestres. Deltakeren sier at det ikke er noe som overasker angående egen sykdom lenger, noe som oppleves som en styrke. Videre kommer det frem at å ha ei fellesstue som man kan være sammen med andre, bidrar til å utvide toleransegrensen slik at deltakeren fungerer bedre, noe som igjen gjør at samværet med andre kan være friere. Flere forteller om opplevelser som gir uttrykk for at samværet med andre beboere og personal gir anledning for læring og utvikling.

«jeg tror litt på det å normalisere praten på stua en del er med på å herde og styrke oss, at vi tåler litt mer enn et vindkast, men det er visse mennesker som er veldig sårbare, for jeg har selv vært i de fasene, og da skal en være forsiktig, for da nytter det ikke. Da blir det galt. Heldigvis er jeg ikke der nå.»

Da jeg hadde stilt spørsmålet «Hva synes du er veldig viktig å huske på i møtet med deg?» (vedlegg:3), kom deltakeren inn på miljøet på fellesstua, skapt av både personal og andre beboere og hvordan det kan oppleves når man er i dårlig form og hvordan miljøet også kan bidra til å øke tålegrensen. Sitatet belyser denne tosidigheten, derfor valgte jeg å bruke det.

Tryggheten ved å ha tilgang til personal når man er dårlig trekkes frem av alle deltakerne som viktig og det betinger også at personalet vet litt om dem som bor der for ikke å trække over grenser. Tryggheten bidrar til at deltakerne takler utfordringer de ikke taklet tidligere, forteller

de. En deltaker betegner seg som tidligere svingdørspasient og forteller at det ikke var hjelp å få. Selv om fellesskapet kan oppleves variabelt så sier en av deltakerne at det er trygt siden alle de andre er kjente. De fleste har ulike traumatiske opplevelser tidligere i livet og tryggheten med å bo i bofellesskapet er helt nødvendig, sier de. Alle synes det er trygt å vite at de kan ha leiligheten så lenge de selv ønsker og flere sier at selv om de virker oppegående ville de aldri ha flyttet fra bofellesskapet. Alle deltakerne trekker inn tryggheten ved å bo i bofellesskapet som medvirkende årsak til trivsel og bedre psykisk helse som de mener bidrar til at de har hatt færre innleggelse enn de hadde før de flyttet inn i bofellesskapet.

«Når jeg bor her får jeg ikke angst men jeg får godt og varmt i mitt hjerte».

Dette sitatet var avslutningen på intervjuet med en av deltakerne. Vi hadde snakket om «hva som hjelper deg her på boligen når du har det vanskelig» (vedlegg 3). Deltakeren fortalte at han syntes fellesskapet med de andre var godt og at han trodde det ville vært veldig ensomt å bo for seg selv. Vi hadde også snakket om hvilke tjenester han fikk av personalet. Jeg spør da om han synes det er trygt å bo i bofellesskapet, siden han ikke hadde brukt begrepet men fortalt meg om opplevelser som jeg tolket som et uttrykk for opplevd trygghet. Jeg ønsket å få bekreftet eller avkreftet min tolkning. Svaret var da sitatet. Utsagnet ble sagt med en varme i stemmen som gjorde dypt inntrykk på meg. Dette sitatet ble også oppgavens tittel da jeg synes det representerer et budskap deltakerne har gitt uttrykk for på hver sine måter.

De fleste har nevnt trygghet uoppfordret ved å si at de opplever det trygt og godt å bo i bofellesskap, andre ved å fortelle om opplevelser i bofellesskapet som har gitt dem trygghet. Alle deltakerne har tatt opp at det burde bygges flere bofellesskap slik at alle som ønsker skal få muligheten til å ha en tilværelse hvor trygghet og fellesskap med andre preger hverdagen.

4.2 Personlig autonomi og brukermedvirkning.

Privatlivet verdsettes av alle deltakerne. De gir uttrykk for at personalet respekterer privatlivet ved at de ikke er pågående med spørsmål om privatlivet. De synes det er viktig at personalet vet litt om beboerne men at de ikke trenger å vite alt, det synes de blir feil. Deltakerne forteller at personalet ikke har lov til å låse seg inn i leiligheten med mindre det er mistanke om fare for liv eller helse og da skal de være to stykker. Alle sier de trives med de leilighetene de har og de synes det er godt å ha sitt egen hjem med sine ting og personlige eiendeler, som de kan trekke seg tilbake til når de føler for det.

«En kan være aleine når en ikke vil omgås andre her og det er veldig godt».

I starten på dette intervjuet spør jeg om deltakeren har daglig kontakt med personalet (vedlegg: 3). Deltakeren forteller om gåturer og samtaler på kontor og telefonsamtaler. Jeg svarer «ja, så bra» og spør «åssen føler du det?» Deltakeren svarer da « jo, det er trygt og godt», jeg svarer «ja» og deltakeren avslutter svaret sitt med sitatet. Deltakeren forteller at det settes stor pris på at det er deltakerne selv som styrer kontakten og at det gir en frihet som oppleves god. Jeg valgte ut dette sitatet siden utsagnet representerer det alle deltakerne har gitt uttrykk for som udelt positivt ved de representerte bofellesskapene i denne studien.

Flere omtaler seg selv som sosiale og synes det koselig å ha besøk av venner når de er i form til det. En deltaker lager middag sammen med ei venninne eller har middagsgjester. Noen liker å få besøk for å ha en prat i ro og fred. En forteller at det en periode ble litt for mye. Det var mye ringing på døra men da vedkommende ga beskjed om at det ble litt for mye hadde det blitt bedre. Det var avtalt med personalet at de ikke ringte på hvis det ikke var veldig viktig.

«Jeg liker mest mulig ro og ikke så mange som ringer på døra. Det kan stresse meg hvis de som bor her også ringer på for mye, så jeg prøver å si ifra men blir litt sur av og til»

«Så det har vært et problem for meg i perioder. Det har roet seg nå men det var en periode det var vanskelig å få privatliv».

Her spurte jeg om personalet kommer opp og ringer på uten at det er avtalt. Svaret var at de ikke gjør det siden deltakeren hadde bedt dem om la være, hvis det ikke er noe spesielt. Jeg svarer «ja» og deltakeren fortsetter med det første sitatet. Jeg bekrefter med å si « *det er viktig det å si fra, tenker jeg, det er jo noe med å ha privatliv også*». Deltakeren svarer da « *Det er akkurat det, vet du!*» Og samtalen forsetter med sitat to. Sitatet valgte jeg fordi jeg synes det gir et beskrivende bilde av at privatliv og integritet er viktig for å finne ro og trivsel i bofellesskapet. Alle deltakerne ga uttrykk for at privatlivet var viktig.

Alle deltakerne forteller at de selv velger hvor mye kontakt de har med personalet og hva de får hjelp til. De fleste sier de ringer personalet hvis de vil ha kontakt eller de kan gå på fellesstua. To av deltakerne forteller at de leverer inn medisiner og betalingskort på eget initiativ når de er i faser i den psykiske lidelsen som kan sette liv, helse og økonomi i fare.

«Når jeg har blitt hypoman har jeg levert inn bilnøkler, medisiner og visa kort for å ha kontroll, for ikke å ta overdose, ikke kjøre i fjellveggen, ikke bruke penger når jeg er i depressive hypomane faser»

Her spør jeg hvordan deltakeren opplever det hvis personalet tar kontakt, når de vet at deltakeren er i en dårlig periode. Svarer er da at det oppleves veldig godt fordi vedkommende går veldig langt ned i depresjonen. Deltakeren forteller om å bli hypoman i perioder og velger å overlate medisiner, kort og bilnøkler til personalet. Jeg har brukt sitatet fordi det representerer flere fortellinger om hvorfor tilgang til personalet oppleves trygt når man sliter med den psykiske helsen i perioder.

Alle har primær og sekundærkontakt som de forholder seg til men hvem de har mest kontakt med avhenger i stor del av hvem en har god kjemi med. De fleste deltakerne gir alle inntrykk av at de opplever god omsorg og hjelp fra personalet selv om personalkontakten kan bestå av både positive og negative opplevelser.

«De tar vare på deg, rett og slett, når en er dårlig»

«Jeg ringer og snakker med personalet veldig mye i perioder om nettene når jeg har det vanskelig, når jeg har mye angst og sønn»

Under intervjuene kom det frem nyanserte beskrivelser av personalfaktoren men det jeg merket meg var at deltakerne var tydelige på at personalkontakten var viktig for dem. De to sitatene jeg har trukket frem her synliggjør dette. De kom frem under samtaler om hvilke tjenester den enkelte tar i mot ved bofellesskapet. Det første sitatet kom etter spørsmål om hva som hjelper deg på boligen når du har det vanskelig (vedlegg:3). Deltakeren forteller om at personalet vurderer hvem som trenger hjelpen der og da og at personalet fanger deltakeren opp når vedkommende er dårlig. Personalet kan ta beboerne med på bilturer eller andre aktiviteter for å forøke å avhjelpe situasjonen og bidra til andre impulser i hverdagen. Det andre sitatet kom etter spørsmål om deltakeren hadde daglig kontakt med personalet (vedlegg: 3).

Denne formen for kontakt gikk igjen hos flere av deltakerne. Andre igjen satte ord på hvordan det kunne utgjøre en belastning å ikke ha denne muligheten når de hadde det vanskelig. Når det ikke er personal på boligen forteller en deltaker at den aktuelle sona kontaktes og hvor de bistår med medisiner eller med råd hvis vedkommende blir dårlig. En forteller at han har

alarm til sona hvis det oppstår noe akutt på natt og vedkommende må ha hjelp. Men det var ikke ofte han trengte å benytte seg av det.

Alle har hjelp til forskjellige ting, noen mer andre mindre. Noen får bistand til det praktiske som å lage mat i leiligheten, rydde og hjelp til å holde orden, mens andre igjen gjør det meste praktiske selv men tar kontakt med personalet for det sosiale eller for en prat når ting er vanskelig.

«Jeg er i grunnen innom dem hver dag for en kopp kaffe og mange ganger bare sånn koseprat».

Dette sitatet representerer det de fleste har sagt noe om. Jeg spurte om hva deltakeren opplevde som hjelp på boligen når hun hadde det vanskelig (vedlegg: 3). Deltakeren svarte at det hjalp med samtaler. Jeg spurte om deltakeren fikk det av personalet der og det svarte deltakeren ja til. Jeg spurte om deltakeren måtte ta kontakt selv og det måtte de. Jeg spurte om det ble tatt kontakt ved behov. Svaret jeg fikk var sitatet ovenfor. Det å ha mulighet til å ta kontakt med personalet for en prat når det er vanskelig, eller bare for hyggen sin skyld, bare fordi en har lyst, kommer frem som viktig og nevnes av alle som positivt ved å bo i bofellesskap og det var flere som sa at det kan bidra til at dagen blir litt lysere.

Deltakerne seier at det er anledning til å gjøre noe sosialt for de som har lyst til det. Alt er frivillig og det er ikke alle som ønsker å være med, men det er viktig å ha friheten til å være med på det som man vil selv. En forteller at det er en ved bofellesskapet som aldri er med på noe felles men deltakeren vet ikke hvorfor. Personalet er og besøker han en time hver kveld, forteller han.

En deltaker forteller at de pleier å ha husmøter med beboere, personal og styrer. Dette er et informasjonsmøte som alle kan ta opp ting de ønsker. Deltakeren forteller at det er varierende hvor mange som deltar siden folk er innlagt eller lar være å komme av andre grunner. Allikevel pleier det å være ganske mange som deltar og er med på å planlegge aktiviteter og bruk av midler som er gitt til bofellesskapet av ulike organisasjoner. Deltakeren forteller at de som bor der hjelper til med å lage til oppkuttet frukt og kaffe til disse møtene.

Da vi snakket om å velge å ta kontakt med personalet for å få bistand til å kontrollere egne handlinger ved dårlige perioder, spurte jeg om deltakeren så denne formen for å gi fra seg kontroll som å verne om seg selv. Hun svarte ja og at det var en del av å ta ansvar for sitt eget liv. Alle sier de synes det er viktig å gjøre det de kan klare selv.

«Det er veldig viktig å ta del i sitt eget liv- ta ansvar for sitt eget liv».

«Det som personalet ikke må gjøre er å sykeliggjøre de som bor her, det er veldig viktig for det er veldig mye friskt i oss. At de ikke duller og daller med en og legger alt til rette for deg slik at du ikke gjør ting selv. Ting du vet at du kan som for eksempel ordne opp med lege, tannlege og sånne ting, prøve å gjøre mest mulig av det en kan selv»

Det siste sitatet her kom etter spørsmål om hva deltakeren tenker om hva som er spesielt viktig at de som jobber i bofellesskapet husker på i møtet med vedkommende (vedlegg: 3). Svaret var at personalet ikke måtte sykeliggjøre dem som bor i bofellesskapet. Svaret ble utdypet da jeg spurte om hva vedkommende la i å sykeliggjøre. Jeg tok med dette sitatet da det gir uttrykk for en oppfatning som de fleste andre også delte og som jeg tenker er viktig å tenke over når man gir tjenester i bofellesskap.

4.3 Sosialt fellesskap og vennskap som hjelp og støtte

For de som ønsker sosialt samvær er det mange muligheter for det. Fellesstua omtales av alle som et viktig sted. Et sted å gå til for å bytte stue, et fast holdepunkt, for sosiale aktiviteter og samvær. Dit kan de gå får treffe andre eller bare være der for seg selv, men allikevel i fellesskap med andre beboere og personal. Noen spiller kort, yatzy, ser tv, leser avisa eller er der for å nyte stillheten eller få en kaffe og prat. En deltaker sier at nå for tiden liker vedkommende best når det er det er litt humor og at folk er glade ved samvær på fellessen.

«Det er en utrolig forskjell at du har faste punkter på stua og bare det faktum at du har ei fellesstue du kan gå på, kan bytte omgivelser, bytte rom. Her kan en ned på stua og gå ut i gården å ta en røyk, sabla greit. Så det er helt annerledes enn å bo på en vanlig hybel»

Sitatet kom da jeg spurte deltakeren om å se for seg en god dag på boligen. Tid for seg selv i leiligheten ble betegnet som viktig samt at samværet med de andre ble trukket frem som noe som gjorde dagen bra. I samtalen om tilgang til fellesstue reflekterer deltakeren over opplevelser tidligere hvor vedkommende bodde for seg selv og hvor en må søke kontakt med venner for å ikke bli isolert, men de jobber og har sitt, så det er ikke så lett, som vedkommende sier.

«Hvis du sliter på en søndag, hva har du å se frem til hvis du bor aleine? Ikke noe fast på mandag, tirsdag, onsdag, torsdag og alt flyter og du må søke kontakt med venner, men de

jobber også videre. Skikkelig tøft! Du har ikke noe å se frem til. Her kan du slite kanskje, på en søndag og så vet du at det sannsynligvis kommer folk på jobb på mandag. Det er noe helt totalt annet»

Sitatet er deltakerens beskrivelse av tilværelsen i dag og dekker flere av beskrivelsene deltakerne gir av tilværelsen ved bofellesskapet.

Flere av deltakerne sier at de feirer bursdager felles hvor den som har bursdag bestemmer mat. Da er det kaffe og kake og en sier at alle får pakke på bursdagen sin. Beboerne betaler selv inn til det. De sier de synes det er veldig hyggelig å gjøre det slik.

«Når en bor i bokollektiv kan du drikke kaffe og prate med de som bor her og de som jobber her og spille yatzy, kort på fells, tv, drikke kaffe eller lese avisen. Jeg er veldig godt kjent med de andre, vi går ut for å spise pizza sammen og bilturer har vi vært på med personal»

Dette sitatet kom da jeg spurte om vedkommende kunne fortelle litt om hvordan det var å bo i bofellesskapet (vedlegg: 3). Flertallet forteller om enten felles lørdagskos og felles lunsj eller middag som settes pris på. En deltaker forteller om aktiviteter i regi av Solvang, på Løkkeveien aktivitetshus hvor vedkommende blir hentet mandag og onsdag, og torsdager til frokost på Løkkeveien. En jobber på kjøkkenservice og trives godt med det. Av og til er det tilbud om kjøreturer, to deltakere forteller om reiser til Danmark med ferja sammen med andre beboere og personal.

«Jeg har vært opp og ned til Danmark og det synes jeg er fint».

«Vi lager middag sammen, vi kjører på turer og reiser litt og handler og gjør mye sammen, så det er godt».

Det siste sitatet var svaret da jeg spurte om hvordan vedkommende ble kjent med ei god venninne ved bofellesskapet. Vedkommende fortalte at de først ble kjent da begge gikk på samme aktivitetssenter og at venninnen så flyttet inn i samme bofellesskap. Deltakeren gir uttrykk for at de har stor glede av at begge bor ved samme bofellesskap.

Det er på godt og vondt med medbeboere, sier en, siden alle kan svinge i formen men så har de lært hverandre å kjenne så det går greit selv om det kan være uroligheter. Alle sier at de fleste er greie og at de har ganske god kontakt med de fleste, selv om noen holder seg mye for seg selv. Flere sier de synes det er greit å bo sammen med dem som de bor sammen med i bofellesskapet.

«Nettopp vært på fellesstue hvor de satt begge to på fellesstua, det illustrerer jo litt, på en fredags ettermiddag sitter det da en mann på 37, en dame på 62 og meg og prater sånn passe greit. Det er litt sånn av og til men det er det overalt hvor mennesker treffes. Det er tålig greit. Og meg og hun på 62 vi har hatt mye kontakt og pratet time etter time om religion, om livet og filosofi og alt mulig»

Da jeg spurte om det var et fellesareal ved bofellesskapet svarte deltakeren at det var fellesstue og utdypet som sitatet viser.

Flere sier at de har bedre kontakt med naboene i bofellesskapet enn de hadde når de ikke bodde i bofellesskap. Det var flere av dem jeg snakket med som hadde fått gode venner blant de som bodde i bofellesskapet og at de treftes ofte, enten på fellesstua eller at de gikk på besøk til hverandre for en prat eller for å gjøre noe sammen.

De fleste av deltakerne forteller at de synes det er viktig å bry seg om og stille opp for andre. En deltaker sier at mange ikke tør åpne seg siden de kanskje synes det er flaut å snakke om sine psykiske lidelser men at en ikke kommer videre hvis en ikke tør, derfor er det viktig å snakke sammen. Flere forteller at de støtter hverandre ved å lytte og snakke om det som er vanskelig. En av deltakerne forteller om å oppleve at meningen med livet, er å hjelpe andre som sliter.

«Og det tror jeg er viktig selv om en ikke skal prate så mye sykdom så er det å dele erfaringer, det synes ikke jeg er så veldig sykdomsprat i den forstand men en vet altså at veien må du gå aleine men det er noen som kan gå sammen med deg på veien, det er viktig. Å ikke være alene om ting. Ha noen som kan støtte en»

Jeg har tatt ut dette sitatet som ble sagt da vi snakket om åpenhet rundt psykiske lidelser da det gir uttrykk for det flere av deltakerne la vekt på ved å snakke med andre i bofellesskapet.

«Jeg har en grei nabo og vi har støttet hverandre veldig mye, vi har hatt sinneutbrudd, sammen, og på hverandre, delt sorger og gleder og alt sånt»

Sitatet ble sagt da jeg spurte om vedkommende hadde noen å snakke med utenom personalet. Sitatet gir uttrykk for det andre også har fortalt om fordelene med å ha medbeboere de kommer godt overens med.

En annen sier at det kan bli for mye også da vedkommende i en periode følte seg som terapeut for de andre som bor bodde der. De fleste sier at det er viktig å ha respekt og vise hensyn.

Alle gir uttrykk for at det er godt å hjelpe og være snill med de andre, alle på hver sine måter, om det er ved å lytte og støtte eller om det er med å handle for de andre når en er i butikken. De fleste sier at det beste med å bo i bofelleskap er fellesskapet med de andre beboerne og personalet.

4.4 Opplevelse av egen og andres smerte

De fleste deltakerne forteller at de har mange erfaringer siden de har truffet mange forskjellige mennesker i livet, og det har vært mange vonde opplevelser. Tre stykker forteller at det i perioder kan være vanskelig å forholde seg til både personal og andre beboere på fellesstua og ellers. Ubetenksomme kommentarer kan såre. En deltaker sier at det nå går greit men at sleivete utsagn eller indirekte kommentarer kan såre når det tydelig er myntet på vedkommende. En deltaker holder seg borte fra fellesstua i slike perioder.

«Det er veldig greit å bo her men å forholde seg til alt når jeg sliter sånn selv så er det greit å ikke være på fellesstua, både på grunn av hvis jeg misforstår noe eller kommer i konflikter og jeg kan såre noen»

Sitatet var svaret da jeg spurte om det var andre ting enn det vi hadde snakket om som deltakeren syntes det var viktig å si noe om. Det som også ble sagt var at det var vanskelig å være i fellesskapet når en slet selv. Sitatet representerer det flere har sagt noe om.

En deltaker forteller at vedkommende beundrer de som jobber med mennesker og har en forståelse av smerte. Flere gir uttrykk for å ha en sensitivitet etter å ha lang erfaring med livet og forskjellige mennesker de har møtt. En deltaker forteller om å merke eller «sense» hvordan enkelte mennesker har det og at det kan være vanskelig når vedkommende har det vondt selv.

«Selv om de er på jobb kan jeg se smerten deres eller jeg kan tenke; du skulle aldri ha jobbet her»

Dette ble sagt da deltakeren snakket om temaer som var viktige for vedkommende utenom det jeg hadde spurt om fra intervjuguiden. Jeg synes det er viktig å få frem denne siden også av hvordan beboerne kan oppleve personalet siden flere har sagt noe om det. Dette sitatet beskriver det godt.

En deltaker sier at det kan være både fordeler og bakdeler med å få med seg så mye for når vedkommende har mye smerte selv og ser andre sin smerte så er det ekstra tøft, uansett om det gjelder medbeboere eller personalet.

«Noen kan overse folk som har det vondt eller vil snakke. Det kan bety mye for den, der og da, selv om de ikke skriker så høyt. Den er vond»

Jeg tok med dette sitatet som ble sagt da jeg spurte om andre temaer som deltakerne syntes var viktig å si noe om. Vedkommende viser til at personalet har mye mer ansvar enn de som bor der med at de ikke overser folk, men at det kan skje av og til og at det gjør noe med dem som bor der. Det er flere som har sagt noe av det samme og derfor viktig å få frem.

En annen ting som blir nevnt av en er at personalet må være oppmerksomme på å kjenne etter litt på hvilke temaer som snakkes om eller tulles med. Det er ikke alle som tåler en sex vits for eksempel. En deltaker sier dette er et tema vedkommende ikke liker at det fleipes med.

Alle sier noe om at det sosiale er viktig når en bor i bofellesskap og at det er viktig at en forsøker å få med seg de som har lyst for å bli bedre kjent. Flere uttrykker bekymring for at det er mange som trekker seg inn i sin egen leilighet og ikke har venner eller omgås andre enn personalet i bofellesskapet.

«Jeg synes synt på de som antakelig har behov for det og ikke har noen venner, for det er flere som ikke har noen venner på huset. De må ha det litt tøft»

Alle tar opp at ensomheten er vanskelig derfor valgte jeg ut dette sitatet.

De har kjent på ensomheten før de flyttet i bofellesskap. En deltaker ser for seg at det hadde vært så ille og ensomt at vedkommende hadde tatt livet av seg, det sies riktignok med litt humor i stemmen men med en alvorlig undertone, slik jeg oppfattet det. Alle deltakerne sier at de selv sjelden kjenner på ensomheten nå men at de opplever at det er ensomme mennesker i det bofellesskapet de bor i. De gir uttrykk for at personalkontakten er med på å forebygge ensomheten og gir en følelse av å ha noe å se frem til. Alle sier at de må ha denne kontakten.

Det er ulike oppfatninger om, eller opplevelser med hvordan personalet bistår. Noen sier bare positive ting mens andre igjen synes at personalet ser hver enkelt for lite, mye går på rutine og «mekanisk» var et ord som ble brukt; personalet gjør det de vet de skal på en grei måte, men ikke noe utover det, litt «maskinmessig» som en sa.

4.5 utfordringer og muligheter for godt psykisk helsearbeid i bolig

Noen av deltakerne forteller hvordan konflikter i bofellesskapet har vært vanskelig for dem. Det har vært hendelser knyttet til andre beboere og personal. Situasjonene hadde resultert i innleggelse for dem.

«Jeg var så forbanna, de skulle forsøkt å bo sånn selv! Vi som har psykiske problemer og leve i det, det var helt forferdelig!»

Da vi snakket om hvordan deltakerne opplevde de ulike situasjonene ble det blant annet satt ord på som sitatet viser. Slik jeg tolker det så sier det mye, derfor valgte jeg å bruke det.

De gir uttrykk for å ha forståelse for at det kan være vanskelig for personalet også i ulike situasjoner spesielt når det skjer mye akutte situasjoner, mens andre hendelser tenker de kunne ha vært løst på en bedre måte eller delvis kunne vært unngått hvis det hadde vært forståelse for hvor vanskelig det var for de det gjaldt, både fra ansatte i boligen og høyere opp i systemet.

«Jeg satte meg selv i en vanskelig stilling for jeg havnet på Eg og holdt på å tippe over hver dag i fem dager på rad. Hvert sekund holdt jeg på å tippe over men jeg sov godt på nettene heldigvis, det var tøft»

Sitatet taler for seg selv derfor valgte jeg å bruke det.

Når de fortalte om opplevelsene ble ord som redsel, svik, skuffelse, avvisning, angst, stress og aggresjon brukt for å forklare vanskelige følelser som oppsto i situasjoner og som en følge av konflikter og uro.

«Når jeg begynner å tenke på det nå så var det var mye derfor jeg ikke har vært der så mye, rett og slett, på dagen»

Sitatet kommer som en følge av refleksjoner deltakeren gjør over tiden etter at situasjonen hadde roet seg. Det viser hva flere har sagt om hvordan de kan reagere i ettertid av uro.

De sier at det har blitt greit nå og at det går bra. En av deltakerne forteller at vedkommende fremdeles sliter med å komme tilbake til seg selv og at det er helt forferdelig av og til.

«Jeg prøver å si til meg selv når jeg går ut, det er ikke noe farlig, det er trygt, men det sitter igjen i kroppen, liksom. Jeg får ikke ned stressnivået».

Sitatet har jeg brukt da det belyser hvordan uro kan oppleves i etterkant. Deltakeren som sa dette forteller om hvordan vedkommende jobber med seg selv hver dag for å finne tilbake til seg selv og roen vedkommende hadde før.

En annen sier at det bare har godt oppover siden en spesiell periode og at det nå er kjempebra så vedkommende vil bare glemme det. Deltakeren påpeker at det er en balanse der det kan bli sagt for mye i fra at det har roet seg nå og vedkommende er fortrolig med alle men påpeker at det helt naturlig vil være slik at det er forskjellig hvem en kommer overens med og har kjemi med.

En annen utfordring en deltaker fortalte om var mye forskjellig personal i årenes løp og at det kan være vanskelig og utrygt for noen.

«Det er mye personal som har vært ut og inn her. Jeg prøvde å telle og da var det vel 60 på snart åtte år, hvert fall det. Det er nokså stabilt med de faste, alle liker seg her så det er veldig få som slutter. De faste de blir men så er det barselpermisjoner og sykdom og de får inn andre folk og vikarer og litt sånn forskjellig så da blir det mye utskiftning. Det har litt å si for mange synes det er utrygt det. Men jeg er jo sosial sånn at det gjør ikke noe for meg egentlig»

Temaet i sitatet kom opp da jeg spurte om deltakeren forholdt seg til mange forskjellige etter at vi hadde snakket om hva som hjelper deg her på boligen når du har det vanskelig (vedlegg:3).

Flere tar opp at det kan være tøft og vanskelig hvis de blir gående alene uten å få snakke med noen når de blir dårlige. De sier det kan være mange grunner for at de av og til ikke får snakket med personalet eller at det ikke er noen tilgjengelig når de har behov for det. Det kan være på grunn av at det ikke er bemanning på det aktuelle tidspunktet, at det er lite personal på grunn av sykdom, avspasering eller fri. De sier at de kan oppleve at det blir liten tid for

personalet av og til siden de må prioritere tiden mellom beboere som trenger oppfølging på forskjellig vis, eller at de må avlyse fordi det skjer uforutsette eller akutte ting på boligen.

«Det er litt ustabil og hvis folk lever på små marginer så kan det være veldig, veldig tøft»

Sitatet illustrer det flere har gitt uttrykk for. Flere forteller at utfordringer på boligen er vanskeligere å håndtere i perioder hvor de sliter med sin psykiske helse.

Det er flere som tar opp at samtaler og veiledning fra personal i vanskelig situasjoner, eller når de ønsker og har behov for å snakke om vanskelige ting, er noe de ønsker mer av.

«Jeg vil at de prater med meg uansett hvor høyt nivået er om hvorfor det skjedde, og liksom få en forståelse av hvorfor jeg ble sånn, for jeg har jo følt litt sånn at jeg har vært litt sånn nesten den store stygge og jeg blir jo enda mer frustrert når det ikke blir orden på det og jeg må liksom bare gå.»

Sitatet forteller mye om hvor viktig det oppleves å ikke bli stående alene med sinne og frustrasjon når det er konflikter. Deltakeren forteller om god erfaring med å bli møtt slik fra andre situasjoner vedkommende har vært i.

«Når jeg kommer i konflikt med dem så vil de jo helst bare gå fra meg og da blir jeg helt frustrert og da blir jeg enda mer sint og sånn, og jeg forstår jo ikke det i situasjonen».

Dette sitatet har jeg tatt med fordi jeg synes det sier mye om hvordan det kan oppleves å være beboer når konfliktene oppstår.

Flesteparten av deltakerne sier at de synes det er viktig og setter pris på å kunne snakke med personalet når de har det vanskelig. Noen opplever å ha samtaler som er til hjelp mens andre ikke opplever det i like stor grad. Alle forteller at de snakker med personalet jevnlig men hva samtalen består av har de forskjellige opplevelse av.

«Du må klare seg selv hvis du sliter. De har veldig lett for å skrive ut en resept på taxi til legevakt og sykehuset. Og det som er feil med det i bofelleskapene - Ideelt sett så burde en boveileder ha to funksjoner, en funksjon; vanlig boveileder, funksjon to; i alle fall sette av, ved behov, i alle fall ti- femten minutter til samtale med den som trenger det, nettopp fordi at boveileder kjenner oss best, de kjenner oss bedre enn psykiatrisk sykepleier for eksempel. For de kommer bare inn og ser meg her, de ser meg ikke på stua. De ser oss på stua og ser hvordan vi fungerer, de har førstehånds kunnskap til hvordan det står til med oss og kjenner

våres personlighet og behov og kunne lært oss en masse og si mye riktige ord og gi veiledning ved behov. Så jeg mener at det burde omorganiseres fra å gå fra tradisjonell boveilederstilling - så burde det vært supplert med at de var åpen for personlige samtaler for eksempel et kvarter et par ganger i uka. Det hadde vært effektiv!»

Denne refleksjonen tok jeg med i sin helhet som sitat fordi jeg synes deltakeren på en velreflektert måte tar opp sine tanker om tilværelsen ved bofellesskapet og sier noe om hva tjenesten bør bestå av. Vedkommende setter på denne måten søkelyset på viktige områder ved psykisk helsearbeid i bofellesskap.

4.6 Kort oppsummering av resultater

Bofellesskap oppleves trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse.

Deltakerne forteller at de opplever at det er trygt å bo i bofellesskap og sier de har hatt færre innleggelses etter at de flyttet inn i bofellesskapet. Det sosiale samværet, hvor fellesstua spiller en stor rolle, med venner, medbeboere og personal bidrar og legger til rette for læring og gir anledning til å se seg selv utenfra slik at det er mulig å få en større forståelse av egen lidelse. Flere gir uttrykk for å mestre egen lidelse bedre på bakgrunn av dette.

Sosialt fellesskap og vennskap som hjelp og støtte

Fellesaktivitetene settes pris på av de fleste deltakerne og noen deltar mer enn andre. Enkelte av deltakerne forteller at de er lyttende til andre og har mye støtte i gode venner. Sosialt samvær for hyggelige aktiviteter eller dype samtaler om livets mysterier nevnes som viktig. Flere søker stillhet i fellesskap med andre. Åpenhet er viktig for å dele erfaringer og for å kunne hjelpe andre som har det vanskelig. En deltaker opplever mening med livet ved å hjelpe andre på bakgrunn av egne erfaringer. Det å støtte og lytte til andre nevnes av flere som viktige faktorer for at de opplever bedre psykisk helse men det nevnes også at det kan bli for mye og at det er viktig å sette grenser. Beboerne sier de sjelden kjenner på ensomheten i bofellesskapet, men de vet om andre ved bofellesskapet som er ensomme, og de synes det er viktig å forsøke å få med alle på aktiviteter slik at ingen isolerer seg.

Personlig autonomi og brukermedvirkning.

Det oppleves trygt og godt å ha egen leilighet som de kan trekke seg tilbake til hvis de ønsker ro, fred og privatliv. Deltakerne opplever at personalet respekterer privatlivet og de velger

selv hvilke tjenester de mottar og hvor mye og når. De ønsker å bo i bofellesskapet selv om de skulle bli bedre og de opplever at det er godt å vite at de kan ha leiligheten så lenge de vil.

Opplevelse av egen og andres smerte.

Flere deltakere forteller at det gjør noe med dem å se at andre har det vondt eller ikke får den støtten de tenker at de trenger. Noen forteller at de ikke orker å være sammen med andre når de har det vondt selv, for å unngå å såre eller bli såret. Flere forteller de fort merker at andre sliter, både personal og andre beboere. Noen påpeker at ikke alle passer til å arbeide i bofellesskap og at de kan oppleve at personal er redde eller sliter med å være på jobb.

Utfordringer og muligheter for godt psykisk helsearbeid i bolig.

Kvaliteter ved personalet deltakerne sier noe om er at de er engasjerte i jobben sin, er oppriktig omsorgen, ser den enkelte og dennes behov og ikke sykelligjør men forventer at den enkelte gjør det de kan. Faktorer deltakerne trekker frem som kan skape utrygghet er mye forskjellig personale å forholde seg til, konflikter med medbeboere og personal, stå alene når man opplever vanskelige situasjoner, ikke få veiledning eller samtaler som kan hjelpe den enkelte med å få større forståelse av hva som skjer i vanskelige situasjoner. Det oppleves viktig å få samtaler, veiledning og oppfølging av personal når noen har dårlige perioder og det er vanskelige og tilspissede situasjoner slik at de kan få hjelp til å forstå situasjonen eller bare få snakket om det som har vært vondt og vanskelig. De legger vekt på mulighetene som ligger i at personalet kjenner beboerne godt.

5.0 DRØFTING

5.1 Innledning til drøfting av funn

Jeg vil drøfte funnene ved hjelp av tidligere forskning og teorier om hva som bidrar til opplevelse av god psykisk helse for å belyse forskningsspørsmålet: «*Hvordan opplever mennesker som bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?*». I funnene fra analysen har det utpekt seg fenomener i tilværelsen ved bofellesskapet som deltakerne fortalte gjorde noe med den psykiske helsen, på godt og vondt.

Jeg velger å organisere funnkategorien «*utfordringer og muligheter ved godt psykisk helsearbeid i bofellesskap*» som hovedtema, siden denne kategorien illustrerer temaet for

studien som er *psykisk helsearbeid i kommunale bemannede boliger*. Deretter organiseres de gjenstående kategoriene jeg kom frem til under analysen som undertemaer, basert på temaer Bøe og Thomassen (2009) drøfter på bakgrunn av studier basert på brukererfaring hvor flere forhold utpekte seg som viktig for bedringsprosessen. Funnene drøftes i hver kategori for å få mest mulig innsikt i forskningsspørsmålet. Underkategoriene blir da som følger:

- 1) Steder - bofellesskap oppleves trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse.
- 2) Sosialt fellesskap som hjelp og støtte.
- 3) En selv – tanker om egen og andres smerte.
- 4) Profesjonelle og tjenestene – personlig autonomi og brukervedvirkning (Bøe og Thomassen, 2009).

5.2 utfordringer og muligheter ved godt psykisk helsearbeid i bofellesskap

Da jeg startet på masteroppgaven hadde jeg noen forestillinger om hvordan beboerne opplever det å bo i bofellesskap, på bakgrunn av mine observasjoner, erfaringer og antakelser. Deltakerne i denne studien har bidratt til at jeg har gjort meg noen tanker om at man skal være forsiktig med å handle på grunnlag av å tro og antakelser. Kommunikasjon, empati, respekt og gjensidighet er viktige og verdsette kvaliteter som deltakerne er tydelige på bidrar til å fremme gode relasjoner til personalet. Et av funnene i denne studien var et ønske om at personalet er trygge og tydelige mennesker som kan stå i vanskelige situasjoner og være en støtte når det råder kaos og uro noe som deltakerne fortalte var viktig for å fremme relasjonen mellom beboer og personalet. I Carstensen (2008) sin studie var også ett av funnene at en opplevelse av god og støttende relasjon var viktig for et vellykket behandlingsopplegg. Selv om det ikke er snakk om behandling i bofellesskapet kan man, slik jeg ser det, trekke noen paralleller ved at personalet skal bidra til å skape tillit og trygghet i vanskelige situasjoner. Et par av deltakerne i denne studien fortalte om opplevelser hvor de opplevde å stå alene med utfordringer knyttet til forhold ved bofellesskapet. Begge to fortalte at konsekvensene var at de ble dårligere psykisk og ble innlagt på psykiatrisk post for en periode. Begge deltakerne satte ord på hva de tenkte kunne vært annerledes i disse situasjonene. Deltakerne i studien har gitt uttrykk for å ha forskjellige opplevelser angående det å ha samtaler med personal i boligen. Noen etterlyser terapeutiske samtaler hvor målet er å styrke beboerne i å mestre utfordringer. Det påpekes at nettopp på grunn av den kjennskapen personalet har til beboeren så bør terapeutiske samtaler være en del av tjenestene som tilbys ved bofellesskapene, for de som ønsker det. Hvilke perspektiver som er rådende for praksisen i de ulike bofellesskapene

kan virke noe tilfeldig og avhenger i stor grad av både ledere og personale som arbeider der. Beboerne gir uttrykk for ulike tilnærming og praksis men bofellesskapene er også forskjellige, i både antall beboere og bemanning. Blant deltakerne i denne studien var det også noen som hadde faste samtaler med personalet for å ta vare på sin psykiske helse.

Tanken om at det ikke drives behandling i bofellesskap er utbredt og det sies noe om det i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse under punkt 8.3.6 kommunens ansvar for oppfølging i bolig:

Selv om en bolig i utgangspunktet ikke er definert som en behandlingsarena, vil bolig med oppfølging kunne føre til bedret funksjon og livskvalitet. For oppsøkende team vil imidlertid boligen være en viktig arena for kontaktetablering og ulike behandlingsintervensjoner (Helsedirektoratet, 03/2012, s. 81).

Uansett hva man definerer den daglige samhandlingen som foregår i bofellesskapene som, så forteller deltakerne at tilværelsen ved bofellesskapet kan gjøre noe godt for den psykiske helsen. Noen forteller om hvordan personalet kan bidra med veiledning for å gi innsikt og forståelse av egne reaksjoner i ulike situasjoner og de forteller hvordan fellesstua, hvor de kan treffe andre beboere og personal, utgjør en viktig arena for å skape noen rammer i tilværelsen. I studien til Saavendra (2012) legges det vekt på at ansatte som arbeider med mennesker med psykiske lidelser i bemannede boliger bør være klar over hvor viktig det er å inngå i daglige rutiner for å fremme for eksempel, gjensidighet i forholdet, bidra for å fremme følelsen av å ha et eget hjem og bli sett som den personen man er. I denne konteksten kan rekonstruksjon av identitet muliggjøres ved å oppleve andre sider ved seg selv og egen identitet som ikke har med den psykiske lidelsen å gjøre, og slik bidra til at menneskene kan redefinere sin identitet i en positiv retning. Dette er noe som kan skapes i samhandling med de profesjonelle hjelperne ved bofellesskapene og det skapes også rom for en følelse av kontroll over eget liv og evne til å ta beslutninger som bidrar til bedre psykisk helse (ibid). På denne måten fremmes empowerment i psykisk helsearbeid i bofellesskapene.

Care Homes som Saavendra et.al (2012) henviser til, inngår i helsevesenet i Andalucía i Spania innenfor et nettverk av sosiale og helsemessige ressurser. På institusjonsnivå blir de betraktet hovedsakelig som tilbydere av materiell støtte (kost, losji, og farmakologisk tilsyn). Det er mange likhetstrekk med norske bemannede bofellesskap hvor tjenestene ofte består i praktisk hjelp og tilsyn for å kunne bo så selvstendig som mulig og med tilbud om at boligen

administrerer medisiner. Det interessante er at de empiriske data viser at rollene disse Care Homes har går langt utover å dekke grunnleggende behov og de ansattes interaksjon i daglige rutiner med beboere i sosial- eller helsetjenester utgjør en grunnleggende ressurs i bedringsprosesser. Et av funnene som kom frem var det er viktig å være spesielt oppmerksom på konfliktorienterte interaksjoner som "brukerkrav" kan forårsake, men personalets kjennskap til den enkelte utgjør en ressurs i aktivitetene mellom personal og beboere. Dette kan regulere problematiske situasjoner, deres emosjonelle tilstander og stressnivå (ibid).

En av deltakerne i oppgavens studie tok spesifikt opp ønsket om å få veiledning til å forstå hvorfor konflikter oppstår og om betydningen av hennes egen rolle i konflikten, samt veiledning til å finne andre måter å reagere på. Hun ønsket bedre innsikt i hvorfor hun reagerte som hun gjorde når det oppsto konflikter for hun ønsket ikke å være slik, som hun sa. Saavendras (2012) tar opp i sin studie at ledere innen helse bør være oppmerksomme på disse rollene og legge vekt på å ivareta kvaliteten på sosial samhandling i boliger med personaltilgang gjennom systematisk benytte programmer for opplæring og vurdering (Saavedra et al., 2012).

Selv om Norge i utgangspunktet er et rikt land er det slik i dagens samfunn at også innen helse og omsorg skal knappe ressurser fordeles og effektivitet og økonomi legger føringer. Økonomi vil alltid være et tema i det kommunale tjenestetilbudet da utgiftene belastes kommuneøkonomien, men forebygging er et uttalt satsningsområde innenfor de psykiske helse- og omsorgstjenestene i følge *veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* (Helse- og sosialdirektoratet, 2005). Vi kan også snakke om kostnader ved ikke å tilrettelegge og forebygge (Major, et al., 2011). Menneskelige og økonomiske kostnader, sykemeldinger og i verste fall uføretrygdete på ansattensiden. Det kan være materielle skader på bygninger og inventar som en følge av utageringer og det er reinnleggelser i psykiatrien som deltakerne i denne studien fortalte om. Mennesker som i utgangspunktet er i en sårbar situasjon utsettes for å bli sett på som farlige, de blir utstøtt, isolerte og den mentale helsen blir dårligere.

Hovedprinsippene som gjelder for Kristiansand kommunes boligsosiale arbeid 2011-2015, er blant annet at kommunen skal bidra til å fremme selvstendighet og styrke evnen til å mestre eget liv og valg av tiltak skal preges av at hjelpen settes inn på beste effektive omsorgsnivå og i *boliger med stasjonær bemanning skal denne dimensjoneres i tråd med minste forsvarlige nivå for å fremme et selvstendig liv og motvirke institusjonalisering*. Hva som er minste forsvarlige nivå og i forhold til hvilke perspektiver er ikke noe jeg kan gå inn på i denne

oppgaven da det i seg selv kunne vært en oppgave. Det som må være viktig er at tjenesten er basert på prinsipper som kan være forenlige med godt psykisk helsearbeid i et kontekstuellt perspektiv basert på et helhetlig grunnlag hvor brukernes stemmer og erfaringsbasert kunnskap blir tillagt vekt sammen med forskning og fagkunnskap. Hvilket nivå av hjelpetiltak og oppfølging som oppleves forsvarlig for at den enkelte som bor i bofellesskap skal bli best mulig i stand til å ivareta egen psykisk helse slik at bedringsutsiktene blir så bra som mulig bør vel være et mål for tjenesten. Det å handle ut fra beste effektive omsorgsnivå og avgjøre hva som er hensiktsmessig i situasjonen og være åpen for endringer på sikt i et samarbeid med den som mottar tjenesten, skal en ikke se bort fra er kostnadsbesparende i seg selv. Det viktige er hva den enkelte ønsker og opplever er til hjelp for å kunne fungere best mulig, så selvstendig som mulig. Personal må være tilgjengelig med sin kunnskap, med råd og veiledning om hva som kan være virksomt for bedringsprosesser i et samarbeid med den enkelte for å ivareta beboernes personlige autonomi og styrke empowerment prinsippet i psykisk helsearbeid. Tar en innover seg at innholdet i psykisk helsearbeid skal inneholde alle mulige arbeidsformer og hjelpetiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse åpner det for muligheter for å være med å forme og gi et nytt innhold til praksis i følge Karlson (2004) i Bø og Thomassen (2009). Karlson sier videre:

Det ligger også et ønske om et nytt innhold i tjenestene, og at det åpnes for at andre faggrupper enn leger og psykologer kan være med å forme fag og praksis. Psykisk helsearbeid åpner for nye profesjoner og dermed også ett større faglig kunnskapstilfang og mangfold. Dermed blir det også et sentralt element i psykisk helsearbeid at en kan åpne for nye diskusjoner om hvordan psykiske lidelser kan forstås, og hva arbeidet kan bestå i. Videre bør det i psykisk helsearbeid ligge en tydelig åpenhet for brukerperspektivet og for at den erfaringskunnskapen brukerne besitter, må innlemmes som grunnlag for fag- og praksisutvikling. Jo flere stemmer som kan være med å delta i utformingen av dette faget og dette arbeidet, jo større sjanse har vi for å lykkes med å utforme virksomme måter å arbeide på (Bøe og Thomassen, 2009. s. 18).

Det er mange flinke fagfolk blant personal i boliger som har mye kunnskap og erfaring etter å ha arbeidet tett på mennesker med psykiske lidelser i bofellesskap over mange år. De er i dialog og samhandler med beboerne på daglig basis. Beboere og personal blir godt kjent og relasjoner blir etablert. Personalet er med beboerne på ulike arenaer og kan oppleve å se hvordan ulike perspektiver på psykiske lidelser blir utslagsgivende for hvordan de blir møtt og hvilke tilbud de får i møtet med andre etater og nivåer og også innenfor egen tjeneste. Det er tydelige overordnede målsettinger om et verdig tjenestetilbud som skal preges av

brukerperspektiv, mestringsperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukere og kvalitet i behandlingen (Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998 – 2008). Hva vi gjør og ikke gjør, hvilken kunnskap vi vektlegger, har eller ikke har, betyr mye, både for de som bor og for de som arbeider i bolig og det har mye å si for utøvelse, kvalitet og utvikling av tjenestene i bemannede bofellesskap.

5.2.1 Sosialt fellesskap og vennskap som hjelp og støtte

Det har blitt noen overraskelser i arbeidet med studien, noe som har vært spennende. Det var blant annet uventet at deltakernes fellesskapsfølelse var så stor som det kom frem at den er. Riktignok er det bare fem stykker med i studien og det er mange som bor i bofellesskapene så det er vanskelig å si noe generelt om resultatene men de fem jeg snakket med var alle samstemte i at de opplevde et fellesskap i boligen. Flere av deltakerne jeg snakket med fortalte at de hadde fått gode venner der og det hadde vært mange gode samtaler og flere var åpne om egne lidelser og delte sine erfaringer med andre. Enkelte var mye sammen, nærmest daglig. Det er flere studier som viser at venner er sentralt for mange (Bøe og Thomassen, 2009). Flere av deltakerne jeg snakket med fortalte at de hadde god støtte i venner og noen hadde familie de var fortrolige med og som de kunne snakke med når de trengte. En sa at samtalene med en nær slektning var den aller beste hjelpen han kunne få. Flere la vekt på at det var godt å ha noen som en kunne få støtte av men også at det var viktig og gi støtte i vanskelige situasjoner, eller bare være sammen med andre for hyggen sin skyld. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse er dokumentert i en prospektiv og randomisert studie av Langeland (2009). Resultatene fra Langeland (2009) sin studie viser at sosial støtte og spesielt relasjoner hvor en har mulighet til å gi omsorg identifiseres som en prediktor for positiv forandring i livskvalitet. I studiene Bøe og Thomassen (2009) refererer til kom det frem at noen kan snakke om mangelen og lengselen etter å ha venner (ibid). Flere av deltakerne jeg snakket med fortalte at de syntes synd på dem som ikke hadde venner i bofellesskapet og de fleste visste om noen som de tenkte var ensomme og var uten venner i bofellesskapet. Den kontakten disse hadde med andre var med personalet på boligen eller hvis de hadde noen de kjente ved dagtilbud de var med på, men det visste ikke deltakerne noe om. I Ådland (2003) sin studie kom det frem at for mange var personalet den som representerte de nærmeste, det vil si den de snakket med og hadde en nær relasjon til. Historier fra brukererfaringsforskning viser at bedringsprosesser ofte hviler på sosiale relasjoner (Bøe og Thomassen, 2009). I en Fafo rapport om bofellesskap av Inger Lise Skog Hansen og Anne

Skevik Grødem (2012) kom det derimot frem at beboerne sjelden gikk på besøk til hverandre. Mye av det samme kom frem i Ådland (2003) sin hovedfagsoppgave men beboerne treftes på fellesstua. Det er klart at det er forskjeller på hvordan og hvor mye mennesker trives med å omgås. I en studie av Olav Tangvald-Pedersen og Rob Bongaardt (2011) om positive helseopplevelser og mestring av egen psykiske lidelse kom det blant annet frem:

Det som kjennetegner den positive tilbaketrekning er at man har anledning til å oppsøke sosiale lokaliteter, kunne identifisere seg med det som der foregår, og samtidig oppleve å være del av det drama som utspiller seg uten at det forventes fra omgivelsene at en skal være en aktiv deltaker. Positiv tilbaketrekning indikerer således en legitim, men perifer tilhørighet, – en tilhørighet som ikke er statisk og sosialt forpliktende i det den tillater ulik grad avinvolvering og aktiv deltagelse (ibid, s. 106)

Ser man samlet på funnene fra denne studien og tidligere forskning (Bøe og Thomassen, 2009; Hansen og Grødem, 2012; Carstensen, 2008) så kommer det frem at det er viktig for de fleste med muligheter for fellesskap og noen er avhengig av personalet for å komme ut av isolasjon. Det er også målsettingen med helse- og omsorgstjenesteloven av 2012 at tjenesten skal bidra til at mennesker skal kunne treffe andre og oppleve sosialt fellesskap og ved å ha fellesstue med tilgjengelig personal legger man til rette for at mennesker kan treffes når de ønsker og slik kunne ha nærhet – på avstand om de ønsker det (Ådland 2003). På denne måten kan de søkte fellesskap og trekke seg tilbake når de ønsker.

Alle deltakerne i min studie var tydelige på at tilgang til sosiale aktiviteter og fellesskapet var noe av det viktigste ved å bo der de bodde selv om det også kunne være problematisk når man hadde psykiske problemer selv og andre var ustabile. En av deltakerne fortalte at siden han kjente de andre og følte seg trygg på at han var akseptert på stua, bidro dette til at det gikk noenlunde greit allikevel, men han trodde det var ganske tøft for dem som ikke hadde denne tryggheten. I Fafo - rapporten til Hansen og Grødem (2012) ga beboerne uttrykk for en trygghet med å bo sammen med andre som kjente til det å ha psykiske problemer men de opprettholdt en viss avstand til hverandre. De treftes kun på fellesstua. Hvor mye beboerne deltok på fellesmiddager, felles lørdags kos og andre aktiviteter varierte med dem jeg snakket med. Noen var stort sett med på det meste mens noen i perioder holdt seg mer for seg selv.

Ser vi på vennskap, fellesskap og gi og få hjelp i lys av Anonovsky (2012) sin salutogene modell utpeker det seg nøkkelbegreper som opplevelse av sammenheng (OAS). Han beskriver at ulikhetene i menneskers motstandskraft avhenger av i hvilken grad vi opplever tilværelsen som *meningsfull, forståelig og håndterbar*. Antonovsky peker på at vi gjennom livet utsettes

for ytre og indre stimuli. Når vi ikke vet hvordan vi skal takle disse stimuliene kan de bli til stressfaktorer som bringer oss mot en dårligere helse. Dersom vi opplever stimuliene som meningsfulle begripelige og håndterbare, kan de bringe oss mot bedre helse. Mestring kan være helsefremmende og opplevelse av mestring er en motstandsfaktor for dårlig helse. Det kan være mange ulike former for motstandsressurser. Det kan være indre ressurser som selvtillit, trygghet, kunnskaper og ferdigheter. Eller det kan være ytre ressurser som for eksempel venner som stiller opp, mennesker en kan rådføre seg med, steder en kan henvende seg for hjelp (ibid). Så på mange måter kan en si at deltakerne besitter og benytter seg av både indre og ytre ressurser i bofelleskapet og personalet utgjør en motstandsressurs beboerne kan benytte seg av (Antonovsky, 2012; Saavendra et al., 2012). Deltakerne bruker aktivt venner familie og personal for å rådføre seg med, få støtte og gi støtte og de bruker fellesarealet og deltar på sosialt samvær men velger også å trekke seg tilbake når de opplever at det er det beste for dem selv og på denne måten er de aktive og deltakende i å bringe seg selv mot bedre psykisk helse.

5.2.2 En selv – Opplevelse av egen og andres smerte

Flere av dem jeg snakket med fortalte om hvordan de jobbet med seg selv for å bli bedre. De brukte tid for seg selv for å finne roen og beskjefteget seg med lesing, avslapping for å ivareta egen psykiske helse. Bøe og Thomassen (2009) referer til flere studier som viser det samme (ibid s. 155). Det investeres tid til å ta vare på seg selv og det er viktig å være oppmerksom på at tilbaketrekking kan rehabiliterende effekt og at mye aktiviteter og stimuli kan virke mot sin hensikt (Ibid). I en studien av Olav Tangvald-Pedersen og Rob Bongaardt (2011) om gode psykiske helseopplevelser og mestring av egen psykiske lidelse, var tid og tilhørighet et element som utpekte seg:

I beretningene om den gode psykiske helseopplevelse er kravene om å yte, mestre og realisere seg selvfraværende. Budskapet som formidles er å få lov til å hvile i nuet der øyeblikket gir tiden, og tilhørigheten rydder plassen, for at ro og hvile skal finne sted. For godt psykisk helsearbeid innebærer dette kort og godt tålsomhet (Ibid, s.106).

En av deltakerne sa hun jobbet hver dag med å bli seg selv igjen etter langvarige belastning i bofelleskapet og hun holdt seg borte fra fellesstua for å være for seg selv for ikke såre andre eller bli såret selv. En annen sa han likte å ta det med ro og nyte stillheten, alene i leiligheten, leve litt tilbaketrukket og han trivdes med det. Eller han gikk på fellesstua for å søke stillhet i fellesskap med andre. Flere av bedringshistoriene som har kommet frem i andre studier er historier om hvor hvordan mennesker «søker etter seg selv» «arbeider for å finne tilbake til seg selv» «en vandring for å finne frem til «et nytt selv» I dette arbeidet understrekes det hos

mange at egen drivkraft er en avgjørende ressurs og de ser på seg selv som «fightere» «sterke» og «en som ikke ga opp» (Bø og Thomassen, 2009) Det var nok et inntrykk jeg fikk av de fleste jeg snakket med også. De viste styrke i hvordan de snakket om sine opplevelser og erfaringer knyttet til sin psykiske lidelse. De fortalte meg sterke historier som gjorde inntrykk på meg om opplevelser de mente hadde bidratt til at det hadde blitt som det hadde blitt. De ga uttrykk for å ha en forståelse av hvorfor det hadde utviklet seg en psykisk lidelse. Enkelte av hendelsene de fortalte om var i seg selv forferdelige og preget av uforståelige handlinger og uventede påkjenninger og flere jobbet kontinuerlig med seg selv for å leve best mulig med utfordringene den psykiske lidelsen ga dem. I lys av OAS (Anonovsky, 2012) vil opplevelse av å begripe hendelser en utsettes for være en indikator for å utvikle god eller dårlig psykisk helse. Dersom hendelsene oppleves som ubegripelige, kaotiske og tilfeldige, som mange dessverre opplever, så bidrar dette til dårligere psykisk helse. Det å skape mening, håndterbarhet og begripelighet er noe som kommer frem i bedringshistorier og dette viser det seg er lettere å gjøre i dialog med andre (Antonovsky, 2012; Bø og Thomassen, 2009)

5.2.3 De profesjonelle og tjenestene – Personlig autonomi og brukervedvirkning

Bø og Thomassen (2009) tar til orde for at psykisk helsearbeid bør innebære innsats i ulike dimensjoner. Den første av tre dimensjoner er: *Psykisk helsearbeid bør bestå i konkrete tiltak som legger til rette for en den enkelte kan leve et selvstendig liv – herunder rydde hindringer av veien og baseres på den enkeltes ønsker.*

Deltakerne i denne studien ga uttrykk for hvor viktig det var for dem å ha friheten til å velge selv hva de ønsket å være med på og hva de ville ha hjelp til og de var tydelige på hva de opplevde var bra for dem i forhold til å mestre det de slet med. Gjennom prinsippet om autonomi kommer medbestemmelse og medvirkning inn i verdigrunnet i sosial- og helsesektoren. Personlig autonomi uttrykker blant annet prinsippet om enkeltindividets rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv og autonomi et sentralt element i begrepet personlig integritet (NOU2004:18). Flere deltakere fortalte at de overlot ansvar for medisiner og penger til personalet når de var i en dårlig fase og de sa det ikke var noen problemer med å få ansvaret tilbake når de ba om det. I en studie om brukervedvirkning i rehabilitering og psykisk helse var resultatene at beboerne opplevde at det var en kamp om selvbestemmelse og anerkjennelse (Petersen et al., 2012). Dette var spesielt i forbindelse med perioder hvor de var dårlige og hvor personalet tok avgjørelser på beboernes vegne. I motsetning til deltakerne

i denne oppgavens studie opplevde deltakerne i studien til Petersen et al. (2012) at det var vanskelig å få tillit fra personalet når de var dårlige eller hadde vært dårlige.

I bofellesskap blir rehabilitering en del av hverdagen og brukerens samarbeid med fagfolk er antatt å være essensiell for at rehabilitering skal lykkes. Partnerskap og empowerment blir fremhevet som spesielt verdifull i prosessen med rehabilitering (ibid). Bøe og Thomassen (2009) tar opp innenfra og utenfra perspektiv på psykiske lidelser. Ved å skille innenfra perspektiv fra utenfra perspektiv tydeliggjøres en forskjell i tilnærming der utgangspunktet er en noe annen dimensjon enn de ulike fagperspektivene. Forskjellen består i om man ser, eller forsøker å se, fenomenene fra et ståsted utenfor, ut fra tanken om at psykiske lidelser best kan beskrives og forklares utenfra ved fagkunnskapen, eller om en forsøker å se og forstå et menneskes psykiske lidelser fra ståstedet til den som har psykiske problemer, et innenfra perspektiv også kalt erfaringskunnskap eller brukerkunnskap. Slik jeg ser det vil da det viktigste være å lytte til og møte den enkelte med en åpen holdning – sette diagnoser i parentes for å bli kjent med *hvem* dette mennesket er slik at det kan skapes en god relasjon. Invitere til et samarbeid og støtte vedkommende i hva de opplever er riktig for seg selv for å bevege seg mot bedre psykisk helse. Bøe og Thomassen (2009) skriver at en slik tydeliggjøring av forskjellige former for kunnskap er viktig å bringe med seg dersom en skal få til et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i arbeidet med å skape gode tjenester. Tradisjonelt har det vært utenfra eller fagkunnskapen som har vært den som har vært verdsatt, og som har lagt premissene for hjelp og behandling. Når brukerne inviteres med i et samarbeid og gis makt og innflytelse, er det viktig å klargjøre hvilke kunnskaper og perspektiver de bringer med seg. Nettopp at brukerne bringer inn sitt eget erfaringsperspektiv og en kunnskap som er basert på opplevelse og på refleksjon over egen opplevelse gjør at en kan se på deres bidrag som veldig viktig. Denne innenfra kunnskapen kan ofte ha blitt oversett og dermed gått tapt og dermed har en avgjørende kunnskap gått tapt i arbeidet innenfor de psykiske helsetjenestene. For å skape og utvikle gode tjenester må både innenfra kunnskap og utenfra kunnskap legges til grunn. Slik kan en forstå brukervedvirkning som et samarbeid der en har ulike likeverdige roller, der en har ulike men likeverdige kunnskaper i følge Bøe og Thomassen (2009).

Når brukerperspektivet løftes frem er det viktig å ta høyde for at ikke alle har like lett for å uttrykke hva de tenker og ønsker for seg selv. Det er gjerne de sterkeste stemmene som kommer frem og en skal være oppmerksom på at det som oppleves bra for de sterkeste kan oppleves vanskelig for de som sliter mest. En av deltakerne i studien fortalte at når det gjaldt

hva som bidro til at han fungerte bedre sammen med andre på fellesstua, så hadde samme tilnærming vært helt feil for ham da han var i en dårlig periode. Det er et kunststykke i seg selv og hele tiden være oppmerksom på ulik tilnærming ut fra hvor den enkelte er i sin psykiske helse. Interaksjon mellom beboere og personalet i det daglige fremkommet som et viktig element for bedringsprosessen (Saavendra et al., 2012).

Bolig, økonomi, jobb, utdanning, sosialt fellesskap er viktige helsefremmende faktorer i en bedringsprosess (Bø og Thomassen, 2009). Det samme ga deltakerne i denne studien uttrykk for. Ved å tilby kommunale bofellesskap med oppfølging fra personal legges det til rette for at den enkelte skal få en tilværelse de trives med og som oppleves meningsfull for den enkelte. Flere av deltakerne la vekt på at kommunen burde bygge flere bofellesskap fordi de ønsket at andre som trengte det også kunne få muligheten til å bo trygt. Deltakerne hadde forskjellige ønsker for tilværelsen. Noen var i aktivitet utenfor boligen, det være seg jobb eller aktiviteter for å treffe andre og gjøre ting de trivdes med. Andre igjen valgte å gjøre livet så håndterbart som mulig på egenhånd og i fellesskap med andre ved boligen, som personal, venner, medbeboere eller ved å treffe andre bekjente i nærmiljøet. De valgte selv å gjøre det de opplevde var best for dem selv og tok kontakt med personalet eller andre når de hadde behov for det. Det ga opplevelse av trygghet og frihet. I Petersen et al (2012) sin studie om brukermedvirkning var personlig autonomi en forståelse av brukermedvirkning som var viktig men også truet ved at det kunne være en konflikt mellom å bli tatt vare på i tider hvor lidelsen tok overhånd og fortsatt bli betraktet som en autonom person. Autonomi er sentralt i rehabilitering og en forutsetning for effektiv deltakelse (ibid).

Den andre dimensjonen Bø og Thomassen (2009) tar opp er at psykisk helsearbeid bør bestå i gode arbeidsformer for det mellommenneskelige møtet (Bø og Thomassen, 2009). Det er viktig å få til gode relasjoner, samtale, dialog og samarbeid. Ulike former for terapeutisk praksis hører hjemme her som for eksempel klient- terapeutrelasjonen, og andre møter mellom fagperson og bruker (ibid). Gode relasjoner fremkommer i flere studier som virksomt i bedringsprosesser og ikke metoden i seg selv (Langeland, 2009; Bø og Thomassen; 2009; Carstensen, 2008). En av deltakerne var tydelig på et behov for denne dimensjonen i psykisk helsearbeid ved å foreslå en ny organisering av boveileder funksjonen, som han sa. Han tok nettopp opp fordelene personalet har ved at de kjenner beboeren godt og har kunnskap om hvordan den enkelte fungerer i bofellesskapet. Det være seg sammen med andre på fellesstua, alene eller i møte med andre instanser som personalet bistår i. Det er en relasjon fra før som

han sa, og da må det være letter å snakke om vanskelige temaer. I et humanistisk perspektiv vektlegges relasjonen mellom helsearbeider og pasient og det at helsearbeideren bruker seg selv terapeutisk, har blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon i psykisk helsearbeid (Schibbye, 2002 i Hausgjerd et al. 2010). Det er viktig å ha fokus på denne dimensjonen av psykisk helsearbeid i bofellesskap. Deltakerne forteller om ulik praksis, blant annet vedrørende tilbud om terapeutiske samtaler. Noen hadde dette og noen ønsket det. Noen ga uttrykk for at personalet brydde seg ordentlig men andre snakket om en «mekanisk» tilnærming hvor tjenesten var preget av rutine.

I forbindelse med Boligsosialt utviklingsprogram, initiert av Husbanken, har noen større kommuner brukt Housing First som mål i løpet av en 4-5 års periode. Kristiansand kommune har ikke hatt dette som uttalt mål men perspektivet er kjent blant noen og referanseramme for drift av enkelte boliger i Kristiansand kommune også, i følge en gruppeleder jeg snakket med. Som nevnt tidligere er Kristiansand kommune nå kommet med i boligsosialt utviklingsprogram i regi av Husbanken og det skal bli spennende å se hva som kommer ut av det etter hvert. Prosjekt bostedsløse (2001-2004) og strategien På vei til egen bolig (2005-2008) førte til at de statlige føringene i Norge ligger nær opp til Housing First (Husbanken). Metoden har fokus på empowerment og skadereduksjon og hadde en samarbeidsstrategi for å hjelpe mennesker med flere sammensatte problemer (Tsemberis, 2010). De viser til Maslows behovspyramide (1943) for å begrunne hvorfor mennesker må ha en bolig, før andre problemer settes i fokus. De viser også til reduserte utgifter til hospitsopphold, akutt- og sykehustjenester i psykiatri og somatisk helsevesen, rustjenester og avrusning, institusjonsopphold, juridisk bistand, rettsvesen, fengsel og politiarbeid (Ibid). Det er viktig å dekke grunnleggende behov, ingen tvil om det, men andre behov er også viktige å dekke for å ha en opplevd god livskvalitet. Hva dette mer består i er individuelt og ved å ha tilgjengelig personal i boliger ligger det til rette for å etablere relasjoner og det er når mennesker møtes at viktig endring kan skje (Bøe og Thomassen, 2009). Mulighetene er store for å bidra med hjelp, råd og veiledning som en av deltakerne sa. Det er kanskje i dialogen, i relasjonen, i de etiske kvalitetene i møtet at kanskje de mest kraftfulle kimer til endring kan ligge. Ved dette berøres noe grunnleggende om hvordan vi blir til og kan endre oss som mennesker (ibid).

Den tredje dimensjonen Bøe og Thomassen (2009) tar til orde for er at *psykisk helsearbeid bør være åpent for samtaler og refleksjoner om livet*. Flere av deltakerne fortalte at de interesserte seg for disse temaene og hadde lange og dype samtaler om livsfilosofiske og eksistensielle temaer. Livet dreier seg ikke bare om å få dekket grunnleggende behov. En

deltaker opplevde å finne mening med livet ved å hjelpe andre. Vedkommende gir da uttrykk for å ha funnet en måte å håndtere sine erfaringer og utfordringer ved å finne en mening med alt det vonde som da kan brukes til å hjelpe andre. I følge teori om salutogenese har hun oppnådd en grad av OAS som kan bidra til at hun beveger seg mot bedre psykiske helse. Bøe og Thomassen legger også vekt samtaler om eksistensielle temaer:

På en eller annen måte har vi som regel «større» tanker om og følelser i forhold til våre liv, det er noe av det å være menneske. Samtaler om dette «mer» som kan gi livet sammenheng og verdi, bør også kunne være tema i psykisk helsearbeid (ibid, s 19).

Tradisjonelt har ikke dette vært temaer en skal snakke om, oppmuntre til, og i alle fall ikke delta i selv om dette er temaer de fleste mennesker har tanker og opplevelser i forhold til og som kan bidra til å hjelpe den enkelte med å forstå psykiske problemer:

Samtaler om døden, ensomheten, håpet, kjærligheten, lengselen, friheten og mer til må kunne være med. Ofte vil den enkelte forsøke å forstå sine erfaringer med psykiske problemer i lys av slike temaer. Også forsøkene på å komme ut av det vanskelige vil kunne henge sammen med håp, tro og mening (Bøe og Thomassen 2009, s. 19).

5.2.4 Bofellesskap oppleves trygt, utviklende og bidrar til opplevelse av bedre psykisk helse

I studier om bofellesskap (Bøe og Thomassen, 2009; Hansen og Grødem, 2012; Carstensen, 2008; Aadland, 2003), inkludert min, fremkommer det at å bo i bofellesskap oppleves trygt. Individuelle faktorer bidrar til opplevelse av trygghet men det som ser ut til å være felles er rammene med tilgjengelig personal, enten på døgnbasis eller til faste tider og tilhørighet til et fellesskap med andre i samme situasjon spiller en stor rolle. De samme rammene kan også bidra til utrygghet ved at det er ustabil med mye forskjellig personal og konflikter mellom personal og beboere eller uroligheter og konflikter mellom beboerne. Deltakerne i denne studien fortalte om egne erfaringer hvor slike situasjoner hadde gitt store belastninger og ført til innleggelser. Det å delta i sosiale sammenhenger med personal og andre beboere eller venner gir anledning til å lære ved å observere andre med samme problem gis innsikt i egne problemer, som flere av deltakerne sa så var det lettere å se ting fra utsiden enn fra innsiden. Ved å støtte andre og få støtte læres å sette seg inn i andres situasjon. En av deltakerne i studien fortalte at han har modnes og utviklet seg ved å være sammen med andre på fellesstua, lært seg å tolerere mer enn han klarte tidligere og derfor fungerte bedre enn før.

Det er flere som gir uttrykk for en slags nærhet på avstand. I denne studien illustreres det vet at flere forteller at de kan søke til fellesstua fordi det er personale eller andre beboere der, men bare for å være tilstede - i stillhet, som en sa. Det er et nærvær med de andre selv om man ikke deltar aktivt i det sosiale. I Aadland (2003) sin studie ble jeg oppmerksom på begrepet «nærhet på avstand» da dette kom frem i denne studien. I Tangvald-Pedersen og Bongaardt (2011) sin studie kom det frem at øyeblikkets ro, hvile og tilhørighet ble oppsummert som gode psykiske helseopplevelser. I Hansen og Grødem (2012) kom det frem en avstand som beboerne ønsket å ha i fellesskap med de andre i bofellesskapet og de gikk aldri på besøk til hverandre men treftes på fellesstua, i motsetning til deltakerne i denne studen.

En annen ting som deltakerne forteller i denne studien er hvordan de lærer og utvikler seg ved å være sammen med eller observere andre på fellesarenaene. Ved å være sammen med personalet og andre beboere åpnes muligheter for å styrke opplevelse av sammenheng (OAS) ved samtaler og samvær med andre Antonovsky (2012). Dette kan kanskje være lettere når man bor i bofellesskap med andre som også har kjent på og erfart psykiske lidelser og man slipper å forholde seg til mistenksomhet og utrygghet fra mennesker som ikke har kunnskap om dette. I Fafo-rapporten av Hansen og Grødem (2012) var et av funnene at beboerne tidligere hadde opplevelser med å bli sett «skjevt» på og de syntes det var godt å slippe å forholde seg til dette. Det at personalet hadde kunnskap om psykiske lidelser var også en trygghetsfaktor for beboerne (Hansen og Grødem, 2012.)

I følge Antonovsky (2012) er opplevelse av sammenheng (OAS) en viktig faktor for å bringe oss mot bedre helse. Ved å få en større forståelse og opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen ligger det til rette for å mestre mer i hverdagen. Flere av deltakerne i denne studien ga uttrykk for å ha kommet fremover i sin håndtering av egen psykisk lidelse ved å ha et bevisst forhold til å strekke seg mot egendefinerte mål. Noen mestret flere utfordringer og oppgaver enn tidligere eller jobbet med å få en positiv endring. Det å mestre kan være helsefremmende i seg selv (Hansen og Grødem, 2012). Almvik og Borge (2010) tar til orde for at dersom en antar at mennesker er sosiale vesener, innbefatter det et grunnleggende behov å inngå i sammenhenger med andre og bolig er mer enn en ramme for individuelle og grunnleggende behov og i følge stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) hevdes det at en rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort.

6.0. AVSLUTNING

6.1. Oppsummering og konklusjon

Ved hjelp av kvalitativ metode, herunder semistrukturert livsverden intervju, har jeg snakket med fem mennesker som har fortalt om sin tilværelse ved bofellesskapet. Det har kommet frem hvordan de opplever forskjellige fenomener i dagliglivet og hva det gjør med den psykiske helsen. Jeg har analysert de transkriberte intervjuene ved hjelp av systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgi, modifisert av Malterud (2011) og forsøkt å få mer kunnskap om forskningsspørsmålet *«hvordan opplever mennesker som bor i kommunale bemannede boliger at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen»*. I funnene kommer det frem at alle sier de opplever trygghet og bedre psykisk helse etter innflytting i bofellesskap. Deltakerne begrunner dette med opplevelse av trygghet og mulighet for sosialt samvær og tilgang til personal. Deltakerne gir uttrykk for at personalet oppleves som viktig støtte når de er engasjerte, bryr seg oppriktig, ser den enkeltes behov og ikke sykeliggjør men forventer at den enkelte gjør det de kan. Det sosiale gir også rom for læring og utvikling og forebygger ensomhet. De sier også at det er viktig å være oppmerksom på at noen ikke er med i fellesskapet. Faktorer deltakerne trekker frem som kan skape utrygghet er mye forskjellig personale å forholde seg til, konflikter, stå alene når man opplever vanskelige situasjoner, ikke få veiledning eller samtaler som kan hjelpe den enkelte med å få større forståelse av vanskelige situasjoner. Jeg har drøftet funnene i denne studien ved hjelp av tidligere forskning og teorier innen det humanistiske, kontekstuelle og salutogene perspektiv for å synliggjøre mulighetene som finnes for godt psykisk helsearbeid i kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser. Gjennom drøftingen er det synliggjort flere sider ved tilværelsen i bofellesskapene, som deltakerne i denne studien har fortalt om, som har bidratt til opplevelse av bedre eller dårligere psykisk helse. Deltakerne i studien forteller om kontinuerlige prosesser hvor de selv står på for å bringe seg selv mot en bedre psykisk helse. Det er også satt fokus på hvor viktig interaksjonen mellom beboere og personal i daglige rutiner er og hvordan den kan utgjøre en ressurs for å legge til rette for at menneskene som bor i kommunale bemannede boliger kan bevege seg bort fra en identitet hvor den psykiske lidelsen er den dominerende og oppdage andre sider ved seg selv og redefinere egen identitet i en positiv retning.

Jeg mener å kunne konkludere med å si at jeg har fått svar på hvordan tilværelsen ved bofellesskapene, for de fem deltakerne jeg snakket med, i høyeste grad gjør noe bra for

menneskene som bor der ved at de opplever å ha en trygg tilværelse i fellesskap med andre hvor det ligger til rette for læring, utvikling og mestring. Fenomener som er helsefremmende i seg selv. Deltakerne i studien har også fortalt om utfordringer i bofellesskapene som kan være med på å gjøre menneskene som bor der dårligere og som utgjør en utfordring for utvikling av god psykisk helse. Faktorer som er viktige å forebygge ved utforming av tjenestetilbudet.

6.2 Studiens betydning for praksis

Det er lite forskning vedrørende kommunale bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Studien gir et lite innblikk i hvordan menneskene som bor der selv forteller om det å bo i bemannede bofellesskap og hva som kan være virksomt og godt psykisk helsearbeid. Studien er basert på fem menneskers opplevelser som på mange områder sammenfaller med andre studier om opplevelser av hvordan det er å bo i bofellesskap og hva som oppleves virksomt i bedringsprosesser. Denne studien og studiene jeg har henvist til er kvalitative og derfor subjektive men de gir mer kunnskap om hva som oppleves som godt psykisk helsearbeid av mennesker som mottar tjenesten. Studien gir også et innblikk i det humanistiske, kontekstuelle og salutogene perspektivet på psykisk helsearbeid som er viktig kunnskap for kvaliteten på tjenestene og for å nå de overordnede målsettingene om psykisk helsearbeid i kommunene.

6.3 Forslag til videre forskning

I denne studien har jeg blant annet vært inne på sentrale føringer for psykisk helsearbeid for voksne i kommunen og kommunale bemannede bofellesskap. Det hadde vært spennende å se på hvordan praksis i bemannede kommunale boliger for mennesker med psykiske lidelser og eller rus, gjenspeiler overordnede mål for psykisk helsearbeid og diskutere i lys av gjeldene lovverk og sentrale mål og føringer for lokalbasert psykisk helsearbeid.

Et annet spørsmål som er interessant er hvilke perspektiver det er som legger føringer for tjenesteutøvelsen i de ulike bofellesskapene og om de ulike boligenes perspektiver samsvarer med hverandre?

Da lar jeg dette være siste ord og avslutning på masteroppgaven, så håper jeg lesningen har bidratt til å sette i gang noen refleksjoner hos leseren, slik det har gjort for meg.

LITTERATUR

- Almvik, B., Borge, L.(2010). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *HELSENS MYSTERIUM. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS
- Aarre, T. F.(2011) *Fem prinsipp for godt psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr. 11(02),164-168.
- Bøe, T.D., Thomassen, A.(2009) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Boligsosial handlingsplan for Kristiansand kommune 2011-2015. Hentet 14.oktober 2012, fra Kristiansand kommunes hjemmeside: <http://kristiansand.kommune.no/no/planer-prosjekter/Planer-fra-A-til-A/>
- Carstensen, T. (2008) *Kliniske hjelperelasjoner overfor sårbare grupper Behandling, relasjon og aktivitet*. Mastergradsoppgave i helse- og sosialfag. Høyskolen i Molde. Hentet 01.02. 2013 fra: http://www.psykiskhelsearbeid.no/empati_mastergrad/
- Dyb, E. og Myrvold T. M. (2009). *Omsorgsboliger for psykisk syke. Evaluering av Husbankens arbeid* Oslo: NIBR-rapport 2009:25.
- E.F. Major, O.S. Dalgard, K.S. Mathisen, E. Nord, S. Ose, M. Rognerud, L.E. Aarø (2011) *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1, fra Folkehelseinstituttet (Oppdatert 26.02. 2013). Hentet 04.01. 2013: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6716&MainContent_6263=6496:0:25,6717&Content_6496=6259:87775::0:6184:1::0:0
- Fjelland, R. og Gjengedal, E.(1995) *Vitenskap på egner premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (Oppdatert 22.04. 2013). Hentet 05.03. 2013, fra www.fhi.no
- Forebygging.no. *En kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid*. Hentet 24.11. 2012, fra: <http://www.forebygging.no/en/Ordbok/>
- Hansen, H.S. (2011) «*Hvordan er det å bo i lavterskel bofellesskap*» Masterstudium i helse- og sosialfag. Universitetet i Stavanger (upubl.) Hentet 18.01. 2013 fra: http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_21636
- Hansen, I. L. Skog og Grødem, A. Skevik (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap, perspektiver og erfaringer i kommunene*. Oslo: Fafo-rapport 2012:48
- Hansen, I. L. S. (2006). *Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. En brukerstudie*. Oslo: Fafo-rapport 519.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J. A. (2010). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (3.utg.). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hatling, T. (2011) *Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11(02), 143-151.

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (Rapport 03: 2012).

Helse- og omsorgsdepartementet. Nyhet, 17.06. 2009. *Opptrappingsplanen for psykisk helse evaluert*. Hentet 21.03.10, fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-eva.html?id=567200>

Hem, Marit Helene: "*Personer med psykisk lidelse*" (Sist oppdatert: 17. april 2009) Hentet 29. mai 2012, fra: De nasjonale forskningsetiske komiteer:
<http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-med-psykisk-lidelse/>

Husbanken region sør. (2012). *Underveisevaluering, boligsosialt utviklingsprogram* (Oppdatert 21.03. 2013). Hentet 30.03.2013 via Husbankens hjemmeside:
<http://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/boligsosial-planlegging/boligsosiale-utviklingsprogram/>

Husbanken (2013). *Housing first- en introduksjon*. Hentet 02.02. 2013 via Universitetet i Agders hjemmeside: <http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=13090077x&kid=biblio>

Karlson, B. (2004) *Strålende!* Leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol.1, nr.1.

Kvale, S og Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Gyldendal Akademisk: Oslo.

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4, 288-296. Hentet fra:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=299457

Lov av 2011-06-24-30. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3.utg). Universitetsforlaget. Oslo

Nerheim, H.(1996). *VITENSKAP og kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

NOU 2011:15. *Rom for alle*. Departementenes servicesenter, Oslo 2011.

NOU 2004: 18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Oslo 2004.

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle*. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo 1998.

Petersen, K., Houndsgaard, L., Borg, T., Vinther, C. N. (2012) *User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19: 59–67. Hentet 06. 03. 2013 fra:
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/11038128.2011.556196>

REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Regler og rutiner – Lover og regler. 2011. Tilgjengelig på:
<http://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler>.

Rundskriv I – 29/97. *Omsorgsbolig – en veileder*. Sosial- og helsedepartementet (1997).

Saavendra, J., Cubero, M., Crawford, P. (2012) *Everyday Life, Culture, and Recovery: Carer Experiences in Care Homes for Individuals with Severe Mental Illness*. *Cult Med Psychiatry*, 36:422-441. Hentet 06.03. 2013 fra: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11013-012-9263-1>

Samhandlingsreformen (2012). Helse- og omsorgsdepartementet. (Oppdatert: 21.11.2012). Hentet 04.03. 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/status-samhandling.html?id=708254>

Seikkula, J. og Arnkil, T. E.(2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

St.mld.nr 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14. 12. 2013 fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

St.prp. nr. 63 (1997 – 98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 22.11.2013 fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98.html?showdetailedtableofcontents=true&id=201915>

Tangvald-Pedersen, O., Bongardt, R.(2011): *Tid og tilhørighet*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11(02), 100-107. Hentet 12.12. 2012 fra:
<http://www.idunn.no/ts/tph/2011/02/art11?highlight=#highlight>

Tangvald- Pedersen, O., Bøe, T.D. *Sammen for godt psykisk helsearbeid*. Leder i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol. 8, Nr. 2.

Tsemberis, S. (2010). *Housing first./ The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Minnesota: Hazelden.

Tøssebro, J.(2010) *hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (2005). (Sist oppdatert: 25.01. 2012) Hentet 22.08. 2012, fra Helse- og omsorgsdepartementets nettside:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/is-1332-veileder-psykisk-helsearbeid-for.html?id=444291

Ådland, A.(2003) Hovedfagsoppgave ”Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?” institutt for samfunnsvitenskapelige fag, Universitetet i Bergen. Hentet 13.08. 2012 fra: <http://hdl.handle.net/10049/89>

Vedlegg 1:

Forespørsel om bistand til å velge ut informanter til en masterstudie.

En kvalitativ studie blant beboere i kommunale bemannede boliger, for mennesker med psykiske lidelser, i Kristiansand kommune.

Hei!

Grunnen til at jeg tar kontakt er at jeg er student ved masterstudiet for psykisk helsearbeid. I den forbindelse skal jeg skrive masteroppgave dette og neste semester. Kontaktinformasjon til min veileder er: Universitetslektor John Olav Bjørnstad, institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder, tlf 38 14 18 30. Jeg har valgt psykisk helse blant beboere i kommunale bemannede bofellesskap for psykiatri/rus som tema.

Jeg ønsker å intervju to beboere ved bofellesskapet hos dere. Forskningsspørsmålet er:

”Opplever mennesker som har psykiske lidelser og bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?»

Det er tre boliger, hvor to fra hver blir intervjuet. Det jeg trenger hjelp til er å formidle dette til beboere som kan være interessert og en plass å sitte under intervjuet hvor vi kan sitte uforstyrret på boligen. Dersom beboeren synes det er best å bli intervjuet i egen leilighet så er det bare hyggelig.

Dersom det er to ved deres bolig som vil delta vil de få et informasjonsskriv og samtykkeskjema som må fylles ut. Jeg legger ved et eksemplar som kan leses før de bestemmer seg. I informasjonsskrivet har jeg skrevet at jeg skal gjøre personalet oppmerksomme på at noen kan ønske en prat i etterkant om opplevelsen av å bli intervjuet. Jeg vil gjerne ha tilbakemelding dersom det ikke lar seg gjøre.

Jeg kommer gjerne inn for en prat hvis det passer og ringer for å avtale tidspunkt senere.

Mvh Ann-Christin M. Frestad

Tlf 99723770

Vedlegg 2:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

En kvalitativ studie blant beboere i kommunale bemannede boliger, for mennesker med psykiske lidelser, i Kristiansand kommune.

Bakgrunn og hensikt

Jeg er student ved masterstudiet for psykisk helsearbeid ved UiA i Agder. Kontaktinformasjon til min veileder er: Universitetslektor John Olav Bjørnstad, institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder, tlf 38 14 18 30. Jeg har psykisk helsearbeid i kommunale bemannede boliger for mennesker med psykiske lidelser som tema i masteroppgaven jeg skal skrive. Forskningsspørsmålet i oppgaven min som jeg ønsker å snakke med deg om er:

”Opplever mennesker som har psykiske lidelser og bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?»

Resultatene fra intervjuene med deg og de andre jeg skal snakke med blir brukt til å drøfte hvordan psykisk helsearbeid i kommunale bofellesskap kan gjøres bedre. For å kunne si noe om det er det viktig å få med hvilke tanker og erfaringer du og andre som bor i kommunale bofellesskap har.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å ha et intervju med deg på boligen hvor vi kan sitte uforstyrret. Jeg har spurt leder ved bofellesskapet om å hjelpe med å finne et passende sted på bofellesskapet. Dersom du heller ønsker å bli intervjuet i din leilighet er det bare hyggelig og da sier du bare i fra til leder eller meg når vi skal avtale tid for intervjuet. Jeg har laget en intervjuguide med noen spørsmål som du får anledning til å lese på forhånd. Jeg har med meg intervjuguiden når vi skal snakke sammen men vi snakker om de temaene du ønsker å si noe om. Jeg tar opp samtalene på en båndopptaker slik at jeg slipper å skrive mens vi snakker sammen og slik at jeg skal få med meg alt du forteller meg. Du er en av seks som bor i et kommunalt bemannet bofellesskap som jeg kommer til å snakke med. Opptakene skal oppbevares i et låsbart skap og de slettes når jeg har fått det ned i tekstform. I teksten anonymiserer jeg informasjonen slik at ingen opplysninger kan knyttes til personene jeg har snakket med.

Mulige fordeler og ulemper

Da jeg kommer til å anonymisere informasjon angående intervjupersonene og hvilken bolig som er med i studien så kan jeg ikke se for meg spesielle ulemper eller fordeler for de som deltar men noen kan kanskje få behov for å snakke med noen etter intervjuet. Jeg har derfor informert personalet om at de skal være oppmerksomme på at det kan være noen som får behov for å snakke om opplevelsen etterpå. Jeg er også tilgjengelig på oppgitt telefon nummer nedenfor dersom det er noe du lurer på eller er bekymret for i forbindelse med din deltakelse på studien i etterkant.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres 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. Datamaterialet anonymiseres løpende fra prosjektstart 31.01.13. Det vil ikke være mulig å identifisere deg eller hvilke bofellesskap som er med i studien når resultatene drøftes i masteroppgaven siden den vil bli offentlig. Lydbåndopptak makuleres 31.12.2013.

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. Dette vil ikke få konsekvenser. 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, kan du kontakte masterstudent Ann-Christin M. Frestad, tlf: 99723770.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg: 3

Intervjuguide

1. Hvor lenge har du bodd her?
2. Har du daglig kontakt med personalet?
3. Fortell om hvordan du opplever å bo her..
4. Se for deg en god dag eller opplevelse på boligen – hva bidro til at denne dagen ble bra?
5. Hva hjelper deg her på boligen når du har det vanskelig?
6. Hva tenker du er spesielt viktig for de som arbeider ved bofellesskapet å huske på i møtet med deg?
7. Hvor gammel er du?

Vedlegg 4:



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Hege Holde Andersson	Telefon: 22845514	Vår dato: 18.12.2012	Vår referanse: 2012/1952 REK sør-øst B
			Deres dato: 06.11.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John Olav Bjørnstad
Universitetet i Agder

2012/1952b Bofellesskap = sosialt fellesskap?

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 28.11.2012.

Forskningsansvarlig: Universitetet i Agder

Prosjektleder: John Olav Bjørnstad

Prosjektomtale

Forskningsspørsmålet i denne masteroppgaven er "Hvordan opplever mennesker som har psykiske lidelser og bor i bemannede kommunale bofellesskap at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen?".

Det er brukerperspektivet på hvordan mennesker med psykiske lidelser opplever at deres tilværelse i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen som legges til grunn for å drøfte den boligsosiale tjenesten på det psykiske helsefeltet. Det skal intervjues to beboere ved tre forskjellige bofellesskap i Kristiansand kommune, slik at det totalt blir 6 informanter som representerer brukerperspektivet.

Komiteens vurdering

Formålet med dette prosjektet er ut fra et brukerperspektiv å se på hvordan mennesker med psykiske lidelser opplever at deres tilværelse i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen. Prosjektleder skriver at fordelene med prosjektet er at *deres stemmer kommer frem slik at tjenestetilbudet kan drøftes med et brukerperspektiv og være et bidrag til kvalitetssikring og fremtidig utforming av det boligsosiale tjenestetilbudet innen det psykiske helsefeltet.*

Komiteen forstår prosjektet slik at det i hovedsak er snakk om en kvalitetssikring av et tilbud der formålet er at boforholdene skal bedres. For å gjennomføre prosjekter av denne typen trengs det ingen særskilt godkjenning fra REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for på vanlig måte at tiltaket følger gjeldende reguleringer for behandling av helseopplysninger.

Ettersom prosjektet forutsettes gjennomført i samsvar med gjeldende reguleringer vil det ikke være noe til hinder for at resultatene kan publiseres.

Vedtak

Prosjektet vurderes som et kvalitetssikringsprosjekt, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 10.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst B.

Besøksadresse:
Nydalens allé 37 B, 0484
Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Ilnér
professor dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
Komitésekretær

Kopi til: veslemoy.rabe@uia.no

Vedlegg 5:

~~Norsk~~ samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Jon Olav Bjørnstad
Institutt for psykososial helse
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 07.01.2013

Vår ref:32558 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.01.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32558	<i>Bofellesskap = sosialt fellesskap?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jon Olav Bjørnstad</i>
<i>Student</i>	<i>Ann-Christin Maurud Frestad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ann-Christin Maurud Frestad, Ørving 5, 4790 LILLESAND

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no