

HVORDAN OPPLEVER OG ERFARER  
BEBOERE SIN TILVÆREELSE I  
BOFELLESSKAP FOR MENNESKER MED  
PSYKISKE LIDELSER?



UNIVERSITETET I BERGEN  
DET MEDISINSKE FAKULTET  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSVITENSKAPELIG FAG  
SEKSJON FOR SYKEPLEIEVITENSKAP

HOVEDFAGSOPPGAVE HØST 2003  
SYKEPLEIEVITENSKAP  
Audun Ådland

## FORORD

Gjennom et yrkesliv som sykepleier siden begynnelsen av 80-tallet har jeg blant annet arbeidet innenfor rusomsorgen og psykisk helsevern. Etter flere år som lærer ved videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid, har jeg den siste tiden igjen vært tilbake i praksisfeltet som psykiatrisk sykepleier. Jeg har tidligere jobbet ved en rekke ulike institusjoner innen ulike områder av fagfeltet, men stort sett ikke utenom institusjonspsykiatrien.

Bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser var således en forholdsvis nytt område for meg. Bergen kommune tok i 1997 kontakt med videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie med forespørsel om å gjennomføre en evalueringsstudie av bofellesskapene i kommunen. Dermed ble jeg involvert, sammen med kollegaer og studenter. Dette skapte en begynnende interesse for bofellesskap som arena for ytterligere forskning.

Gjennomføringen av denne hovedfagsoppgaven har vært en lang prosess. Jeg har følgelig etter hvert fått et anti-romantisk syn på skrivearbeidet, selv om jeg i perioder mener det har vært kjekt og i alle fall lærerikt å jobbe med oppgaven. Lenge ventet jeg på at den store og klare inspirasjonen bare skulle ramle ned. Imidlertid fant jeg ut – som Repstad påpeker – at det var bare å sette seg ned, ”...og bli sittende inntil kjedsomheten ved å forbli inaktiv vokser seg større enn ulysten til å gå i gang med skrivingen” (Repstad, 1993, s.100).

Jeg vil først takke min kollega Kjersti Alsaker som har vært en viktig inspirator, med enestående evner til å komme med ideer og kaste seg ut i det ukjente, - og for at du dro meg med. Likeledes har Helge Folkestad vært en kritisk og konstruktiv diskusjonspartner. Han har raust delt sin kunnskap og erfaring. Videre takk til Audun Pedersen fra Bergen kommune som har gitt meg og utdanningen muligheter for å inngå i en rekke prosjekter til gjensidig nytte. Jeg vil takke min veileder Kjell Kristoffersen, som har gitt meg råd, veiledning og oppmuntring på veien. Det har virket som du trodde jeg engang skulle bli ferdig! Til dere som tenkte jeg aldri ble ferdig: DERE TOK FEIL!!

Det er ikke å legge skjul på at en slikt arbeid krever også mye fra familien. Takk til Unni som tålmodig har latt meg forsvinne i perioder. Videre takk for faglige innspill og nyttige diskusjoner. Torgeir og Johan har også deltatt med kyndig datahjelp og konsulentarbeid.

Takk også til dere, - og svigermor Elbjørg Myklebust som i den avgjørende fasen raust har stilt lokaliteter til rådighet.

Sist – men ikke minst – takk til informantene mine som villig stilte opp og delte sine opplevelser og erfaringer med meg. I den forbindelse ønsker jeg å bringe videre en hilsen jeg lovte å overbringe fra en av dem:

***”Så vil eg si: Bygg flere bofellesskap!! Tenk på alle pasienter som trenger et sted å bo. Tenk på de som bor på gaten, - så ingenting har! Det trenger vi i psykiatrien. De så ikke klarer seg selv må få lov til å få en sjangse til å prøve seg. Alle må få en sjangse!! En kan ikke bare dømme de til å sitte på institusjon livet ut!!” (beboer, 41 år)***

Løftet er innfridd og utfordringen er gitt.

Bergen, 25. oktober 2003

Audun Ådland

## INNHALDSFORTEGNELSE

### SAMMENDRAG/SUMMARY

<b>DEL I: INNLEDNING.....</b>	<b>s. 1</b>
1.0 Introduksjon – tema for undersøkelsen.....	s. 1
1.1 Problemstillingen og forskningsspørsmål.....	s. 2
1.2 Disposisjon og aktuell bakgrunn for problemstillingen.....	s. 3
<b>DEL II: TEORETISK REFERANSERAMME.....</b>	<b>s. 5</b>
2.0 Grunnlagstenkning i psykisk helseven.....	s. 5
2.1 Endringene innen psykisk helsevern.....	s. 5
2.2 Brukermedvirkning.....	s. 6
2.3 Forebygging av psykiske lidelser.....	s. 7
2.4 Autonomi.....	s. 9
2.5 Komplementaritet.....	s. 11
2.6 En dialektisk forståelse.....	s. 14
2.7 Jødisk og gresk tenkning.....	s. 15
2.8 Eklektisme og syntesisme.....	s. 17
3.0 Mennesker med psykiske lidelser og bofellesskap.....	s. 18
3.1 Psykiske lidelser og den psykisk lidende.....	s. 18
3.2 Institusjonalisering – normalisering.....	s. 22
3.2.1 Makt og tillit.....	s. 26
3.3 Bofellesskap som fenomen.....	s. 28
3.4 Tidligere forskning på bofellesskap.....	s. 30
3.4.1 Bofellesskap for mennesker med psykisk utviklingshemmede.....	s. 30
3.4.2 Bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.....	s. 31

4.0	Grunnleggende behov.....	s. 36
4.1	Behovet for sosial støtte og relasjoner.....	s. 36
4.2	Behov for eget territorium.....	s. 40
4.3	OPPSUMMERING.....	s. 43
5.0	Sykepleievitenskap, sykepleie og psykiatrisk sykepleie.....	s. 44
5.1	Sykepleievitenskap.....	s. 45
5.1.1	Holisme.....	s. 46
5.1.2	Systemisk tenkning.....	s. 47
5.1.3	Levekår og livskvalitet.....	s. 48
5.2	Psykiatrisk sykepleie og sykepleie.....	s. 50
5.2.1	Omsorg i sykepleien.....	s. 50
5.2.2	Psykiatrisk sykepleie.....	s. 51
5.2.3	Psykiatrisk sykepleie og endringene i psykiatrien.....	s. 52
5.2.4	Menneskesyn.....	s. 54
	<b>DEL III: METODE.....</b>	<b>s. 60</b>
6.0	Metodologi.....	s. 60
6.1	Hermeneutikk.....	s. 60
6.1.1	Førforståelse.....	s. 62
6.2	Etiske implikasjoner.....	s. 63
6.3	Praktisk fremgangsmåte.....	s. 67
6.3.1	Min rolle som forsker.....	s. 67
6.3.2	Utvalgsriterier.....	s. 67
6.3.3	Datainnsamlingsmetode.....	s. 68
6.4	Tolkning av data.....	s. 69
6.4.1	Tolkning av intervjusituasjonen.....	s. 70
6.4.2	Tolkning av tekst.....	s. 71
6.4.3	Vitenskapelig tolkning av data.....	s. 72

<b>DEL VI:</b>	<b>PRESENTASJON AV DATA, ANALYSE OG</b>	
	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>s. 73</b>
7.0	Opplevelser og erfaringer beboerne har av tilværelsen i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.....	s. 73
7.1	Forholdet til seg selv.....	s. 74
7.1.1	Årsaken til lidelsen.....	s. 74
7.1.2	Å være pasient.....	s. 78
7.2	Forholdet til andre.....	s. 80
7.2.1	Nærhet, - på avstand.....	s. 80
7.2.2	Bekreftelser i sosiale relasjoner.....	s. 84
7.2.3	Å gi og å få omsorg.....	s. 88
7.2.4	Bekreftelser gjennom mestring.....	s. 91
7.2.5	Den nære relasjonen.....	s. 94
7.2.6	Å få gode råd.....	s. 98
7.3	Å ha et eget territorium.....	s. 101
7.3.1	Et sted for trygghet.....	s. 102
7.3.2	Et sted for privatliv.....	s. 104
7.3.3	Et sted å kunne bestemme over.....	s. 108
7.3.4	Et sted for identitet.....	s. 111
7.3.5	Fellesterritorium.....	s. 116
7.4	OPPSUMMERING.....	s. 117
8.0	Diskusjon.....	s. 123
8.1	Studiens metode.....	s. 123
8.2	Resultatenes betydning.....	s. 125
8.3	Konsekvenser for psykiatrisk sykepleie/bofellesskap.....	s. 136
8.4	Fremtidig forskning.....	s. 139
	Referanser.....	s. 141
Vedlegg:	I: Tilråding fra REK	
	II: Informasjonsbrev til informantene	
	III: Intervjuguide	
	IV: Søknad til faglig ansvarlig i bydelene	

## **SAMMENDRAG:**

**Bakgrunn:** I løpet av de siste ti årene har psykisk helsevern i Norge stått overfor en betydelig omlegging. Myndighetene har gjennom nasjonale føringer lagt opp til en betydelig nedbygging av institusjonsplasser og satset på en oppbygging av lokale tilbud til de med alvorlige psykiske lidelser. Brukerne trenger en rekke hjelpe- og tjenestetilbud, og det foreslås flere aktuelle tilbud som regnes for viktige for at denne gruppen mennesker skal kunne klare seg over tid i lokalsamfunnet. Et av disse er bolig. Samtidig viser det seg at mange sliter på flere plan med å klare seg i egen bolig. Derfor har Bergen kommune opprettet bofellesskap til mennesker med langvarige psykiske lidelser.

**Utvalg og metode:** Ti beboere fra fire forskjellige slike bofellesskap ble intervjuet, hvor fokus var deres opplevelser og erfaringer med tilværelsen ved en slik boform. Undersøkelsen var gjennomført etter en hermeneutisk forskningsmetode. Førforståelsen innbefattet tenkningen som ligger til grunn både for utformingen av psykisk helsevern gjennom nasjonale føringer og fra kunnskap hentet fra fagområdet psykiatri i vid forstand. Dessuten to antatte grunnleggende behov med spesiell aktualitet for tilværelsen i bofellesskap; nemlig behovet for sosial støtte og behovet for å ha et eget territorium. Implisitt ligger tenkningsgrunnlag, tradisjon og kunnskap fra sykepleievitenskap, sykepleie som fag generelt og psykiatrisk sykepleie spesielt. Dette dannet et utgangspunkt for utformingen av en intervjuguide.

**Resultat og fortolkning:** Beboernes referanse var knyttet til mange år inn og ut av institusjoner. Mange hadde dessuten med seg negative erfaringer med å bo i egne leiligheter og/eller sammen med foreldre. På bakgrunn av dette 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 å ikke mestre slike, syntes å være et hinder, - delvis som følge av negative erfaringer.

Ved siden av tilværelsen i bofellesskapet, var et tilpasset arbeidstilbud en arena som hadde mange positive funksjoner. Relasjonene til kollegaer var preget av en viss avstand, hvor respekt for deres territoriale grenser var viktig. Å delta i flere sosiale arenaer (for eksempel gjennom hobbyer) virket å være et uttrykk for høyere grad av mestring. Altså spilte det kvantitative aspekt en viss rolle.

Representanter for hjelpeapparatet utgjorde de nærmeste for de fleste. Foruten personalet i bofellesskapet, trakk flere fram samarbeidet med fastlegen som viktig. Dette gikk spesielt på jevnlig oppfølging, råd og samarbeid vedrørende medikamentell behandling.

Tilværelsen i bofellesskap kan ha et rehabiliterende potensiale. 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. En utfordring er den valgte asymmetrien i forholdet mellom hjelpesøker og hjelper, og partene må håndtere spenningsforholdet i denne makt-avmakt-situasjonen. Et viktig element i rollen som hjelper er å tåle å være i denne maktposisjonen, og være seg bevisst på dens muligheter og begrensninger. Forholdet mellom frihet i forhold til aktivitet og sosial deltagelse, og å bli styrt inn i slike, står sentralt. Det kan synes som en lang prosess fram mot økt sosial mestring for beboerne, og det kreves at hjelper er klar over sin rolle som overgangsobjekt.



## **SUMMARY:**

*“How do residents of group-homes for people with mental illness experience their existence?”*

**Background:** During the last ten years the Mental Health Service in Norway has been through considerable changes. The authorities have through national guidelines reduced the number of places in institutions, and prioritised local offers to the persons who suffer from a prolonged mental illness. The users needs several types of aids and services and several potentially important arrangements are considered to give these people an opportunity to function over time in local communities. One such arrangement is a flat. For that reason the authorities in Bergen have established group-homes<sup>1</sup> for such individuals.

**Selections and methods:** Ten residents from four different group-homes were interviewed, and focus placed upon their cognitive and emotional experiences. The research has been carried out in a hermeneutic method. The pre-understanding included the thinking behind the shaping of mental health care through national intentions and knowledge drawn from psychiatry as science and beyond. Furthermore two anticipated fundamental needs, especially important for the life of residents in the grouphomes were incorporated: the need for social support and basic territorial needs. Thoughts, traditions and knowledge from Nursing Science are incorporated, as well as from nursing as a profession, in particular psychiatric nursing. This formed the foundation for the making of an interview guide.

**Result and interpretation:** The residents' starting point was based upon experiences concerning in-and-out relationships with institutions and for several of them living with their parents. Many of their experiences were explicitly negative, and they regarded life in group-homes as satisfactory. Especially important was the possibility to relate socially on different scenes and accessible personnel during difficult periods. This counteracted the feeling of being isolated. Permanent residence gave them a feeling of security, status and sense of coping with everyday life.

The residents had, as a result of their sufferings, an explicit need for aid facilities. The sense of community in the home helped them fighting loneliness, while at the same time they had a

secured territory in their individual flats. The sufferings seem to give relational consequences. Their relationship to the others can be summed up as “close, – at a distance”. However, past experiences of loneliness and isolation was an important motivational factor in their desires for social interaction with others. At the same time, their fear of not being able to handle such contact seemed to be an obstacle, partly because of previous negative experiences.

In addition to life in group-homes, an another arena with several positive functions was an adjusted workplace. The relation to their colleagues was characterised by a certain distance, with the respect for the territoriality being important. To participate on different social arenas (hobbies etc) seemed to be an expression for a higher degree of coping with life. So the quantitative aspect plays a certain role.

Representatives from the health and social care constituted the closest relations for most residents. In addition to the personnel from the group-home, many emphasised the co-operation with their doctor. Especially concerning regular appointments, advise and co-operation concerning medications.

Existence in group-homes may have rehabilitating potential. It demands a conscious attitude and systematic work on the side of the personnel. One precondition seems to be a break-up from traditional institutional thinking, without the helper-role becoming indistinct. One challenge is the chosen asymmetry in the relationship between the aides and the aided, and the parties will have to handle the tensions in the authoritarian situation. An important element in the role of the aides is to stand in this position of power, and to be conscious about its possibilities and limitations. The difference between freedom to activity and social participation, and forced activity and social participation, is essential. The process towards increased coping with social activity for the residents may seem a painstaking one, the aides have to be conscious of their role as temporary objects.

---

<sup>1</sup> individual flats with common rooms.

## **DEL I: INNLEDNING.**

### **1.0 Introduksjon og tema for undersøkelsen.**

Gjennom Stortingsmelding 25 (St.meld. nr. 25 1996-97) gis det nasjonale føringer om hvordan psykisk helsevern skal utvikles i årene som kommer, med hovedvekt på tilbudene til de med alvorlige psykiske lidelser. Slik jeg ser det, er et av meldingens viktige budskap at det er en rekke samvirkende faktorer som må til for å bedre tilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Departementets ønske er å presentere en helhetlig plan som tar for seg alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser.

Når det gjelder organisering, er det sentrale i meldingen en overføring av ansvar lokalt til kommunene med bl.a. oppbygging av distriktpsikiatriske sentre og samarbeid på tvers av fag- og etatsgrenser. På en helt annen måte enn tidligere aktualiseres også spørsmålene om brukermedvirkning, pårørendes situasjon, integrering og normalisering, og dermed sosial deltagelse. Meldingen foreslår en rekke aktuelle tilbud som regnes som viktige i forhold til psykiske helseproblemer, tilbud som kan gi 'innhold i hverdagen' (Alsaker & Jakobsen 1999). Det dreier seg om faktorer som bl.a. boforhold, arbeid, fritidstilbud og utdanning, som sammen påvirker ens psykiske helse.

En befolkningsundersøkelse fra Oslo viste at det ikke er enkeltfaktorer som påvirker ens psykiske helse, men en kombinasjon av flere faktorer (Dalgard & Sørensen 1988). Utfordringen for helsevesenet er å bygge opp et helhetlig, desentralisert tjenestetilbud til brukerne. Mange brukere vil trenge en rekke tjenester, hvor Stortingsmeldingen nevner for eksempel faktorer som det å ha ordinært eller vernet arbeid på hel- eller deltid, ulike typer tjenester i hjemmet, utdanning og opplæring, støttekontakt, hjelp fra sosialtjenesten, trygdeytelser, allmennlegetjenester, støtte til barn og barnefamilier, dagsenter, tilpassede tjenester i forbindelse med aktivitets- og fritidstilbud (St.meld. nr. 25 1996-97). Sist, men ikke minst, vil spørsmålet om botilbud være meget sentralt. Bofellesskap er et av flere aktuelle alternativer til egen bolig for mange psykiatriske langtidspasienter (Dalgard & Sørensen 1988).

## 1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.

Jeg vil i denne studien avgrense meg til mennesker med psykiske lidelser som bor i bofellesskap. Jeg har ved hjelp av kvalitativ metode valgt å fokusere på muligheter og begrensninger, med utgangspunkt i beboernes egne opplevelser og erfaringer. Selv om det er en sammenheng mellom ens opplevelser av et fenomen og erfaringen knyttet til fenomenet – i denne sammenheng tilværelsen i bofellesskap - , tenker jeg at opplevelse i hovedsak henspiller på det affektive og følelsesmessige aspekt, mens erfaringer dreier seg i første rekke om kognitive sider (Vetlesen & Nortvedt 1996; Næss & Haukeland 1998).

Bergen kommune har på siste halvdel av 90-tallet opprettet en rekke bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Et utvalg av beboere fra disse vil være populasjonen som inngår som informanter i min undersøkelse.

Ut fra to grunnleggende allmennmenneskelige behov, behovet for å leve i en sosial sammenheng og behovet for å ha et "privat rom" en kan kalle sitt eget, vil studien søke å få et innblikk i den opplevde og erfarte tilværelsen informantene har med bofellesskap som boform. Med utgangspunkt i egen kunnskap og erfaring fra fagområdet, og den aktuelle brukergruppe, i tillegg til et forprosjekt (et prosjekt i regi av Videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie (Alsaker & Ådland 1998)(jfr. kap. 3.4.2), har jeg med det jeg vil kalle et bakteppe knyttet til problemstillingen. Begrepene "sosial støtte" og "eget territorium" vil således være sentrale. Sammen med en mulig forståelse av hva psykiske lidelser er og grunnlagstenkingen i psykisk helsearbeid, utvalgte begreper og perspektiver i sykepleiefaget vil disse danne en basis for min førforståelse, og derigjennom være retningsgivende for utarbeidelse av intervjuguide (jfr. vedlegg og kap. 6.0). Når jeg var kommet i gang med samtalene med informantene, ble det et behov for å utvide teorigrunnet for bedre å kunne analysere og tolke data, og derigjennom øke min forståelse.

Undersøkelsen er motivert ut fra en antagelse om at for mange psykiatriske langtidspasienter kan en tilværelse i et bofellesskap møte mange viktige behov som har sammenheng med deres livskvalitet, og dermed aktivere et iboende potensiale hos beboerne i forhold til rehabilitering. For denne gruppen beboere har jeg en antagelse om at bofellesskap som boform kan gi en høyere grad av sosial støtte, frihet og livskvalitet enn ved andre boformer, både i og utenfor institusjon. Implisitt i dette ligger det at for den enkelte beboer vil det være antatte

helsefremmende muligheter. Dette vil være et viktig mål for denne gruppen, og dermed i tillegg muligheter for integrering og normalisering.

Forskningsspørsmålet i studien er: *"Hvordan opplever og erfarer beboerne sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?"*

## **1.2 Disposisjon og bakgrunn for problemstillingen.**

Katie Eriksson betrakter kunnskapsinnholdet i sykepleie ut fra fire nivåer (Eriksson 1985). Jeg oppfatter hennes inndeling som en modell som også er av generelt karakter, og dermed aktuell og relevant innenfor alle fagområder knyttet til helse- og sosialarbeid.

1. Metateoretisk nivå – sykepleievitenskapens vitenskapsnivå; hvor målet er å utvikle sykepleievitenskap.
2. Teoretisk nivå – sykepleievitenskap; hvor målet er å utvikle faktakunnskap om sykepleie.
3. Teknologisk nivå – sykepleielære: hvor målet er å utvikle "know how" – teknologisk kunnskap.
4. Praktisk nivå – sykepleie som kunst; hvor målet er å utvikle unike sykepleiehandlinger.

Opgavens teoridel er i hovedsak disponert utfra de første nivåene, mens resultatene med påfølgende analyse og drøfting, samt diskusjonen som følger, danner grunnlag for de siste nivåene. Samtidig er det en sammenheng og glidende overganger mellom nivåene uten skarpe skiller. Jeg mener det er viktig med en bevissthet om at det er en indre sammenheng mellom nivåene og at det er en logisk koherens mellom dem.

Del II inneholder den teoretiske referanserammen oppgaven bygger på. I kapittel 2 vil jeg se nærmere på det ideologiske tenkningsgrunnlaget som ligger til grunn for organiseringen av psykisk helsevern, og dermed det menneskesyn som ligger implisitt i endringene. I kapittel 3 rettes fokus mot bakgrunnen og tenkningen i forhold til psykiske lidelser og den psykisk lidende, bofellesskap som fenomen og tidligere forskning på bofellesskap. Teori omkring behovet for sosial støtte og eget territorium presenteres i kapittel 4, og disse antok jeg var sentrale i forhold til informantene. I kapittel 5 vil jeg prøve å gi en fremstillingen av sentrale begrep og tenkning i sykepleie som vitenskap, sykepleie og psykiatrisk sykepleie som fag.

Dette representerer en utdypning av det som også er mitt faglige ståsted og de verdier som jeg mener danner basis for min forforståelse, både generelt i forhold til de som trenger psykiatrisk hjelp og spesielt i forhold til den aktuelle gruppen. Del III (kap. 6.0) er metodekapittel, mens i del VI presenteres data, dataanalyse og tolkning av disse opp mot aktuell teori (kap. 7). Kapittel 8 er avsatt til diskusjon av resultatene.

Jeg vil altså i det følgende gi en oversikt over bakgrunnen for problemstillingen. Utgangspunktet vil være knyttet generelt til fagfeltet psykiatri, men jeg vil hele tiden ha den aktuelle beboergruppen i bakhode. Jeg har valgt å vektlegge tenkningsgrunnlaget, altså på et metateoretisk nivå si noe om hva som danner det generelle grunnlaget for teori og praksis med utgangspunkt i sentrale føringer på den ene siden, og på den andre siden spesielt for tenkning omkring bofellesskap som arena. Dette er viktig fordi en som menneske står i et indre forhold til sine teorier om seg selv, slik at teorier om det å være menneske blir medskapende for mennesket (Mehren 1977). Videre betyr dette at det ikke er uvesentlig hvilket syn en har på mennesket og menneskets tilværelse, fordi det får konsekvenser for ens syn på seg selv og andre – det vil påvirke, og gjennom tenkning også handlinger. Altså danner menneskesynet grunnlag for holdninger, og derigjennom påvirker ens syn på seg selv som hjelper, relasjonen mellom hjelpesøkeren og andre og mellom hjelper og hjelpesøker.

Jeg mener dette er svært viktig innenfor fagfeltet psykiatri. I 1980 nedsatte NAVF på oppdrag fra Sosialdepartementet en tverrfaglig arbeidsgruppe som skulle stå for en vurdering av vitenskapelige og samfunnsmessige forhold av betydning for utviklingen av psykisk helsevern (Dalgard, Føllesdal et al. 1982). En av deres konklusjoner var at utdanninger som utdannet kandidater som skulle arbeide innen psykiatrisk helsevern,:

*”...bør legge særlig vekt på egenutvikling og generell etikk (etiske holdninger, valg, menneskesyn).” (op. cit. s. 29)*

Utgangspunktet for oppgaven er beboernes opplevelser og erfaringer. I oppbygging og gjennomføring av tilbudene til psykiatriske langtidspasienter vil dette være styrende for holdninger og handlinger både på individ- og systemnivå.

## **DEL II: TEORETISK REFERANSERAMME.**

### **2.0 Grunnlagstenkning i psykisk helsevern.**

Organisatoriske forandringer kan være motivert utfra rasjonelle og økonomiske grunner, men i denne sammenhengen vil jeg vektlegge et faglige perspektiv. Jeg vil i det følgende gjøre rede for noen av disse endringene innenfor psykiatrifeltet og som også får konsekvenser for brukerne av tjenestene, og drøfte en del begreper jeg mener er relevante for problemstillingen.

### **2.1 Endringene innen psykisk helsevern.**

Psykisk helsevern har de siste 25 årene vært preget av nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene. Den totale nedgangen på døgnplasser har fra 1975 (da antall plasser var på sitt høyeste) til 1990, vært på 72 % (Sandvin & Söder 1998). En stor del av de frigjorte midlene ble brukt til omorganisering og oppgradering av de eksisterende institusjonene. Mens "HVPU-reformen"- som det i mange henseende kan være naturlig å sammenligne med - var en total avvikling av de store institusjonene og først og fremst sett på som en boligreform, har man innen psykisk helsevern valgt en "både-og-løsning" med hovedvekt på behandling og rehabilitering (Haugen 2000; Sørgaard 2002). Oppbygging av tilbud til brukerne lokalt i kommunene har hengt langt etter sammenlignet med det som har vært brukt av ressurser til psykisk utviklingshemmede (Øverås 2000; Færden 2001). Undersøkelser viser at psykiatrisk pasienter er klart den gruppen av mennesker som har kommet dårligst ut når det gjelder tilbud fra kommunene (Sandvin 1993; Rønning & Solheim 1998).

Psykiatriske langtidspasienter har ofte store problemer på boligmarkedet. Mange har lange institusjonsopphold bak seg, og dermed ikke egen bolig og ofte heller ikke familie de kan vende tilbake til (St.meld. nr. 25 1996-97). Videre viser det seg at de i en krisesituasjon ofte kan ha mistet boligen og ikke har maktet å ivareta sine egne interesser.

Desentralisering av den psykiske helsetjenesten stiller helse- og sosialarbeidere over for nye utfordringer. Disse krever en grundig gjennomtenkning m.h.t. bl.a. organisering, ideologi og roller. Uttrykket "Pasienten først!" i Stortingsmeldingen er retningsgivende for tilbud og

behandling (St.meld. nr. 25 1996-97). Historisk handler dette blant annet om en holdningsendring, med etiske ledesnorer som autonomi (respekt for pasientens eget ønske), ansvarlighet (ivareta pasientens interesser), skånsomhet (hindre skade) og rettferdighet (alle skal få et likt tilbud) (Opjordsmoen 2001). På den andre siden vil det være avgjørende å ta hensyn til den enkelte lidende og erkjenne at det handler om en alvorlig tilstand som i mange tilfeller kan føre til betydelig kronisk helsesvikt og/eller selvbeskadigelse og også til skade på andre personer.

## **2.2 Brukermedvirkning.**

Dette spenningsfeltet er en spesiell utfordring og representerer mange dilemma, bl.a. i forhold til brukermedvirkning/-innflytelse. For brukerne selv og for de pårørende ligger det også store utfordringer i reformen, fra å ha en passiv rolle som mottager av hjelpetiltak, til en aktiv rolle som innbefatter et ansvar for å fremme egne synspunkter og ta i bruk egne ressurser. Det forventes at en som hjelper skal møte brukerne på en måte som gir dem muligheter og skaper rom for å fremme deres egne synspunkter og aktivisere iboende ressurser. I Alma-Ata-erklæringen til Verdens helseorganisasjon fra 1978 ble ”empowerment” lansert og erklært som et styrende prinsipp både organisatorisk og faglig i alt helsearbeid (Gulbrandsen 2000). Begrepet anvendes i dag særlig innen samfunnsmedisin, helsepolitikk og sykepleievitenskap. Kort sagt kan det sies at i det handler om en orientering mot å mobilisere og styrke folks egne krefter, til å ta ansvar i sitt eget liv, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt (Borge 2000; Thesen & Malterud 2001). Fokus retter seg mot en prosess i retning av større innflytelse enn før, en endring som fører til at enkeltmennesket vinner bedre kontroll over avgjørelser som angår han selv. Jørgen Vogt foreslår begrepet oversatt med *maktstyrking* (Vogt 2000). Idealet blir således en overføring og tilføring av makt, og derigjennom en styrking av mestring (Gedde-Dahl 2001), altså:

1. miljøets aktive forbedring av rammebetingelser, ved for eksempel overføring av makt,
2. økt handlekraft og aktivitet, ved aksept og bruk av egne ressurser og tilført makt,
3. det dynamiske samspillet mellom 1 og 2 som handler om å skape rom for gode prosesser.

Maktbegrepet kommer jeg for øvrig inn på seinere i oppgaven (se kap.3.2.1).



### 2.3 Forebygging av psykiske lidelser.

Både fra politisk og faglig hold er det en allmenn oppfatning at forebyggende og helsefremmende arbeid er bedre ressursbruk enn dyr behandling (Dalgard, Føllesdal et al. 1982). Det vil således i tillegg til økt livskvalitet og helsegevinst både på individ- og gruppenivå, også selvfølgelig ligge økonomiske motiver bak (Sørgaard 2002). Det forebyggende arbeid er i denne sammenheng først og fremst kommunalt ansvar og skal gjennomføres lokalt (St.meld. nr. 37 1992 - 93; St.meld. nr. 25 1996-97; St. prp. nr. 63 1997-98). Samtidig hører vi jevnlig om dårlig kommuneøkonomi, med problemer for mange kommunale etater (barnevern, barnehage, skole etc.) og på andre felter som vi vet er viktige arenaer for forebygging (barne- og ungdomsarbeid av ulik art på ulike nivå o.s.v.), som sammen med endringer i samfunnsforhold kan virke negativt inn på befolkningens psykiske helse. Jeg tenker da for eksempel på løsere nettverk, oppløsning av familier, rusproblematikk, ulike stressbelastninger o.s.v. En ekspertgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la frem en rapport, hvor kunnskapsgrunnlaget for forebygging av psykiske plager og lidelser ble gjennomgått (Aasland, Dalgard et al. 2000). Den konkluderte med at i forhold til psykisk helse, er dette mulig til en viss grad å forebygge, men det forutsetter en rekke betingelser, bl.a. forhold i lokalsamfunnet.

Tradisjonelt skiller en mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak (Caplan 1964), hvor det handler om tiltak rettet mot henholdsvis dem som ikke ennå har utviklet symptomer, tiltak mot dem som er i en tidlig fase av en problem- eller sykdomsutvikling og til sist for å redusere ytterligere skadevirkninger når et problem eller en sykdom er etablert (i praksis ofte omtalt som behandling eller rehabilitering). Kritikken mot denne inndelingen er rettet mot at distinksjonen mellom primær- og sekundærforebygging forutsetter et nokså klart skille mellom sykdom og helse (Thuen & Aarø 2001). Innefor psykiatri vil helseproblemer manifestere seg i større grad langs et kontinuum av symptomer og adferd der det ikke finnes noen entydig og skarp grense mellom det å være syk og det å være frisk. En uttalt målsetting med bofelleskap er forebygging, - sekundær- og først og fremst tertiærforebygging. Jeg vil her ikke komme ytterligere inn på begrepet forebygging generelt, men trekke inn noen momenter som er mer eller mindre aktuelt også i forhold til mine informanter.

På den ene siden er det viktig å være klar over at våre fordommer, myter eller illusjoner omkring alvorlige psykiske lidelser også vil være med på å påvirke hvordan vi forholder oss

til pasientene (Harding & Zahniser 2001). "Illusjonen" inntreffer når vi som profesjonelle betrakter de dårligste pasientene som "typiske tilfeller". Uavhengig av hvilken "alvorlig diagnose" pasienten har (f.eks. schizofreni, personlighetsforstyrrelser, affektive lidelser), vil det alltid være en stor gruppe som har et vesentlig potensiale for bedring (Borg, Bjerke et al. 1998; Harding & Zahniser 2001; Topor 2002).

Like fullt er det viktig på den andre siden å være klar over at for en ikke ubetydelig gruppe av mennesker med psykiske lidelser, vil både forebyggingspotensialet og de prognostiske mulighetene være begrenset (Thuen & Aarø 2001), og uansett hvor store mulighetene er, vil det ofte være en ressurskrevende, omfattende og smertelig vei for både for hjelper(e) og pasient(er) (Harding & Zahniser 2001). Ved en ensidig vektlegging av pasientens ressurser og jakt på helsefremmende faktorer vil en lett overse de begrensningene og problemene som en psykisk lidelse kan medføre. Behandlers ønsker og håp om å gi pasientene effektiv behandling og stor på egne terapeutiske egenskaper og metoder, kan i gitte situasjoner gi overdrevne forhåpninger på egne og ikke minst på pasientenes vegne. Fokusering på løsninger og ressurser kan for de "sykeste syke" i beste fall føre til et for høyt forventningspress overfor pasienten og dermed påføre de nye nederlag. I verste fall kan det få dramatiske konsekvenser for pasienten. Det er forskjell på god behandling og idyllisering av virkeligheten forkledd som god behandling. Dette tror jeg for øvrig er generell fare ved alt terapeutisk arbeid, uansett teoretisk forankring, men i det siste har det eksempelvis kommet en del kritikk mot det som av mange innen fagmiljøet oppfattes som "lettvinne" behandlingsmetoder, det som Skårderud betegner som "...*tenk-positivt*"-kulturens billige triks om å oppmuntre og normalisere..." (Skårderud 1998, s. 279), og som en også vil finne under "empowerment-paraplyen" (Elvsaa 2000; Hoem 2000; Holgersen 2000; Holgersen 2001; Dager 2002; Yalom 2003).

På tross av begrensede prognostiske muligheter som følge av selve lidelsen, den aktuelle lidelsens karakter og andre manglende faktorer på individ- og gruppenivå, vil det være et betydelig forebyggingspotensiale på et hvilket som helst nivå gjennom bedre levekår, økt grad av livskvalitet og trivsel (Næss & Haukeland, 1998)(jfr. kap. 5.1.3). Dette vil i sin tur kunne virke positivt inn på den psykiske helsen og psykososialt fungering, og en får således positive vekselvirkninger.

## 2.4 Autonomi.

Generelt i nyere lovgivning innen helsevern, og spesielt i "Pasientrettighetsloven" (Lov 1999-07-02 nr. 63) ligger begrepet autonomi mer eller mindre implisitt som tankegang. Autonomi blir ofte forstått som det å ha frihet til å styre sitt eget liv, frihet til å bestemme over sin egen livssituasjon (Wifstad 2002). Imidlertid finner vi dette som et bærende prinsipp i det moderne menneskets selvforståelse helt tilbake fra renessansen gjennom den humanistiske bevegelse. Man kan skille mellom to ulike betydninger av begrepet humanisme (Borge 2000). Først som et filosofisk utviklingsperspektiv på mennesket, vår plass i tilværelsen og de utfordringer som følger med. Den er preget av den klassiske etikk (Aristoteles), som forutsetter en felles kulturell forståelse av hva som kjennetegner det gode liv. Dernest som en ideologi som er snevert knyttet til det borgerlige, liberal- demokratiske samfunn med dets hovedvekt på individualisme, idealer om menneskerettigheter og personlig autonomi. Dette er nært knyttet til den moderne humanismens rettighetsperspektiv. Arild Utaker kritiserer den sistnevnte retning, når han sier (Utaker 1982, 2. utgave):

*"... det som kritiseres, er humanismen forstått som borgerlig ideologi, som forherliger mennesket samtidig som den tildekker det umenneskelige ved de forholdene mennesker kan vær underkastet."*

(s. 142)

Vi er frie mennesker som har rett til å bestemme over våre egne liv. Selvrealisering blir det sentrale tema, og vi finner dette spesielt innen deler av amerikansk humanistisk psykologi (f.eks. Carl Rogers og Abraham Maslow). Hvordan vi som menneske vil leve våre liv er overlatt til oss selv.

Begreper som uavhengighet og selvstendighet blir ofte koblet til autonomibegrepet. Wifstad (Wifstad 2002) kommer med et eksempel som illustrasjon på hvordan det å legge for stor vekt på autonomi kan forsterke - det han kaller - et falskt selvbilde av usårbarhet:

*"En gang jeg arbeidet i et rehabiliteringsprosjekt, kom en beboer til oss og sa at hun følte seg totalt mislykket, og at det ikke var noen mening i å fortsette rehabiliteringsarbeidet. Grunnen var at hun nå innså, sa hun, at hun aldri ville klare å gjøre seg totalt uavhengig av andre. Derfor ville hun heller aldri make å leve opp til den målsettingen hun mente vi forventet av henne. Vi ble svært overrasket. Vi kunne ikke huske at vi hadde signalisert til denne beboeren at vi forventet at hun skulle bli "helt uavhengig". Etter hvert innså vi imidlertid at vi, som en slags skjult agenda, kanskje opererte med en slik i og for seg absurd forestilling om uavhengighet."*

(s. 721)

Wifstad sier at dersom vi som hjelpere formidler usårbarhet som ideal, i betydningen at sårbarhet er uttrykk for svakhet, som en feil eller mangel, eller som en sviktende evne til å være sterk nok eller uavhengig nok, legger vi sterke føringer på oppfattelsen av det å være menneske. Han henviser til Løgstrup (Løgstrup 1991), som trekker fram viktigheten i selve møtet mellom hjelper og hjelpsøker. Ting en som hjelper ikke legger merke til eller tenker over, de mest upåfallende og rutinepregede situasjoner, kan være avgjørende for møtet, situasjoner hvor en holder en ”... *flik av dette menneskets liv i din hånd*” (op.cit. s.721). Wifstad mener at dette generelle poenget er spesielt viktig når hjelpsøker kan være både avhengig og avmektig.

Innen generell systemteori (se kap. 5.1.2) snakkes det om entropi; altså et systems egenskap eller evne til å komme i en tilstand av likevekt via en feed-back-sløyfe (Solem 1985), og Antonovsky knytter sin tenkning om salutogenese (se kap. 2.5) opp mot begrepet ved å hevde at når det gjelder menneskelig eksistens er det aldri snakk om negativ entropi (Antonovsky 1990; Antonovsky 1991). D.v.s. at helse handler ikke om en tilværelsen bestående av homeostase, men heterostase. Likevekt er ikke et normalt ideal for helse, men det er ulikevekt som er realiteten i alles liv. Helse dreier seg om hvordan en mestrer livets realiteter. Eller som Jon Monsen uttrykker det når refererer den norske psykoanalytikeren Hjørdis Simonsen, som karakteriserer psykisk helse ”...*som ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det*” (Monsen 1990).

Parallelt med utviklingen mot en styrking av hjelpsøkers autonomi, har hjelper fått en tilsvarende redusert innflytelse. De siste 20 årene har slagordet ”klienten som ekspert på seg selv” vært sentralt (Hoffman 1987; Berg & Miller 1998; Barth 1999; Langeland 2000). Ved å beskrive forhold mellom mennesker som symmetriske, vil det dermed kunne innebære en fornektning av at det foreligger en etisk fordring (Oddli & Kjøs 2001). Symmetriske forhold er definert som bytteforhold, likt mot likt, der ingen av partene er utlevert til den andre. Vanligvis vil det i klinisk arbeid være slik at klienten trenger oss mer enn vi trenger dem. Altså et asymmetrisk forhold. Brukerne som ekspert på sin egen lidelse kan sies å ha tre komponenter (Hatling & Østbye 1998):

- 1) ekspert på årsakene til den,
- 2) ekspert på det å leve med den,

### 3) ekspert på det å redusere/fjerne den (behandling)

Brukerne har både individuelt og som gruppe høyst ulike forutsetninger for å være ekspert på disse ulike komponentene: minst i forhold til årsaker, behandling vil kunne plasseres i en midtkategori og mest i forhold til det å leve med den. Det siste er jo i hovedsak også utgangspunktet for problemstillingen i denne oppgaven. Ekspertbegrepet kan således forstås som å anerkjenne brukeren og den profesjonelle som eksperter på ulike kunnskapsområder: brukeren på sine opplevelser, erfaringer og kunnskaper, og den profesjonelle på det generelle (teori, empiri, statistikk) og på relasjonskunnskaper og -ferdigheter. Dette endrer likevel ikke at forholdet mellom hjelper og hjelpsøker er grunnleggende asymmetrisk. Den profesjonelle har i det minste makt til å definere både hva som er makt, og vil således være premissleverandør og bestemme symmetrien i forholdet (Willumsen 1998; Oddli & Kjøs 2001).

## **2.5 Komplementaritet.**

Før jeg går videre, vil jeg stanse litt ved et element som jeg mener er et vesentlig spenningsfelt innen psykisk helsearbeid. Psykiatri som fagområde, både teoretisk og empirisk, står i en særstilling i forhold til andre områder innen helsevesenet, fordi det på en spesiell måte ikke bare omhandler fysiske eller biologiske forhold, men i stor grad beskjeftiger seg med mentale eller meningsbærende fenomener (Berg 2000; Reichborn-Kjennerud & Falkum 2000). Ut fra et vitenskapsfilosofisk perspektiv skiller man tradisjonelt mellom nomotetisk vitenskap, som handler om å avdekke universelle lovmessigheter, og ideografisk vitenskap, som har som mål å beskrive individuelle og unike aspekter ved virkeligheten, som mening og intensjonalitet. Skjematisk kommer dette til uttrykk gjennom to ulike måter å metodisk søke kunnskap, med henholdsvis generalisering gjennom kvantifisering og statistisk bearbeiding av data (forklarende), og en kvalitativ tilnærming som er rettet mot forståelse av enkeltindivider eller enkelthendelser (forstående), noe som medfører at kunnskapen ikke uten videre kan antas å være gyldig for andre personer i andre situasjoner. Jeg kommer tilbake til de vitenskapsteoretiske sidene ved dette i metodekapittelet (kap 6). I denne sammenheng har det imidlertid betydning for både tenkningsgrunnlaget og den kliniske virksomhet, altså hvordan man med utgangspunkt i en forståelse, handler og

forholder seg til aktørene innen fagfeltet (Schibbye 2002). Dette ligger mer eller mindre implisitt i mye av det jeg har presentert, og det vil også gå som en rød tråd videre i oppgaven.

Et viktig spørsmålet blir hvordan man velger å forholde seg til i utgangspunktet diametrale begrepspar. Aaron Antonovsky har lansert begrepet salutogenese, som i de seneste årene har påvirket tenkning omkring helse (Antonovsky 1990; Antonovsky 2000). Han påpeker det utilstrekkelige i det han kaller en patogenetisk modell. Han eksemplifiserer forskjellen mellom dem gjennom seks aspekter som formuleres i motsetninger som karakteriserer h.h.v. salutogenese og patogenese (kontinuum vs. dikotomi, historien vs. diagnosen, helsefremmende faktorer vs. risikofaktorer, stressorer som sykdomsfremkallende, nøytrale eller helsebringende, adaptasjon vs. magisk kur, avvikende tilfeller vs. hypotesebekreftelse). Det sentrale spørsmål han reiser er hvorfor noen mennesker til tross for store påkjenninger i livet likevel har en god helse. Det avgjørende, sier han, er om man har en høy grad av oppfatning av sammenheng ("sense of coherence"), som dermed bidrar med kunnskap om hvorfor enkeltindivider reagerer høyst ulikt på store mentale belastninger (Hatling & Østbye 1998). I denne sammenheng vil jeg trekke inn noen kommentarer til forholdet mellom begrepsparet salutogenese og patogenese. Det kan nemlig forstås på ulike måter.

En kan f.eks. ha som utgangspunkt salutogenese og patogenese som kontradiktorisk motsatte tilnærminger, d.v.s. som prinsipper som utelukker hverandre og som ikke tillater et tredje alternativ. En vil da kunne velge å utelukke det karakteristiske patogenetiske og ensidig fokusere på de salutogenestiske perspektiv. I praksis går en slik forståelse og behandling ut på å ta utgangspunkt i å optimalisere opplevelsen av sosial støtte, selvbilde, mening og mestring, og dermed kan en øke graden av helse hos individet. Elementer av en slik tenkning finner en igjen i såkalte "Løsningsfokuserende terapi"-former (Furman, Riikonen et al. 1991; Berg & Miller 1998; Langslet 1998; Söderquist 2000) og mer direkte som "Salutogen terapi" (Hansson & Cederblad 1995; Waad & Hult 1997; Hult & Waad 1999; Langeland 2000; Waad & Hult 2001). Ofte kombineres de med ulike andre terapeutiske tilnærminger som for eksempel "Narrativ terapi" (Michael White, David Epston), "Personsentrert terapi" (Carl Rogers), "Systemteori" (Gregory Bateson) og/eller Michael Foucaults filosofiske ideer, og blir gjerne beskrevet under betegnelsene postmodernisme, poststrukturalisme og sosialkonstruksjonisme (Wifstad & Foss 1990; Reichborn-Kjennerud & Falkum 2000). De karakteriseres av å innta en relativistisk posisjon, hvor den grunnleggende tesen er at det finnes ikke universelle sannheter og i de mest ytterliggående variantene benektes muligheten

for ”objektiv” kunnskap fra noen felt, inkludert naturvitenskapene. Tenkningsgrunnlaget, uttrykksformen og behandlingsmåter finner vi innen psykiatri tilbake til bl.a. William Glasser’s ”Realitetsteori” fra 60-tallet (Glasser 1979; Velle 2000).

Videre kan en også tenke seg en ensidig fokus på patogenese, altså et utgangspunkt i motsatt side i aspektene. I denne sammenheng rettes oppmerksomheten mot biokjemiske, biologiske og fysiske årsaksforklaringer til mentale lidelser, mot den rette diagnosen som gir rett behandling o.s.v. Da en på 20-tallet tok i bruk malariabehandling mot syfilis som et effektivt middel (syfilis utgjorde faktisk en stor del av pasientgruppen i psykiatrien), medførte det en betydelig behandlingsoptimisme i psykiatrien (Kelstrup 1983). Psykofarmaka som ble introdusert i begynnelsen på 50-tallet, medførte en ny tro på en løsning av mysteriet omkring psykiske sykdommer, men man erkjente snart at årsaksforholdene bak lidelsene var mer komplekse og behandlingstiltakene ikke like entydige sammenlignet med tradisjonell medisin. I dag er det neppe noen som forfekter at psykiatri kan reduseres til ren biologi, kjemi eller fysikk (Reichborn-Kjennerud & Falkum 2000; Berle 2001; Høyersten 2002; Lingjærde 2002; Malt 2002; Neraal 2002; Ringen & Dahl 2002; Malt 2003).

En tredje måte å forstå diametrale begrepspar, er å se de som kontrært motsatte, dvs. begreper som utelukker hverandre, men tillater et tredje alternativ. En vil da søke etter noe som bryter med en dualistisk forståelse og søke å bygge broer mellom dem. En forstår mennesket som **både** tenkende og følende, **og** biologisk vesen (Damasio 2001). Imidlertid åpner dette igjen opp for ulike tolkninger. Skumsnes påpeker at å teoretisk prøve å bygge en bro mellom denne todelingen, likevel synes som i utgangspunktet å være fanget i dualisme (Skumsnes 1998). Hun søker etter en helhetsforståelse av mennesket som ikke er delt i to, men i enda flere deler - eller et hele. Antonovsky betegner salutogenese og patogenese som komplementære perspektiv (Antonovsky 2000). Fra matematikktimene vet vi at komplementære vinkler er den sirkelbue som sammen med en annen bue utgjør 90°. Det betyr at den ene ikke er kvalitativt eller kvantitativt overordnet den andre. De er avhengige av hverandre og gjensidig styrende for hverandre. Den danske fysikeren Nils Bohr framsatte teorien om komplementaritetsprinsippet (i 1928) og mente at dette hadde gyldighet også innen andre fagområder (Store Norske Leksikon 1980) (Skirbekk & Gilje 1987). Antonovsky’s vesentlige poeng er at patogenetisk tenkning har en altfor dominerende stilling i vestlig forståelse av helse og sykdom (Antonovsky 1990).

Innenfor fagfeltet psykiatri finner vi som nevnt en rekke ulike teoretiske forklaringsmodeller. Hovedstrømningene betegnes gjerne som medisinsk-, behavioristisk-, psykodynamisk- og humanistisk psykologi/psykiatri (Hummelvoll 1997; Haugsgjerd, Jensen et al. 1998). En aktuell retning oppstod ofte som motreaksjon på andre. Imidlertid oppfatter jeg disse i stor grad som teoretiske konstruksjoner. Likheter og forskjeller finner en ofte i like stor grad innen en hovedretning, som mellom ulike retninger (Braaten 1988). (I f. eks. ”Psykoanalysen etter Freud”, bind I og II (Olsen & Kjøppe 1996) og ”Perspektiver på psykiske lidelser”, kap. 5: Humanistisk psykologi (Haugsgjerd, Jensen et al. 1998) finner en eksempler på dette.) Videre finner en at parallelle ideer og tanker dukker opp til ulike tider og i forskjellige sammenhenger, og med nye navn. Innen faglitteratur finner en i dag en rekke eksempler hvor en integrerer ulike retninger som komplementære. Tradisjonelt blir ofte medisinsk og behaviorismen kategorisert innenfor naturvitenskapen, mens humanismen knyttes til humaniora. Det psykodynamiske perspektiv kommer i en mellomposisjon avhengig av hvordan en velger å tolke den. Før jeg går videre, vil jeg som et relevant eksempel på en kontrær forståelse av fagfeltet psykiatri kort presentere det som ofte betegnes som en dialektisk forståelse (Haugsgjerd, Jensen et al. 1998; Schibbye 2002).

## 2.6 En dialektisk forståelse.

I dialektikken dreier det seg ikke om *enten-eller*, men om *både-og*. Schibbye tar utgangspunkt i Hegel's dialektikk (tese → antitese → syntese) (Skirbekk 1987) og kombinerer psykoanalytisk tankegods, særlig Stern og Winnicott, med Kierkegaards eksistensielle syn (Schibbye 2001). Hennes fokus er ”selvet i relasjoner”, altså hvordan selvet utvikles eller feilutvikles i dialog med andre. Mennesket er ikke forutsigbart, kvantifiserbart og utvikles ikke lineært. Det betyr at en dialektisk relasjonsforståelse fremstår i opposisjon til det kartesianske og positivistiske vitenskapsidealet. Slike både-og kommer til uttrykk i:

- Individet blir *både* subjekt (den som overfører) *og* objekt (den som overføres til). En er et opplevende subjekt, men kan se seg som objekt og kan også se den andre som subjekt og objekt.
- Individet er *både* atskilt *og* står samtidig i sammenheng med den andre. Intrapsyriske prosesser står i et dialektisk forhold til relasjonelle prosesser.



- Hjelperen står i den problematiske situasjonen der en enten er innlevende eller kan ta et ytre perspektiv over for klienten. Terapeutrollen krever en veksling mellom såvidt mulig å være *både* i klienters opplevelsesverden *og* å ha et mer reflektert, observerende forhold til dem og til hva som skjer i relasjonen. Empati krever observasjon med en viss distanse.
- Teorier om mennesket må inkludere *både* det individuelle selv *og* det relasjonelle selv; altså innbefatte selvet i selvet-i-relasjon.
- Relasjoner er fulle av paradokser og motsetninger. F.eks. at for å oppleve oss som selvstendige subjekter må noen gi oss anerkjennelse, og vi må bli uselvstendig. Vi vil altså *både* være suverene i forholdet *og* samtidig er vi avhengige for å få denne suvereniteten.

## 2.7 Jødisk og gresk tenkning.

Den norske teologiprofessoren Torleif Boman gjorde på 50-tallet en analyse av to forskjellige måter å tenke på, nemlig i beskrivelsen av den jødiske og den greske kultur (Boman 1972). Dette er interessant generelt fordi det representerer to vesentlige kulturarver i den vestlige verden. Også fordi mange av de som siste par hundre årene har i stor grad påvirket det kulturelle og vitenskapelige liv, blant annen innen psykiatri og samfunnsfag, har en jødisk kulturbakgrunn. I 1971 var over 40 % av medlemmene i American Psychoanalytic Association jøder (Olsen & Kjøppe 1996). Det kan være viktig fordi hvis det uttrykker to ulike måter å tenke på, vil det også kunne være av betydning av hvordan en tolker og forstår ulike teorier. Hvis vi ser det ”jødiske” med ”greske” briller, eller omvendt, vil det være en fare for å legge feile premisser til grunn for forståelsen.

Wifstad beskriver forskjellen i jødisk og gresk tenkning som utgangspunkt når han beskriver behandlers relasjon til klienten som et møte med Den Andre (Wifstad 1994). Det ”greske” bestreber seg på å gjenkjenne noe typisk i Den Andre. En er bundet i et paradigme, dvs. en måte å tenke på som gjerne ubevisst bestemmer hvilke antagelser eller fordommer vi tar for gitt, hvilke problemstillinger vi oppfatter som relevante og hvilke kriterier vi stilltende opererer med for hva som er en sann teori og hva en riktig tolkning er. En tenker for eksempel diagnose. Tenkningen bygger på sentrale tema hos Platon og Aristoteles, nemlig å få kunnskap gjennom gjenkjenning. Det uforståtte identifiseres ved hjelp av teorier, begreper

og modeller en på forhånd er fortrolige med. Innen den jødiske kultur derimot, ser en på Den andre som noe unikt og uendelig annet enn en selv. Grekerne hadde en selvforståelse som var lik de prinsipper som var rådende i Naturen eller Skjebnen, mens jødernes selvforståelse sprang ut fra en selvforståelse som var radikalt annerledes, nemlig et møte med en personlig guddom. Den Andre kommer en således "aldri til bunns i". Dette uttrykker ikke en mangel, men et poeng om hva mennesket er, og som krever en åpen og lyttende holdning. Wifstad eksemplifiserer med å henvise til den klassiske boken "Jeg og Du" av Martin Buber (Buber 1992). Videre til Sokrates som fra Oraklet i Delfi var pekt ut som den viseste av alle, nettopp fordi han var den eneste som visste at han intet visste. Eller som Ronald Laing sier:

*Hvis jeg ikke vet at jeg ikke vet  
  tror jeg at jeg vet  
Hvis jeg ikke vet at jeg vet  
  tror jeg at jeg ikke vet*

(Laing 1975, s. 67)

Wifstad mener vi i den profesjonelle psykiatriske behandlingsvirksomhet nettopp er i skjæringspunktet mellom disse kulturene, hvor kravet om kvantifisering går hånd i hånd med kravet om å skulle være et nærværende medmenneske. Han bruker Freud som eksempel, som i utgangspunktet hadde umiskjennelige naturvitenskapelige pretensjoner, påvirket av bl.a. Darwins evolusjonslære og biologiens voksende kunnskapstilfang, og som med psykoanalysen ville finne en parallell innen menneskets sjelsliv (Sjögren 1990). Samtidig har mange trukket fram og gjenkjenner hans dype jødiske røtter (Boman 1972; Bettelheim 1990; Abrahamowitz 1997; Kittang 1997; HD 1998). Psykoanalysens kjernepunkt er nettopp:

*".. å lytte med frittflytende oppmerksomhet, er å ikke feste oppmerksomheten ved noe spesielt. Å lytte er å forholde seg til Den Andre uten bestemte hensikter... Det er å la seg overraske på nytt og på nytt, idet man utforsker relasjonen på en forutsetningsløs måte."*

(Wifstad 1994, s. 3679)

Freud tok f.eks. ikke nøyaktige nedtegnelser av terapitimene, fordi han mente at empirisk nøyaktige protokoller skaper en skinn av nøyaktighet (op.cit.). Freud er således også regnet for å være en vesentlig teoretiker innen fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon i fag som filosofi, språkvitenskap og litteraturvitenskap gjennom etterkrigstidens store filosofer

(Wilhelm Dilthey, Karl-Otto Apel, Jürgen Habermas, Hans-Georg Gadamer og Paul Ricoeur) (Kittang & Aarseth 1979; Olsen & Kjøppe 1996; Wifstad 1998; Vetlesen & Stänicke 1999).

Denne komplementariteten mellom gresk og jødisk tenkning, uttrykker også Bruno Bettelheim når han beskriver fremveksten av sin egen jødiske identitet etter å ha lest Martin Bubers bøker:

*”Men den mystisisme, der iflg. Buber gjennomtrængte shtetls jødiske verden, fascinerede meg; den virkede som en god modvægt til det rationalistiske og noget pedantiske syn på verden, som jeg var blevet opdraget i. Det var denne læsning, langt mere end nogen antisemitisk forfølgelse, der gjorde mig dybt bevidst om, at jeg var jøde.”*

(Bettelheim 1990, s.139)

## 2.8 Eklektiskme og syntesisisme.

Alv Dahl forfekter en komplementær tilnærming, hvor han med det mener at ulike tilnærminger: *”...ikke er motsetninger, men.....gjensidig kan berike hverandre”* (Dahl 1994, s. 49). I lærebøker i psykiatri kommer dette ofte til uttrykk gjennom det som gjerne blir beskrevet som en eklektisk tilnærming, og som etter hvert er blitt et honnørord og opphøyet som et ideal. Ser en nærmere etter, er det imidlertid både problemer og utfordringer knyttet til begrepet eklektisme. Ordet stammer fra det greske *eklektikos*, som betyr ”utvelgende” (Wifstad 1998). Tradisjonelt har dette en negativ klang innefor de fleste fagområder. En kunstner eller filosof som er eklektisk, anses for å mangle originalitet, en som velger å sette sammen elementer hentet fra andre. Mens innen psykiatri framstår eklektisme ofte som en rasjonell og åpen måte å nærme seg faglige utfordringer på, altså en fornuftig måte å forholde seg til kunnskap fra ulike retninger. En kan dermed frigjøre seg fra å måtte ta stilling i striden mellom ulike tilnærminger.

Barbosa da Silva gjør en distinksjon mellom begrepene eklektisme og *syntesisisme* (Barbosa da Silva 1998):

*”En eklektiker er en tenker som kombinerer helt ulike ideer med hverandre uten å ta hensyn til om de er koherente med hverandre. En syntetiker kombinerer ulike ideer med hverandre på basis av at de er koherente med hverandre”.*

(op. cit., s. 60)

### **3.0 Mennesker med psykiske lidelser og bofellesskap.**

I kapittel 2 har jeg med utgangspunkt i de organisatoriske endringene innen psykisk helsevern de siste årene, diskutert grunnlagstenkning ut fra et faglig ståsted som kan ligge implisitt i disse. I det følgende beveger jeg meg mer over på informantenes livsverden, aktuell kunnskap om psykiske lidelser, deres felles bakgrunn som psykiatriske pasienter og de rammene som danner bakgrunnen for deres hverdag i bofellesskapene.

#### **3.1 Psykiske lidelser og den psykisk lidende.**

I dag er det vanlig å forstå psykiske lidelse ikke bare ut fra en enkelt forklaringsmodell (St.meld. nr. 25 1996-97). Det er nødvendig å utnytte flere perspektiver både i forståelse og behandling. Videre er heller ikke psykiske lidelser statisk, de forandres i takt med samfunnsforhold, familiestrukturer, arbeidslivet, miljøet – kulturen vi alle er en del av. Begrepet ”psykisk lidelse” i forhold til sykdomsbegrepet, indikerer forskjeller i fokus (Haugsgjerd, Jensen et al. 1998). Lidelsesbegrepet er knyttet til en opplevelse individet har av seg selv, sine følelser, tanker og relasjoner til andre mennesker. Sykdom henspeler tradisjonelt på en "utenfrakomme" årsak eller en helt bestemt kjemisk-fysisk feilfunksjon som nødvendig og tilstrekkelig årsak. Behandlingen vil da gjerne være fysisk korreksjon, for eksempel kirurgi, eller tilførsel av legemidler som retter opp feilfunksjonen eller motvirker sykdomsprosessen. Imidlertid kan det være vanskelig å opprettholde ett enkelt og entydig fundamental forståelse av sykdomsbegrepet (Hofmann 2003). Det kan dreie seg om tre forskjellige perspektiver: det personlige, det medisinsk-faglige og det sosiale. Det personlige perspektivet er knyttet til helsetjenestens moralske grunnlag - å hjelpe mennesker, og dette bør i denne sammenheng ha forrang.

I denne undersøkelsen avgrenset jeg ikke utvalget av informanter til mennesker med spesielle diagnoser, men fokusere på mennesker med psykisk lidelse generelt. Jeg visste ikke noe om deres lidelse eller for øvrig deres historie. For å få plass i et av bofellesskapene ligger det implisitt at en har en funksjonshemming p.g.a. en psykisk lidelse som gjør at en på det aktuelle tidspunkt er vurdert til å ikke klare seg i egen bolig. Det er vanskelig å gi en fullstendig redegjørelse for hvordan psykiske lidelser kan forstås, men som nevnt er det en

bred enighet om at det dreier seg om en rekke faktorer (Aasland, Dalgard et al. 2000). Jeg har tidligere i oppgaven presentert og prøvd å argumentere for viktigheten av en bevisstgjøring av et bredt tenkningsgrunnlag på et metateoretisk nivå. I det følgende vil jeg dessuten gi en kort presentasjon av de ulike aktuelle retninger som har påvirket den historiske utviklingen.

Som vitenskap er psykiatri en forholdsvis ny disiplin. I den vestlige verden har psykiatrien tradisjonelt vært knyttet til medisin. Sammen med psykoanalyse og sosialpsykiatri, har organisk psykiatri i det 20. århundre bidratt til å gi et kunnskapstilfang som har gjort psykiatri til en vitenskap (St.meld. nr. 25 1996-97; Haugsgjerd, Jensen et al. 1998). Samtidig har perspektivene innen psykiatrien i det siste århundre vært preget av store svingninger.

1940-50 årenes fokusering på psykiske lidelser som feil i deler av hjernen – feil som rettes opp ved fysiske og biokjemiske midler (bl.a. overdreven bruk av tvangsmidler, legemidler, elektroshokk og til mer eller mindre katastrofale hjerneoperasjoner), som også medførte fysiske og psykiske tragedier for mange enkeltindivider.

I 1950-årene representerte psykofarmaka et fremskritt, men som samtidig ga leger og pasienter en overdreven tro på at de kunne løse alle problemer. Resultatet ble at svært mange pasienter ble utsatt for feilmedisinering, uheldige bivirkninger og ”neddoping”, noe som fremdeles også nok er en kjensgjerning. Samtidig vokste den første modellen for familiesamspill fram i USA ved G. Bateson, tuftet på systemteori, og en humanistisk kritikk av psykoanalysen vant betydelig gehør (Haugsgjerd, Jensen et al. 1998).

Seinere i 60-70-årene kom den radikale motreaksjonen i den såkalte antipsykiatri-bølgen, ofte betegnet som et humanistisk opprør som reagerte sterkt på maktstrukturene i den etablerte psykiatri, tvangsbehandling, ”diagnostiseringskulturen”, behandlingsorganisasjonene og umyndiggjøringen av - og dehumanisering overfor mennesker med psykiske lidelser. 1961 er i denne sammenheng et sentralt årstall, når Foucaults (Foucault 1991) avhandling om galskapens historie kom ut med forord av David Cooper, oppfinneren av termen ”antipsykiatri”, betydelige bøker av Thomas Szasz (”The Myth of Mental Illness”) (Szasz 1974), Ronald D. Laing (”Self and Others”) (Laing 1976) og av Ervin Goffman (”Asylums”) (Goffman 1981), alle med stor påvirkning på psykiatriens utvikling. Samme år ble det kjente tidsskriftet ”Review of Existential Psychology and Psychiatry” utgitt med bidrag av Viktor Frankl, Paul Tillich og Rollo May (Schaanning 1993).

Imidlertid vil jeg bare som en parentes nevne at det allerede i 1890-årene reiste seg en antipsykiatrisk protestbevegelse i København mot mer eller mindre vilkårlige tvangsinnleggelse og tvangstilbakeholdelser på sinnsykeanstaltene (Kelstrup 1983). Kritikken var særlig rettet mot en viss professor Pontoppidan som på den tiden var den førende i dansk psykiatri. Den var ført an av "aktverdige borgere" som mente de var blitt tvangsinnlagt uten grunn. Det spesielle var altså at tvangsinnleggelse også rammet ressurssterke mennesker fra det øvre sosiale lag, som dermed fikk innblikk i hva som foregikk på asylene. Blant navn som "Etatsråd Brun", "Grevinde Schimmelmann" og "Dameskrædderinde Andreasen", finner vi også vår egen Amalie Skram. Hun gav ut romanene "Professor Hieronimus" og "På Sct. Jørgen" i 1895 (Skram 1984), hvor hun skildret sin egen innleggelse på 6. avdeling ved Kommunehospitalet og overføringen til Sct. Hans Hospital. Debatten som gikk i flere år, reiste en rekke prinsipielle spørsmål vedrørende "sindssydomsbegrebet" og tvang, og om frihetsberøvelsen i psykiatrien.

De siste 20-30 årene har medisinsk-biologisk forskning hatt en dominerende stilling innen tradisjonell psykiatri. Utvikling av antatte presise kartleggingsmetoder, diagnosesystemer (DSM/ICD) og utstrakt utvikling og utprøving av nye legemidler med den farmasøytiske industrien som en vesentlig premissleverandør, er delvis en konsekvens av moderne hjerneforskningen.

Den historiske utviklingen av psykiatrien har vært preget av svingninger i forståelsen av hva en psykisk lidelse er, hvordan de har oppstått og hvordan de skal behandles (Hoem 2000). Dessuten har mye av teoridebatten hatt et kontradiktorisk preg, i den forstand at nye retninger og teoretisk forankringer har vokst frem som motreaksjoner på andre. I mange tilfeller har disse vært preget av en gjensidig devaluering av den andre og idealisering av eget ståsted. Ofte er den preget av det Larsen kaller populistisk og "...*tabloidifisert journalistisk vulgærkritikk...*" (Larsen 2000, s. 246), mer enn å se all kunnskap i en dialektisk sammenheng (jfr. også (Grubrich-Simitis 1997)) (Killingmo 1976; Schibbye 2002).

Både ut fra et psykodynamisk synspunkt, hvor jeg-styrke er sentralt og problemer i forhold til kontaktevnen er en vesentlig funksjonshemming, og fra en sosialpsykiatrisk tilnærming, hvor det settes fokus på sosiale relasjoner, gis det grunnlag for å se på gode relasjoner som et sentralt terapeutisk potensiale for denne gruppen mennesker (Binder & Holgersen 1997;

Hillestad 1997) (begge henvisningene er kommentarer på en kronikk Einar Kringlen skrev i Dagbladet 16. november -97 om psykoanalysen, hvor de fleste nevnte aktørene/andre som kom med kommentarer var uenig i det meste, bortsett fra at det relasjonelle var viktig).

Et relasjonelt perspektiv kan innbefatte både forståelse og behandling av psykiske lidelser. Det vil også være individuelle forskjeller som består av to sentrale forhold med utgangspunkt i våre relasjoner:

1. Vi mottar til hverdags ulike "mengder" positive bekreftelser fra vår omgivelser (hjem, skole, arbeidsplass, venner etc.)
2. Vi har ulike "mengder" oppspart "kapital" av positive relasjonelle selvbekreftelse fra tidligere. (Theophilakis 1974)

Innenfor de moderne dynamisk orienterte teorier tenker en seg utvikling av psykiske lidelser innordnet enten under et konfliktperspektiv eller et defektperspektiv, altså forstyrret eller mangelfull selvutvikling (Nielsen & Lippe 1993). Nielsen og von der Lippe ser på disse som utfyllende, og foreslår organiseringsprinsippet som en syntese av disse.

Konfliktperspektivet, som skjematisk ofte er knyttet til nevroseproblematikk, har sine røtter tilbake til den freudianske driftsmodellen, videreutviklet av bl.a. Karen Horney (Horney 1945) og Harald Schjelderup (Schjelderup 1988) (Monsen 1990). Det dreier seg enkelt sagt om en uløst følelsesmessig konflikt som kommer til uttrykk på bakgrunn av for eksempel en intens trang til frihet og uavhengighet på den ene siden, og en trang til å ha noen å være knyttet til på den andre siden, - altså et sosialt behov.

*"En grunnleggende motsetning for oss er behovet for frihet og behovet for tilknytning. Å leve i spenningsfeltet er bokstavelig talt spennende. Men det er også risikofyllt. For en psykiater - som meg - kommer moderne kultur ikke minst til uttrykk gjennom de mange møtene med sårbarheten."*

(Skårderud 1998, s. 19)

Defektperspektivet har også røtter tilbake til Freud og spesielt til generell objektreasjonsteori og moderne selvpsykologi (Nielsen & Lippe 1993), hvor det sentrale er at en som barn ikke

fikk oppleve nok faseadekvat emosjonell bekreftelse på eget verd og væren, som igjen kan føre til mangelfull selvutvikling eller jeg-svakhet.

Geir Høstmark Nielsen (op.cit.) hevder at i den konkrete kliniske virkelighet kreves en mer kompleks forståelse, hvor han med henvisning til Killingmo ivaretar dette i formuleringen organiseringsprinsippet. Heri ligger en forståelse med både konflikt- og defektproblematikk hos det enkelte individ organisert i et unikt utformet strukturmønster, som medfører individualiserte vurderinger.

Menneskets identitet eller selv kan som sagt forstås som et kompromiss mellom det å ha tilknytning og samtidig ha en separat identitet (Schibbye 1988). Den teoretiske referanserammen for studien er knyttet opp mot to antatte sentrale grunnleggende menneskelige behov, behovet for å inngå i sosial relasjoner og behovet for å ha et eget territorium. Disse behovene kan ses på både som separate motsatser, men også som komplementære hvor begge er viktig og nødvendig for den enkeltes livskvalitet og psykiske helse. Det er da altså en sammenheng mellom dem og derfor er det viktig å finne en riktig balanse. Dette vil være helt sentralt for beboernes tilværelse i bofellesskapene. Videre må en del rammebetingelser på individ- og systemnivå være til stede.

### **3.2 Institusjonalisering – normalisering.**

En sammenligning mellom forholdene for psykisk lidende og for mennesker med psykisk utviklingshemning er relevant i forhold til at de begge som gruppe har en heller dyster historie bak seg. Den er blant annet symbolisert ved de store institusjonene, med de konsekvensene det har hatt for de som grupper og for det enkelte menneske (Øverås 2000). Begge utgjør det vi kan kalle "lavstatusgruppe" fra samfunnets side, både når det gjelder satsing økonomisk, faglig og behandlingsmessig, sammenlignet med andre grupper i helsevesenet.

Institusjonsopphold har medført at mange blant annet ikke har fått ivaretatt og utviklet den sosiale kompetanse som er nødvendig for å klare seg utenfor institusjonen. For psykisk utviklingshemmede og for mennesker med psykiske lidelser, har etter nedlegging og nedbygging av de store institusjonene, ulike boformer vært aktuelle når de skal flytte tilbake til sitt lokalmiljø. HVPU-reformen ble av mange karakterisert først og fremst som en



boligreform, hvor normalisering og integrering var sentrale stikkord (Romøren 1995; Sandvin, Söder et al. 1998). Reformen hadde således klare mål og ble gjennomført etter en klar planleggingsstruktur. Endringene innenfor psykisk helsevern var annerledes motivert og gjennomført enn HVPU-reformen (Bliksvær, Hanssen et al. 1999). Innen de psykiske helsetjenestene har det skjedd en såkalt "taus reform" med utgangspunkt i en generell desentralisering av tjenestene basert på helse- og sosialpolitiske føringer (f. eks. i St.meld. nr. 25, 1996-97). Oppbygging av lokale alternativer til institusjonsopphold, for eksempel poliklinikker, psykiatriske sentra, ulike dagtilbud, arbeid og aktivitets- og fritidstilbud, har vært preget av tilfeldigheter, store lokale ulikheter og at gjennomføringen har vært en "langsom reform".

Informantene i denne undersøkelsen antas å ha det felles at en stor del av deres voksne liv er preget av mange og lange institusjonsopphold. På den bakgrunn tenker jeg at for mange vil denne være en viktig erfaringsbakgrunn og utgjør et sammenligningsgrunnlag i forhold til tilværelsen i bofellesskapet. Selv om det teoretiske fundament knyttet til begrepet institusjonalisering ikke er nytt, mener jeg det fremdeles er like aktuelt. Sentral er Erving Goffman (Goffman 1981), som rettet et kritisk søkelyset på blant annet de psykiatriske sykehus og på dehumaniseringen i de store totalinstitusjonene. En rekke forhold ved døgninstitusjoner kan medføre at de som system virker direkte antiterapeutiske (Axelsen 1976). Det ligger også en fare for at bofellesskap som arena i prinsippet kan ha de samme kjennetegn som den totale institusjon, bare i mindre format. I en undersøkelse på fysisk funksjonshemmede brukere som mottok hjelp i hjemmet, opplevde mange av dem at de nettopp ble institusjonalisert i sitt eget hjem (Lillestø 1997). Mange brukere opplevde den hjelpen de fikk i sin egen bolig som nedsettende, utilstrekkelig og krenkende (Ladefoged 2001). Det dreide seg om måter de opplevde å bli møtt på, men også hvordan hjelpen var organisert. På denne bakgrunn vil jeg imidlertid trekke fram to sentrale forutsetninger som er spesielt viktige i tenkningen omkring bofellesskap og utgjør en sentral utfordring for de som jobber i og med bofellesskap.

For det første er det et mål at et bofellesskap skal bryte med den tradisjonelle institusjons særpreg. De store institusjonene ble først og fremst kritisert for ikke bare å være dårlige behandlingssteder, men i tillegg for å være destruktiv for menneskene som måtte være der. Allerede i sin bok fra 1948, påpekte Trygve Braatøy at ved å behandle pasienter utenfor sykehuset,

”...slipper de....å belastes med de vanskeligheter som følger av sykehus-atmosfæren..”  
(Braatøy 1947, s. 30),

og på hvordan selve institusjonen i seg selv førte til angst. Blant andre har Russel Barton hevdet i 1959 (1. utg.) (Barton 1976) at institusjonskarrieren frembringer en sykdom, ”institusjonsneurosen” - et ”mentalt liggesår”, som kommer i tillegg til den opprinnelige lidelsen uavhengig av hva denne måtte være og har karakteristiske tegn og symptomer (Veil 1972). Dette er en vesentlig hindring for fremtidig tilpasning til et vanlig samfunnsliv.

Videre karakteriseres den totale institusjon som system ved at den regulerer hele menneskets tilværelse; boforhold, måltider, døgnrytme, aktiviteter, hvem man skal omgås og fritid (Goffman 1981). Goffman beskriver maktrelasjonen mellom den store gruppen som blir pleiet, og den lille gruppen som pleier. Relasjonen er preget av at den sosiale avstanden er stor og den er foreskrevet ovenifra (Hustad 1997). Hustad henviser i nevnte artikkel til J.P. Sartre (Østerberg 1993) som gjør et vesensforskjellig skille mellom en *samling* og en *gruppe*. En *samling* blir forstått som en viss mengde mennesker som nokså tilfeldig befinner seg i nærheten av hverandre og som utviser likeartet adferd. Pasienten opplever seg selv som lik de andre uten at det danner seg et fellesskap mellom dem. Dermed blir det en svak gruppetilhørighet, fordi de ikke har noe å samle seg omkring utenfor institusjonens offisielle program. På den andre siden karakteriserer han personalet som en *gruppe* og forstår den som et fellesskap dannet på bakgrunn av erfaringer og opplevelser gjennom en bevegelse og virksomhet i gruppen mot løsningen av et felles problem. I gruppen er man gjensidig avhengig av hverandre og finner sammen på vei mot et felles mål (Hustad 1997). Et slikt bytteforhold virker sosialt integrerende. Videre finnes helt spesielle og klare grenser for hvor nær en som pasient kan komme den profesjonelle hjelper, og denne grensen er definert av personalet og bærer preg av å være en prinsipiell todeling.

For det andre, og som henger sammen med det første, er det avgjørende hvilke holdninger og grunnlagstenkning som preger den enkelte som arbeider i et bofellesskap. Det ”organiske” eller ”biomedisinske” perspektiv har tradisjonelt stått sterkt i tenkningen omkring og behandlingen av psykiske lidelser. En konsekvens av et slikt perspektiv blir lett at den lidende selv blir redusert til en passiv mottaker av behandling. Dette favoriserer en hierarkisk og medisinsk dominert sykehusmodell (Sandvin & Söder 1998), og som igjen påvirker maktstrukturene mellom hjelper og hjelpesøker (jfr. kap. 3.2.1).

Det finnes i dag betydelig kunnskap om faktorer som virker negativt inn på folks psykiske helse og som gjør oss sårbare og i risiko for å utvikle og vedlikeholde psykisk lidelse. Altså et patogenetisk perspektiv som vektlegger fokus på årsakene til sykdom. Vi har også en del kunnskap om hva som gir helse. I stedet for bare se etter sårbarhet og risikofaktorer, vil en ved salutogenetisk tenkning (= hva som forårsaker helse) sette fokus på det som skjer når folk greier å komme seg gjennom livets emosjonelle utfordringer og på de beskyttende faktorer som ligger latent i det enkelte menneske (Antonovsky 2000). En vil da søke å hente fram den enkeltes egne løsninger og mestringsstrategier. Dette er en tenkningen som får konsekvenser både for hjelperrollen og mottakerrollen, og forholdet mellom dem. Et element i dette er en grunnlagstenkningen hos den enkelte hjelper mot "andre-orientering", hvor mottakeren blir den mest betydningsfull for innholdet i arbeidet og på måten arbeidet blir organisert og utført på (Christensen 1998). Tilpasningen må skje på brukernes premisser. Begrepet "andre-orientering" er en grunnleggende forutsetning for at sosiale relasjoner kan finne sted. Det handler om å oppfatte den andre som et bevisst og aktivt menneske. Imidlertid vil en også kunne finne lignende elementer helt tilbake til Freud. I hans "Studien über Hysterie" (1895) sier han at for individet er "*.. den følelsesmessige tilstand er i og for seg alltid berettiget*" (sitat fra (Braatøy 1947 s. 335). Dette er som tidligere nevnt utgangspunktet for spesielt den retningen av psykoanalytiske teori som er knyttet til fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon, gjennom filosofene Dilthey, Apel, Habermas og Paul Ricoeur, og knyttet til psykiatrien av bl.a. Karl Jaspers og Ludwig Binswanger (Olsen & Kjøppe 1996). Forenklet kan man si at man foretrakk å prøve å *forstå* frem for å *forklare*. Trygve Braatøy (Braatøy 1947) bruker et bilde hentet fra folkeeventyrene om Per, Pål og Espen Askeladden, hvor han kritiserer en ensidig, det Antonovsky kaller en patogenetisk orientering, og sier:

*"Er man utlært i overordentlig skoleriktig medisin, er man ofte blitt som Askeladdens brødre, som ikke interesserte seg for utgåtte saker og krokete bukkehorn. Man opdrar studentene til å avbryte pasientene hvis de snakker om "uvesentligheter"*

(op. cit., s. 57)

### 3.2.1 Makt og tillit.

Jeg tenker også i denne sammenheng på den relasjonen som bygges opp mellom hjelper og beboer. Dette er en relasjon bygget opp omkring ulike roller, hvor hjelperen har gjennom sin kompetanse, en gitt funksjon, og den psykisk lidende, eller beboeren i dette tilfellet, er av en eller annen grunn kommet i en situasjon hvor han/hun faktisk er mer eller mindre avhengig av, og har krav på, visse typer hjelp og støtte fra hjelpeapparatet (jfr. kap. 2.4). Det er således snakk om en makt- og tillitsrelasjon, en asymmetrisk relasjon. Intuitivt vil en gjerne tro at makt og tillit ikke er forenlige størrelser. Makt kan handle om situasjoner hvor en aktør vinner fram med sine interesser på bekostning av den andre. Tillit forbinder en derimot med nærhet, fortrolighet og likeverd (Guldbrandsen 2001). Jeg har tidligere sett på makt som et destruktivt fenomen gjennom institusjonaliseringen. Imidlertid kan makt også være opphav til, og en forutsetning for, tillit (Grimen 2001). Grimen sier at:

*"Analyser av tillit som utelet makt, vert naive. Analysar av makt som utelet tillit, vert grunne"* (op.cit, s. 3617),

nettopp fordi makt kan gi opphav til tillit. Vilkårene for etablering og vedlikeholdelse av tillitsrelasjoner kan variere med ulik fordeling av makt mellom aktørene i relasjonene og visse typer tillitsbaserte og visse typer maktbaserte relasjoner, som har en identisk indre struktur. Det finnes tre mulige årsaker til at makt kan skape tillit (Guldbrandsen 2001):

1. Tvang til lojalitet, som oppstår når en som hjelpesøker er i en situasjon hvor en ikke har alternativer til å stole på hjelpers kompetanse og gode vilje. En kan for eksempel tenke seg at de mer eller mindre uttalte sanksjonen som ligger i normene som forventes fra beboerne, ligger i selve relasjonen.
2. Aksept av legitimitet, en legitim autoritet som kan bygge på lover og regler (legal-rasjonell autoritet), tradisjon (tradisjonell autoritet) og tro på personlige egenskaper (karismatisk autoritet). Den andre godtar at hjelperen "bør" få viljen sin. Hjelperen kan også ha en kombinasjon av flere av disse typene autoritet.
3. Tro på effektivitet, hvor en hjelpesøkende bygger sin tillit på troen på at hjelper kan gjøre ting som den hjelpesøkende trenger og ikke klarer å gjøre selv.

I alle alternativene ligger det en fare for at makt-tillit-relasjonen kan bli ødelagt, for eksempel ved at hjelpsøker opplever at han blir utsatt for direkte maktutøvelse ved at han blir tvunget til noe han ikke ønsker (op.cit.). Makthaveren har i realiteten allerede i utgangspunktet valgt å unnvære tillit fra hjelpsøker. En kan også tenke seg at hjelpsøker har mulighet til å velge (jfr. 1), kan avvise legitimitet (jfr. 2) eller manglende effektivitet hos hjelper (jfr. 3), noe som medfører at tilliten forvitrer (Grimen 2001). Mottakeren har, avhengig av flere forhold, altså i vekslende grad muligheter til å ikke akseptere makten. I dagens psykiatri er mulighetene til dette større enn tidligere, bl.a. gjennom lovreguleringer (f.eks. "Pasientrettighetsloven") og differensierte tilbud (jfr. for øvrig kap. 2.0). En tillitsgiver er sårbar overfor mottakerens vonde vilje. Men han er òg sårbar overfor en god vilje med blandede motiv, hvor tillitsmottakeren på sin side ofte vil spesielt ha slike når det er snakk om rollen som mellomperson. Derfor vil tillit til mellompersoner være viktig. Tillit til mellompersoner vil det være om A stoler på C fordi A stoler på B og B stoler på C. Tilliten er gjensidig dersom C òg stoler på A fordi B stoler på A og C stoler på B. Slik tillit til mellompersoner er viktig for å spre tillit innover i - og utover fra - en organisasjon. Det skaper tillit mellom fremmede. Slike mellompersoner kan representere en kontakt med ulike samarbeidspartnere innen en rekke etater som er viktige, f. eks. sosialkontor, primærlege, dagsenter, poliklinikk, men også arbeidsgiver, trygdekontor, skole etc.

Et beslektet begrepspar som en kan oppfattes som en forlenging av makt – tillit, finner vi i frihet og tvang. Gjennom fremveksten av velferdsretten som egen juridisk faggren, med det tradisjonelle dikotomiske skille mellom frihet og tvang, knyttet til henholdsvis egen bolig på den ene siden, og institusjon på den andre siden, kan det oppstå en del problemstillinger både på metateoretisk og praktisk nivå (Syse 2002). Innen helse- og sosialrett er det som kjent åpnet opp for bruk av tvang i omsorg og behandling også i private hjem (f.eks. i Sosialtjenesteloven, Barnevernloven og Psykisk helsevernloven). Dette er viktig fordi det dermed åpnes opp for at det for noen psykiatriske langtidspasienter - også i bofellesskap, kan føre til at beboerne vil oppleve det Syse kaller en opprettholdelse av "*.. fiksjonen om "private hjem"...*" (op.cit., s. 101).

### 3.3 Bofellesskap som fenomen.

Opprettelsen av ulike boformer for mennesker med psykiske lidelser startet med de første ettervernshjemmene i første halvdel av 60-tallet (Dalgard & Sørensen 1988). Senere ble det opprettet flere mer eller mindre tilfeldige boalternativer med ulike betegnelse; omsorgsboliger, fellesleiligheter, gruppeboliger etc. Imidlertid var det ikke i første rekke teoretiske overveielser om hvorfor og hvordan slike boformer var gunstige som lå til grunn for opprettelsen. Det var først og fremst et praktisk og økonomisk redskap for at de dårligste skulle kunne fungere utenfor institusjonen. Det var mangel på boliger og flere kunne skaffes bolig på denne måten (op.cit.). Samtidig ble det billigere fordi det var flere å dele utgiftene på. I tillegg var oppfølgingen lettere fordi beboerne var ”samlet under samme tak”. Utskrivende institusjon la premissene for hvem som skulle få tilbudet, og stilte ulike krav til de som var aktuelle – gjerne ut fra visse typer kompetanse som institusjonen mente var viktig. Den la også klare føringer hvilke adferd en forventet fra pasientenes side. Dette var ofte i forhold til for eksempel krav om daglig aktivitet, akseptabel progresjon av selvstendighet og personalets mer eller mindre velbegrunnede tro på fungering osv. Dette var også avgjørende for varighet av botid for beboerne. Ulike former for botilbud var et alternativ for en stor gruppe pasienter som ble vurdert til å ikke klare tilværelsen alene i egen leilighet. En tenkte at de kunne klare seg i et fellesskap fordi de ville nyte godt av gjensidig støtte fra hverandre.

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 visse fellesrom...”*

(Sandvin, Söder et al. 1998 s. 23)

Organiseringen og tenkningen bak organisasjonen vil være sentralt for bofellesskapet. Videre vil fellesrommet være en viktig faktor.

Ut fra en semantisk definisjon er begrepet sammensatt av ”**bo-**” – og ”**-fellesskap**” (Alsaker & Ådland 1998). En **bolig** henspiller på et territorium av privat karakter, en plass hvor en har frihet til å være seg selv. Videre handler det her også om en rettighet.

*”Alle mennesker har krav på et hjem der de kan ha et privatliv og være seg selv uavhengig av grad av funksjonshemming og behov for hjelp”.*

(St meld nr 47 1989-90, s.7)

Men en bolig er også mer enn en ramme for individuelle behov. Hvordan den er utformet, hvor den er plassert og hvem en bor sammen med, påvirker hva slags sosialt liv som fremmes eller hemmes. Fysisk integrering ved tilrettelagte boformer medfører ikke nødvendigvis sosial integrering. Mennesket er et sosialt vesen og har derfor et grunnleggende behov for å inngå i en sammenheng med andre mennesker.

**Fellesskap** indikerer nettopp et slikt allment fellesmenneskelig behov. Generelt har psykiatriske pasienter få mennesker i sitt nettverk og familien står ofte i en svært dominerende posisjon (Dalgard & Sørensen 1988; Sørgaard 2000). Forholdet er preget av ulikevekt eller asymmetri med pasienten som ensidig mottaker. Spesielt i kriser er det lite å spille på. De få i nettverket blir fort brukt opp, og valget vil ofte være å la pasienten forbli lidende eller støtt ut, ofte med institusjonsinnleggelse som konsekvens. ”Sving-dørs-problematikken” er et velkjent fenomen og en smertelig erfaring for mange psykiatriske pasienter og deres pårørende.

Foruten familien utgjør helsepersonell ofte i stor grad en enda viktigere rolle for mange psykiatriske pasienter (Kristoffersen 1990). I Kristoffersens undersøkelse oppgir 50 av 78 pasienter at ”de nære andre” tilhører kategorien ”personer i behandlingsapparatet” (op.cit., s. 143). Denne rollen er imidlertid ikke helt uproblematisk på lengre sikt, verken for pasienten selv eller for fagpersonen.

Sørgaard har i sin undersøkelse av mennesker med alvorlige sinnslidelser funnet at de har få kontakter utenom hjelpeapparatet og at de føler seg isolerte og ensomme (Sørgaard 2000). Selv om mange har kontakt med en del mennesker, uttrykker de et stort savn av fortrolige venner.

*”Vennskap er kjennetegnet av å være en frivillig relasjon og venner knyttes sammen gjennom felles interesser, status og verdier. Derfor kan kontakt med fagfolk aldri erstatte venner.”* (op.cit. s. 29)

En høy grad av bevissthet hos fagpersonene om at deres rolle skal være å være et overgangsobjekt, hvor målet er å gjøre seg selv i økende grad overflødig og ubetydelig som

del av pasientens nettverk, vil være av største betydning for at pasienten selv skal etter hvert finne seg naturlige og fruktbare relasjoner å gå inn i (Haugsgjerd 1983).

I forbindelse med opprettingen av bofellesskap for psykisk utviklingshemmede har det kommet opp en del kritikk fra ulike hold, kritikk som er verdt å merke seg for bofellesskap generelt. Helge Folkestad trekker frem særlig to forhold (Folkestad 1997); selve byggestilen og felleselementene i lokalene. Til det første: ved nybygging har det vært en tendens at boligene blir ”merkelappehus”, dvs at huset ikke ligner på vanlige hus, men mest på barnehager eller spesialinstitusjoner. Problemet er at det viser og påvirker den allmenne oppfatning av de som bor i dem. Hovedbudskapet er at menneskene som bor der er annerledes i den grad at de ikke kan bo som andre. I dette ligger en fare for stigmatisering i lokalmiljøet, fordommer som også psykiatriske pasienter allerede er befengt med.

Til det andre: det ligger en fare i at et fellesareal virke som ”påtvunget fellesskap” (op.cit). Det er viktig å være oppmerksom på forskjellen mellom et internt, frivillig og naturlig fellesskap på den ene siden, og et opplevd press om å utgjøre en gruppe og kollektivisering på den andre siden, eller skillet mellom en samling og en gruppe (Hustad 1997). Beboergruppen kan således bære preg av å være et konstruert og kunstig fellesskap. Den gruppen en inngår i må ha et minimum av egenskaper som gjør at den enkelte kan identifisere seg med gruppen.

### **3.4 Tidligere forskning på bofellesskap.**

#### **3.4.1 Bofellesskap for mennesker med psykisk utviklingshemming.**

Den radikale reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming (St meld nr 47 1989-90) medførte at spørsmålet om boform for disse som gruppe ble spesielt aktuelt. Hele reformen, med fokus på levekår, og med normalisering og integrering som hovedmål, blir av mange imidlertid først og fremst karakterisert som en boligreform (Øverås 2000). I løpet av de siste 10–15 årene har det i tiltagende grad vært gjort en rekke undersøkelser og flere rapporter med fokus på bosituasjon og alternative boformer for mennesker med psykisk utviklingshemming (Madshus & Nærbøe 1989; Sandvin & Söder 1998; Sandvin, Söder et al. 1998; Kristiansen & Wilhelmsen 1992; Kvitfjell, Olsen et al. 1994; Dyrendahl 1995; Folkestad 1997; Innfjord 1988; Thomassen 1989; Wuttudal 1994; Lichtwarck & Vassbotn



1998; Swensen 1991; Visnes 1992; Dyrendahl 1995; Knudsen & Grasli 1999). De fleste publikasjonene er kvantitative studier og teoretiske drøftinger som kartlegger ulike variabler som virker inn på den enkeltes muligheter og forutsetninger som må være til stede for at reformens intensjoner skal kunne oppfylles. Problemstillinger som blir reist i disse, er knyttet til beboernes situasjon etter nedleggingen av de store institusjonene, ulike boformer og forhold til hvordan en kan møte behovet for hjelp og oppfølgen som mange trenger i varierende grad og til ulike ting, som følge av en funksjonshemming. Det vektlegges viktigheten av endring i tenkemåte i forhold til hvordan organisering, planlegging og gjennomføring av tjenester og tilbud i forhold til hvordan det var ved de "gamle" institusjonene. Viktige momenter er endring i maktforholdet i og med at hjemmet er blitt arena for omsorg.

Utgangspunktet skal være det enkelte individs behov og ønsker. I 1995 gjennomførte Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) en brukerundersøkelse. 56 % av informantene svarte at de ikke opplevde det tette fellesskapet i boligen, for eksempel aktiviteter i fellesarealet, som greit (Knudsen & Grasli 1999). På spørsmål om en selv hadde valgt å bo så tett og nært med andre, svarte 70 % nei. Undersøkelser hvor en tar utgangspunkt i brukernes egen opplevelser, vil kunne være en stor metodisk utfordring for forskere. Brukernes opplevelser kan være, og spesielt for de med moderat og alvorlig/dyp psykisk utviklingshemming, vanskelig å få fram. Denne gruppen, som utgjør ca. ¼ av de psykisk utviklingshemmede, har i varierende grad funksjonshemming som gjør at de har ulik grad av kompetanse til å gi uttrykk for sine behov og ønsker (Visnes 1992).

### **3.4.2 Bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.**

Innen psykisk helsevern gjorde Tom Sørensen (Dalgard & Sørensen 1988) en studie i perioden 1980-84, med utgangspunkt i et rehabiliteringsprosjekt med en del fellesboliger. Disse ble opprettet etter initiativ fra sykehusene på Gaustad og Dikemark. En gruppen på 41 personer ble sammenlignet med en annen gruppe som bodde alene i egen leilighet, og en tredje gruppe som fremdeles bodde på sykehuset. Det bodde 3-4 personer sammen, med felles stue, kjøkken og bad, og hvert sitt soverom. Spørreskjemaet dekket to hovedområder: sosialt nettverk og livskvalitet. Funnene viste at de i felleisleilighetene hadde høyere forventninger til å få hjelp fra nettverket enn de øvrige. Dette kunne være hjelp ved

økonomiske vansker, hjelp til å finne nytt arbeid, praktisk hjelp hvis de ble syke og emosjonell hjelp ved dødsfall. De hadde størst forventninger til emosjonell hjelp og minst i forhold til økonomisk hjelp. Videre følte gruppen seg langt sjeldnere ensom enn de to andre gruppene, også i forhold til de som bodde på sykehus og hadde mange mennesker omkring seg. Beboerne i felleisleilighetene vurderte medbeboere, familie og behandlere som like viktige i sitt nettverk, mens de to andre gruppene vurderer behandlerne som de viktigste. Gruppen angir også at de er nærmere knyttet til familien enn de andre, med både bedring og økning i.

Sørensen vektlegger også betydningen av å skape rammer som fremmer sosial støtte og tilhørighet mellom medlemmene. Dette er en vesentlig oppgave for de som har oppfølgingsansvar. Det vil være vesentlig å tidlig reformulere konflikter som naturlig vil komme, slik at konflikter blir oppfattet som normalt og kan mestres uten at forholdet mellom beboerne bryter sammen .

Et annet vesentlig trekk med felleisleilighetene i forhold til sosialt nettverk, var at den enkelte utvidet sitt nettverk, ikke bare med andre beboere, men også med deler av de andres sosiale nettverk.

Også når det gjaldt opplevelse av livskvalitet angir flere i gruppen sitt liv som bedre enn i de to kontrollgruppene. Spesielt, særlig den først tiden etter at de har flyttet ut, er frihetsfølelsen fremtredende. Spørsmålene omfattet dimensjonen ved livskvalitetsbegrepet som er knyttet til bosituasjon i forhold til generell livskvalitet (velvære), tilfredshet med måten å tilbringe fritiden på og opplevelse av engasjement og utfoldelse. Sørensen konkluderte med at sosial støtte er en klar forutsetning for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal klare seg utenfor institusjon.

Svein Haugsgjerd (Haugsgjerd 1983) avsluttet sin bok om behandling av psykoser med spørsmålet: Hva trenger vi så for å ha et fullverdig tilbud? Først og fremst mener han at vi trenger en forandret tenkning omkring psykosene. Videre sier han:

*”For mennesker som har tilbrakt år av sitt liv på institusjoner, er veien ut i samfunnet ofte meget vanskelig. Bokollektivene er en ny form for hjelp her. De har den fordel at det er snakk om permanente bomuligheter, og de behandlere som har fulgt*

*vedkommende gjennom sykehusoppholdet kan fortsette sin kontakt med vedkommende etter utskrivningen. ”*

(op. cit. s. 102)

Studenter og lærere ved Videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie gjennomførte høsten –97 en evalueringsstudie på oppdrag fra Bergen kommune (Alsaker & Ådland 1998; Ådland & Alsaker 2000). Prosjektet var fra min side også tenkt som et forprosjekt for hovedfagsoppgaven. Utgangspunktet var ni av bofellesskapene som Bergen kommune den gangen hadde opprettet, det første i 1992. Bofellesskapene var et prosjektsamarbeid mellom kommunen og Hordaland fylkeskommune. Åpen omsorg sine erfaringer med brukergruppen lå til grunn, og frihet og styring over eget liv var vektlagt som viktige verdier. Organisering, bemanning og oppfølging av beboerne ble i utgangspunktet styrt ut fra de behov beboerne i de enkelte bofellesskap hadde, og ikke etter en felles mal. Miljøpersonalet i bofellesskapene var ikke knyttet til institusjonene utover det tradisjonelle samarbeidet som er vanlig mellom 1. og 2. linjetjenesten. (Dette er annerledes enn det både Sørensen (Dalgard & Sørensen 1988) og Haugsgjerd (1983) tenker, nemlig at behandlerne skal være representanter for institusjonen; bofellesskapet som "institusjonens forlengede arm" ut i samfunnet.) Det var tilknyttet miljøpersonale i ulik grad, fra ingen faste opptil to hele stillinger fordelt på tre personer. I tillegg benyttet en seg av vanlige kommunale hjelpetiltak i varierende grad, som psykiatrisk sykepleier, støttekontakt, hjemmehjelp i boligen, samt aktuelle arbeids-, dag- og aktivitetstilbud utenfor boligen.

To av bofellesskapene var bygget for formålet. Ellers benyttet en andre kommunale boligbygg, gamle trygdeleiligheter, et fraflyttet bofellesskap for psykisk utviklingshemmede, en etasje i en ny servicebolig, en etasje i en boligblokk og en tidligere personalbolig. 8 av bofellesskapene hadde fellesrom, mens det var lagt opp til å stor grad av frivillighet i forhold til fellesaktiviteter (felles turer, aktiviteter, måltider etc.) og lite "obligatorisk fellesskap". Vi gjennomførte en kvalitativ studie med utgangspunkt i de antatte grunnleggende behovene for sosial støtte og å ha et eget territorium. 26 beboere meldte seg frivillig til å delta i undersøkelsen. Studentene gjennomførte samtaler med informantene etter at studentene, under veiledning av lærere, hadde utarbeidet en åpen intervjuguide på bakgrunn av aktuell teori presentert gjennom studiet. Ut fra et hovedspørsmålet: "Hva synes du om å bo i et bofellesskap?" utarbeidet hver av gruppene underspørsmål med fokus på privatliv/autonomi og opplevelse av fellesskap.

### Resultat av undersøkelsen:

- Trygghet fremstår som en sentral faktor og som viktig del i forhold til den enkelte beboernes livskvalitet. Både behov for sosial støtte og behov for eget territorium handler om trygghet.
- Bofellesskapet virker forebyggende i forhold til isolasjon og ensomhet som anses som en viktig årsak til at mennesker med langvarige psykiske lidelser ikke mestrer et liv utenfor institusjon.
- Stabilt personalet over tid representerer en trygghet og vissheten om at det var noen en kan få hjelp, råd og veiledning hos er viktig, selv om de ikke benytter seg av den.
- Personalet er – spesielt i begynnelsen - viktig for at beboerne bruker fellesrommet.
- Fellesarealet og hvordan det fysiske området er tilrettelagt virker inn på i hvilken grad det blir benyttet, og er dermed en viktig arena med mulighet for å bygge opp fellesskap.
- Antall beboere påvirker nettverksmulighetene. Det er viktigere å ha et minimum enn et maksimum – et antall mellom 6 – 10 anses som optimalt. Ved mindre 5 beboere er nettverket mer sårbart.
- Hvem som bor sammen (alder, interesser og funksjonsnivå) har betydning for fellesskapsfølelsen. Dette må og impliseres i bemanning og deres rolle.
- Hvor sentralt bofellesskapet er plassert i forhold til for eksempel service- og aktivitetstilbud har betydning for beboerne.
- Symbolverdien knyttet til egen nøkkel, dørklokke, egen postkasse etc. bidrar til økt følelse av egenverdi og selvstendighet.
- Friheten til selv å kunne velge mellom fellesskap og å kunne låse seg inn på eget rom når en ønsker det er av svært stor betydning for den enkeltes frihetsopplevelse og livskvalitet.
- Personalets faglige, sosiale og personlige kompetanse er vesentlig for å bygge opp en fellesskaps- og trygghetsfølelse, - en prosess som tar tid.
- Personalet må ha evnen til kontinuerlig evaluere og justere sin rolle i forhold til balansegangen mellom sin profesjonelle/aktive hjelperrolle og å kunne overlate styringen til beboerne selv. Det å fokusere på den enkeltes egne ressurser, mestringsstrategier og evner til å ta ansvar må være en grunnleggende holdning.

Selve prosjektet hadde stor pedagogisk verdi for utdanningen og ga som forprosjekt et nyttig utgangspunkt for grundigere arbeid. Forskningsmessig har prosjektet imidlertid endel forskningsmessige svakheter. At det var forskjellige intervjuere var en vesentlig feilkilde. Den enkelt hadde sin individuelle oppfatning av den teoretiske referanseramme og

førforståelse både innad i - og mellom de ulike gruppene. Når hver gruppe så laget sin egen intervjuguide, hver enkelt gjorde sitt eget intervju, trakk fram de områdene vedkommende mente var vesentlig, analyserte og tolket data, lå det en stor usikkerhet i forhold til resultatenes gyldighet. I utgangspunktet hadde ikke studentene formell forskningskompetanse, og det vil i en studentgruppe være store individuelle forskjeller både i fagforståelse og personlighet.

Videre hadde vi ikke kontroll over utvelgelsen av informanter. Representanter for vår oppdragsgiver stod for kontakt med og utvelgelse av disse, og effektuerte de forskningsetiske sidene ved prosjektet (de nødvendige godkjenninger og samtykkeerklæringer).

Jeg har så langt presentert det en vil kunne kalle et bakteppe på flere nivå for studien. I det følgende vil jeg presentere de sentrale begrepene som var utgangspunktet for utarbeidelsen av intervjuguiden.

## 4.0 Grunnleggende behov.

Den teoretiske referanserammen for undersøkelsen innbefatter grunnlagstenkning innenfor psykisk helsevern, kunnskap som kan bidra til en forståelse av psykiske lidelser og om bofellesskap som fenomen. Behovet for å inngå i sosial relasjoner og behovet for å ha et eget territorium antas å være allmenne, grunnleggende behov. Ettersom bofellesskap inneholder dem begge som sentrale elementer, antas de å være viktige begreper. Behovene for sosial støtte og å ha et eget territorium kan ses på som parallelle og dialektiske fenomen, hvor begge er viktig og nødvendig for den enkeltes livskvalitet som psykisk velvære (jfr. kap. 5.1.3).

### 4.1 Behovet for sosial støtte og relasjoner.

Gullestad definerer identitet som "*...de deler av personers selvbilde som ønskes bekreftet av andre*" (Gullestad 1989 s. 104). Definisjonen ligger tett opp til symbolsk interaksjonisme (Ytterhus 2001), som bygger på den teoretisk tradisjonen fra først William James (1842 - 1910), seinere Charles Horton Cooley, George Herbert Mead, og endelig Herbert Blumer. Sentralt er at en ser seg selv gjennom at en ser andre og de andres vurdering av oss. Laing, Phillipson og Lee uttrykker dette som "*...synthesis of my looking at me with my view of others' view of me*" (Laing, Phillipson et al. 1966, s. 57). Det utvikles et sosialt Selv, hvor vi alltid vil være avhengige av respons på og vurdering av oss fra andre, for å vite hvem vi er. Betydningen av symboler, situasjoner, samhandling og selvet, er sentralt i vår utvikling. Det sosiale og situasjonelle blir vektlagt. Særlig var det viktig for å analysere og forstå virkeligheten for svake grupper i samfunnet. Det ble vektlagt å ha et dynamisk syn på forholdet mellom identitet og hvordan identiteten kommer til uttrykk gjennom symboler. En søker som menneske aktivt å forme andres bilde av en, innenfor de rammer som bl.a. settes av de overordnede ideer i kulturen en lever i. Sosiale identiteter har ingen muligheter til å bli akseptert dersom en ikke kan forankre sine ønskede identiteter i noe som de sosiale relasjonene en inngår i, ser på som realiteter. Derfor vil mange problembelastede personer oppleve et gap mellom den identitet de ønsker for seg selv og den identitet som de andre er villig til å bekrefte. Dermed blir en lett stigmatisert og får en rolle som avviker (Gullestad 1989).

Bekreftelse fra omgivelsene vil således være helt sentralt for vår identitet både i nåtid og i fortid. Det er store individuelle forskjeller for hvordan en vurderer seg selv i relasjonelle sammenhenger (Theophilakis 1974). To forhold vil være sentrale. For det første mottar vi som mennesker til hverdags ulike "mengder" positive bekreftelser fra våre omgivelser, som hjem, skole arbeidsplass, venner etc., og videre har vi ulike "mengder" oppspart "kapital" av positiv selvbekreftelser fra tidligere. Hvis en tenker seg at ens selvaktelse er et resultat av de bekreftelser en får fra andre, vil en kunne orientere seg om et individs selvaktelse ut fra (Nordby 1987):

1. å bestemme kvaliteten av den tidlige selvoppfatningen og hvilke forhold som har medvirket til å skape denne selvaktelsen,
2. gjennom å danne seg en oppfatning av på hvilken måte denne fortiden kommer til uttrykk gjennom ens ytre adferd her og nå, og
3. gjennom å vurdere hvilken "inntekt" av positiv selvbekreftelse en har i sitt miljø nå.

Psykisk helse kan oppfattes som resultat av samspillet mellom nåværende belastninger og krav, sosial støtte og sosiale og materielle ressurser (Sørensen 1998). Sosial støtte fungerer som en buffer mot psykiske problemer og er en vesentlig faktor for å kunne mestre store og små belastninger i dagliglivet. Å definere og operasjonalisere sosiale nettverk og sosial støtte er imidlertid vanskelig (Sørgaard 2000).

Aaron Antonovsky lanserer begrepet er "Sense of Coherence" (SOC) (Antonovsky 1979), hvor komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er avgjørende for hvordan en mestrer dagliglivets allestedsnærværende stressfaktorer. I den sammenheng retter han oppmerksomheten mot "generalized resistance resources" som avgjørende for om man har en tilpasset mestring som fører en mot bedre helse. Komponenten håndterbarhet er betinget av tilstedeværelse av en rekke faktorer som er retningsgivende for hvorvidt en kommer positivt ut. Det dreier seg om både ytre og indre ressurser som bl.a. økonomi, ego-styrke, kulturell stabilitet, intelligens og utdanning (Antonovsky 1993). Han er blitt kritisert på dette punktet, fordi det ekskluderer svake grupper, deriblant mange psykiatriske pasienter (Andersen 1994). Mange med psykiske lidelser skårer ofte dårlig på flere av disse faktorene. Imidlertid trekker han fram sosiale relasjoner som en vesentlig faktor. Men det er vesentlig å bemerke at det ikke nødvendigvis er slik at den enkelte "sterke" person (med en høy SOC) bruker sosiale

relasjoner mer enn andre. Det kan til og med være tvert i mot. Men han eller hun vet at relasjonene er der hvis det er behov for det. Det viktige er derfor at sosial støtte er til stede som en mulig tilgjengelig ressurs utenfra.

Robert S. Weiss (Weiss, Riesman et al. 1973; Weiss 1974; Langeland 1994; Bondevik 1997) konkretiserer "sosial støtte" ved å identifisere 6 interaksjonelle betingelser som alle er av betydning for individets livskvalitet og velvære.

1. Tilknytning. Opplevelse av tilknytning gir følelse av trygghet og romslighet, en føler seg vel og hjemme. Uten denne opplevelsen vil individet føle seg ensomt og rastløst.
2. Sosial integrasjon. Opplevelse i forhold til ens nettverk hvor en har felles interesser. I dette utveksles informasjon, erfaringer og ideer, og tolkningen av disse. Her i ligger en kilde til vennskap og derigjennom mulighet for å gjøre hverandre tjenester. I dette nettverket er det grobunn for sosialt engasjement og aktivitet. Motsatsen er kjedsomhet og en følelse av sosial isolasjon.
3. Mulighet for å gi omsorg. En opplevelse av at det er noen som har behov for ens aktiviteter og omsorg; en adressat for ens ansvarsfølelse og opplevelse av forpliktelse. Det at noen trenger en utgjør en vesentlig kvalitet for selve livet.
4. Bekreftelse på egenverdi. Opplevelse av å ha et forhold til andre mennesker og gjennom det få en bekreftelse på kompetanse knyttet til det å ha en sosial rolle. En har en plass i et fellesskap gjennom å være til. Fravær av en slik opplevelse vil føre til lav selvfølelse og mindreverdighetsfølelse.
5. Følelse av å ha en pålitelig allianse. Det å ha noen å stole på – hvorfra en føler en kan forvente hjelp, støtte og assistanse, uavhengig av umiddelbar gjengjeld eller gjensidig hengivenhet. Mangler en denne alliansen vil en føle seg sårbar.
6. Å ha noen å få råd/veiledning hos. Ved opplevde vanskelige og stressende situasjoner er det viktig å ha en person en kan stole på, en som med autoritet kan gi emosjonell støtte og råd, slik at en kan gjøre valg. Fravær av en slik relasjon vil føre til handlingslammelse, stress, usikkerhet, angst, - en følelse av tomhet og meningsløshet.

Sentralt i Weiss' teori er at ved mangel på slik sosial støtte, vil emosjonell og sosial ensomhet være en konsekvens. Det er de kvalitative dimensjoner i relasjonene som er viktige, uavhengig av antall personer en har kontakt med. Å ha kontakt med andre er noe annet enn å ha en opplevelse av tilhørighet og tilknytning. Sørngaard skiller mellom *sosial kontakt* og



*sosial integrering* (Sørgaard 2000) og påpeker at det er en asymmetrisk relasjon mellom dem. Det vil si at en person kan treffe mange mennesker, men oppleve at dette likevel ikke imøtekommer ens egen behov for kontakt. Det er således de opplevde kvalitative aspektene i relasjonene som er avgjørende.

Det er imidlertid ikke slik at et fellesskap med andre mennesker nødvendigvis er av udelte positiv karakter. Mens det på 70-80-tallet var ensidig fokusert på at sosial støtte virker positivt inn på helse, har nyere forskning nyansert dette bildet. Rook påpekte ut fra et organisasjonspsykologisk ståsted at destruktive ledelse har sterkere sammenheng med helse enn en positiv ledelse (Rook 1984). Etter hvert har en funnet at det er en generell tendens at negative sosiale relasjoner har sterkere sammenheng med helse enn det sosial støtte har (Einarsen & Raknes 1991). Selv om det å leve i en sammenheng hvor relasjoner inngår som et sentralt grunnleggende behov, antar en altså at sosiale relasjoner isolert sett kan bli vektlagt for stor betydning. Sørgaard intervjuet en gruppe personer med diagnosen schizofreni som ikke bodde på institusjon (Sørgaard 2000). En av de tingene han spurte om, var knyttet til deres sosiale relasjoner. Han henviser til Brown og Harris som hevder at sammenhengen mellom sosial isolasjon og psykiske problemer er svak. Videre hevder han at fravær av sosial støtte har størst betydning når alvorlige og negative livshendelser inntreffer, og bekrefter således Einarsen's antagelse.

Dessuten vet vi at de også kan være direkte destruktive. Et iøynefallende og dokumentert eksempel kan være hvordan rusmisbruk (ofte i kombinasjon med ulike psykiske lidelser) kan skapes og vedlikeholdes gjennom en gruppetilhørighet i et rusmiljø (Vaglum 1981).

Et annet element i dette er at det følelsesmessige klima som preger det relasjonelle miljø en lever i, vil påvirke sykdomsforløpet direkte. Sosialantropologen George Brown begynte i slutten av 50-årene å undersøke sammenhengen mellom sykdomsforløpet til mennesker med en schizofren lidelse etter utskrivning og det psykososiale klima som preget familien de var en del av (Jordahl & Repål 1999). Han ønsket å få svar på hvilke faktorer som førte til forbedring og hvilke til forverring. Begrepet Expressed Emotion (EE) er uttrykk for et interaksjonsmønster hvor det i familien var en utstrakt tilstedeværelse av kritiske kommentarer fra pårørende, fiendtlighet og emosjonelle overinvolvering ovenfor den lidende. EE var i utgangspunktet et reint empirisk begrep, altså det var ikke knyttet til en spesiell

teoretisk forståelsesmodell. Familier med høy grad av EE har vist seg å ha en negativ innvirkning på individet. Dette virker direkte inn i forhold til tilbakefall. Jordahl og Repål viser til nyere forskning som indikerer at økt sårbarhet for ytre press synes å være en felles faktor ved flere ulike psykiske lidelser (Jordahl & Repål 1999). Videre viser det seg at høy grad av EE hos personalet i behandlingsinstitusjoner, og ikke bare i familien, virker inn på den lidendes livssituasjon. Det følelsesmessige klima rundt den enkelt synes å være et generelt trekk som har betydning for forløpet av lidelsen, og dermed også i hvilke grad bomiljøet har positiv eller negativ innvirkning på den enkeltes opplevelse av sin livskvalitet.

## 4.2 Behov for eget territorium.

K.E. Løgstrup sier at:

*"Et elementært fenomen i vores tilværelse er det, at enhver af os gør krav på at være omgivet af en urørlighedssone."*

(Løgstrup 1963, s. 163)

Som menneske vegrer en seg mot inntrengen i denne sonen av andre. Selv om det vil være individuelle forskjeller, er denne sonen av generell karakter. En oppfatter det som en selvfølge at ingen overskrider denne sonen uten at en selv vil. Løgstrup knytter urørlighetssonen til menneskets personlige integritet. Videre kan en skille mellom tre ulike aspekter ved urørlighetssonen som alle er vesentlige: hjemmet (det fysiske, velavgrensede geografiske området), kroppen (alt fra huden og klærne til hvordan forskjellige kulturer bedømmer og kategoriserer kroppsdelene og deres funksjoner) og tiden (hvilke muligheter en har til å disponere den, den meningen som ligger i de sosiale aktivitetene, - som igjen handler om autonomi og selvråderett i forhold til andre; altså ens handlingsrom) (Lillestø 1997). Begrepet territorium er ofte brukt i stedet for urørlighetssone. Lillestø definerer territoriet som *"...et relativt fysisk, velavgrenset geografisk område"* (s. 88).

Menneskenes behov for territorium varierer med hensyn til hvilke krav en stiller og hva den enkelte mener er viktig for sitt territorium (Hayter 1981). Hayter nevner fire forhold: alder, kjønn, helsetilstand og kultur. Lillestø føyer til sosiale nettverk, økonomi og kunnskaper (Lillestø 1997):

- Med hensyn til alder, vil det for yngre markerer et behov for selvstendighet og voksenstatus, og for eldre et tegn på selvstendighet.
- Når det gjelder kjønnsforskjeller, kan det virke som menn trenger mer rom enn kvinner, og at de blir mer oppbrakt over å bli invadert (Gullestad 1989). Hun påpeker at mennenes områder i huset (for eksempel garasjen eller kjelleren) er mindre tilgjengelige for andre enn kvinnenes (for eksempel kjøkkenet).
- Videre er sykdom og lidelse som fenomen noe som mer enn noe annet setter ens evne til å forsvare ens territorier på prøve (Lillestø 1997). Dersom en ikke makter å beholde kontrollen over det personlige rom, henger det ofte sammen med at vedkommende ikke klarer det, ikke ønsker det eller føler seg presset til å gi det fra seg. Er en fysisk eller psykisk ikke i stand til å ivareta seg selv, må andre overta.
- Kulturelle forhold har hos oss endret seg over tid. Vi stiller i dag større krav til rom og avstand. Før bodde mange flere mennesker på mye mindre areal. Globalt er det også store kulturelle forskjeller.
- Det sosiale nettverk, tradisjonelt knyttet til familie og venner, er en del av det territoriale rom. Disse er de en delvis deler territorium med og/eller deler gleder og sorger med, mottar praktisk hjelp og får trøst, hjelp og støtte fra. Man overlater territoriet til disse nære andre og er vanligvis trygge på at de ivaretar det på beste måte.
- En velordnet økonomi er viktig for å beholde kontrollen; regninger skal betales, bilen repareres, husværet vedlikeholdes og andre objekter som inngår i det fysiske territorium. Selv med gode trygde- og sosialordninger, vil det ofte i forbindelse med sykdom og lidelse være en del ekstraavgifter.
- Og endelig vil variasjonene i individets krav til territorium kunne søkes i de kunnskaper og erfaringer de har med å forsvare sine områder. Dette læres gjennom sosialisering og omgang med andre mennesker helt fra barndommen av og denne vil også variere fra individ til individ. Hvordan en holder på sitt territorium, eller hvordan en utvider det eller tilegner seg nye, vil være avhengig av tilgjengelige kunnskaper og erfaringer. Informasjon vil her være et nøkkelord.

Goffman gir et eksempel på hvordan kontrollen over territoriet fungerer når han beskriver den sinnslidende pasients kamp for å bevare et hjørne av fellesrommet, en stol, en plass med utsikt til verden utenfor institusjonen som sitt domene (Goffman 1981).

En bolig har foruten en praktisk og nyttig funksjon, nemlig et rom for bl.a. søvn og hvile og et sted å være for seg selv, også økonomiske, sosiale, estetiske, filosofiske og symbolske aspekter (Gullestad 1989). Den er et fortettet symbol for mye som er viktig for oss. Gullestad sier at vår norske kultur er spesielt hjemmesentrert, og boligen har derfor en viktig symbolsk verdi i forhold til ens identitet, personlighet og verdier. Hjemmet som territorium er det viktigste stedet for vår tilhørighet (Lillestø 1997). Det er knyttet til en grunnleggende status og en har rettigheter når det gjelder å forsvare det. Hjemmet representerer det intime og private, og når andre, for eksempel det offentlige, ellers bestemmer mye i vår tilværelse, vil privatlivets fred i egen bolig være desto viktigere. Her er vi på "hjemmebane", vi har rett til å forsvare vårt hjem og vår identitet mot inntrengning av andre. Vi er i vår fulle rett til å avvise gjester som vi ikke vil ha der, og vi har kontroll med hvem vi vil snakke med, hva vi vil snakke om og hvor mye vi ønsker å gi av oss selv. Straks vi forlater vårt eget territorium, mister vi noe av kontrollen. Vi er på "bortebane", vi må dele territorium med andre (for eksempel i butikken, på bussen eller lignende) eller det er andre som har myndigheten over stedet (når vi er på besøk hos andre).

Territorium som begrep dukket opp i studier av dyr, hvor de markerer sine områder blant artsfrender og overfor andre arter (Hayter 1981). Ved hjelp av fuglesang, dyreskrik, tråkk, risp i trær, urinering og kroppslukt blir et område avsatt som "opptatt", som "mitt/vårt"; her har jeg eiendomsretten og rett til å forsvare stedet mot inntrengere. Jean Hayter mener behovet for eget territorium også er et allment menneskelig behov. Territorialitet beskrives av og ved eiendomsrett, kontroll og autoritet over et fysisk område. For at behovet for territorialitet skal møtes, må personen altså ha kontroll over et område, ha muligheten til å fastsette regler for området og forsvare det mot andres invasjon og misbruk. Denne rettigheten må erkjennes av andre mennesker. Dette er et behov som lenge har vært kjent innen for dyreverden, men som et grunnleggende menneskelig behov har det vært lite i fokus. Heyter nevner 3 aspekter som regnes som viktig:

1. et fysisk område som er ens eget
2. et personlig rom
3. et område for ekspertise eller rolle.

Å ha et territorium tjener fire funksjoner som til sammen har betydning for velvære og trivsel:

- a. Sikkerhet og trygghet; viser til forutsigbarhet, trygghet fra aggresjon, følelse av å være et trygg sted.
- b. Privatliv; et sted hvor en opplever emosjonell frihet, kan være seg selv, slappe av og trenger ikke å forestille seg.
- c. Selvbestemmelse: det å kunne bestemme selv øker ens kontroll over hva som skjer med en, mer styrke til å fremheve egne behov og større grad av frihet til å si sin mening.
- d. Selvidentitet; et sted til å fremheve og uttrykke seg selv.

Egen leilighet vil kunne være en vesentlig faktor som gir mulighet for å dekke et behov for eget territorium. På den andre siden kan egen leilighet lett medføre, og være en arena for, isolasjon og ensomhet.

### **4.3 Oppsummering:**

I dette kapittelet har jeg presentert min forståelse av den grunnlagstenkningen som danner en kunnskapsmessig basis for denne studien. Den innebærer en forståelse av de psykisk lidende som både autonome og avhengige. Dette forutsetter en tilføring av makt, både de som gruppe og som enkeltindivider, noe som er en forutsetning for økt opplevelse av mestring. Samtidig beskrives psykiske lidelser som komplekse og alvorlige tilstander i kap. 3.0, hvor spenningsfeltet mellom å se den enkelte lidendes ressurser og samtidig begrensningene lidelsen medfører, som en stor utfordring, spesielt i selve relasjonen mellom hjelper og hjelpsøker. Jeg har argumentert for og viser en sammenheng mellom en komplimentær forståelse og et dialektisk perspektiv. Gjennom begrepet syntesisme, som innbefatter ideer fra ulike koherente perspektiv, prøver jeg å belyse en mer helhetlig forståelse (jfr. kap. 5.1.1).

Videre presenterer jeg bofellesskap som arena for en gruppe mennesker, hvor dette ideelt sett skal være noe annet enn det de har erfart og opplevd tidligere; for de fleste en langvarig institusjonstilværelsen. Samtidig aktualiseres spenningsfeltet mellom idealet om normalisering og integrering og de begrensningene som ofte er en realitet for mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. Jeg har hele tiden fortsatt beboerne i fokus, men mener forståelsen også er av allmenn betydning innenfor psykisk helsevern.

## **5.0 Sykepleievitenskap, sykepleie og psykiatrisk sykepleie.**

Skjæringspunkter mellom ulike fag og retninger har historisk og ideologisk også påvirket utviklingen og fremveksten sykepleie og psykiatrisk sykepleie som fag og profesjon, og sykepleie som vitenskap.

Jeg har i dette kapittelet ikke som intensjon å presentere en fullstendig utlegging av sykepleie, psykiatrisk sykepleie og sykepleie som vitenskap, men si noe om utviklingen av fagfeltet, presentere utviklingen av det sentrale i tenkningsgrunnlaget, noen sentrale begrep, trekke parallelle linjer fra foregående kapitler, se på sammenhenger mellom dem og trekke frem det som jeg mener har aktualitet for problemstillingen oppgaven omhandler.

### **5.1 Sykepleievitenskap.**

Utviklingen av høyere utdanning innen sykepleie har en lang og mangfoldig historie. Fra Bergljot Larsen startet i 1925 kurstilbud for ”sykepleiersker” innen områdene administrasjon, undervisning og sosialt arbeid, til det første professoratet i sykepleie (Ulla Qvarnstrøm) ble opprettet ved Universitetet i Bergen ved Institutt for sykepleievitenskap i 1979 (i Tromsø (SLUT) i 1978 og ved Universitet i Oslo i 1987), har faget vært preget av interne motsetninger med bakgrunn i religion, kvinnekamp og vitenskapelig tilnærming (NSF 1989; Melby 1990; Kristoffersen 1998). Med utgangspunkt i Thomas Kuhn’s paradigmebegrep, beskriver Kjell Kristoffersen (op.cit.) ulike divergerende paradigmer som er rådende innen utviklingen av sykepleievitenskap.

For det første nevner han disiplin versus profesjon. Profesjon vil legge vekt på sykepleie i en gitt kontekst, hvor fokus er rettet mot sykepleieren og hva han/hun tenker og føler, og hvordan en organiserer tjenesten. Ved å ha fokus på disiplin søker en å utvikle kunnskap som er mindre avhengig av en aktuell kontekst, men mot hva det innebærer å være pasient og mot hvilke behov pasienten har. I utviklingen av sykepleievitenskap, ga dette seg forskjellig utslag ved utformingen av studiene i Oslo og Bergen. Mens sykepleievitenskap i Oslo hadde en klar profesjonsmodell som basis, med utspring i og tett tilknyttet NSF’s ”Norges Høgre Sykepleierskole”, var det i Bergen lagt mer vekt på en videre akademisk modell hvor en

hentet kunnskap fra andre disipliner (NSF 1989; Melby 1990). Videre var det i Bergen en betingelse at forskningsarbeid skulle ta utgangspunkt i pasientenes livsverden.

For det andre nevner Kristoffersen internalisme versus eksternalisme, som et uttrykk for hvorvidt vitenskapens egne begreper, modeller og teorier er utviklet av disiplinen selv eller er styrt og påvirket av ytre premissleverandører gjennom andre fag og disipliner, og hvor tverrfaglighet blir en naturlig konsekvens.

Til sist nevnes en logisk positivistisk versus fenomenologisk/hermeneutisk vitenskapelig tilnærming, hvor tre mulige strategier identifiseres:

- 1) Metode velges ut fra prosjektets forskningsspørsmål, og kvantitativ og kvalitativ metode blir sett på som komplementære, og dermed at de gjensidig underbygger hverandre.
- 2) Utvikling av et nytt paradigme på en måte som gir en forståelse av helheten som kan karakteriseres som en vitenskapelig revolusjon. Innen teoretisk fysikk nevnes Fritjof Capra som eksempel, hvor han i boken "Vendepunktet" understreker, utfra et systemteoretisk perspektiv (jfr. kap. 5.1.2), paralleller mellom vestlig tenkning og østens mystikk, og bruker eksemplet fra sykepleien, og sier:

*"På grunn av medisinenes sneversynte oppfatning av sykdom og det patriarkalske maktmønster i helsevesenet, er ikke sykepleierens viktige bidrag i helbredelsesprosessen gjennom sin menneskelige kontakt med pasienten anerkjent. Gjennom denne menneskelige kontakt fanger sykepleierne ofte opp mye mer enn legens vitenskapelige vurderinger."*

(sitat fra (NSF 1989, s. 147)

*"Sannsynligvis er det en allmenn sannhet at det vanligvis er der hvor to ulike tenkeretninger møtes at de mest fruktbare utviklingene i menneskets tenkning finner sted."*

(Capra 1996, s. 13)

Innen sykepleie henvises til Martha Rogers' "the science of unitary human beings". Vi finner også slike forsøk innen systemisk familieteori (Jensen 1994). Imidlertid antyder Kristoffersen at det gjenstår omfattende grunnforskning før et nytt paradigme vil ha vitenskapelig gjennomslagskraft.

3) En har en gjennomført åpen tilnærming hvor en vil komme bak gjeldende strukturer og paradigmer, og hvor bruk av flere paradigmer vil være en del av en vitenskapelig evolusjon, bl.a. slik en kan finne det i poststrukturalistisk filosofi. Det pekes på en del vitenskapsteoretiske problemer knyttet til et slikt standpunkt (jfr. kap. 2.5, s. 11).

I det følgende vil jeg presentere noen aktuelle begreper som innen sykepleievitenskap har blitt sett på som hjørnesteiner i oppbygging av faget.

### 5.1.1 Holisme.

Innefor helse- og sosialfagene, for så vidt innen de fleste fag- og samfunnsområder, er i dag begrepet helhetlig eller holistisk, oppstått som et moteord (Gullestad 1989). Man kan lett få en følelse av at det kan være en nødvendig og viktig ord å bruke som ledd i markedsføring og kvalitetsgaranti for det en tror og mener. (For øvrig den samme følelsen jeg ofte får når jeg møter et ”nytt” paradigme). Gunnar Skirbekk snakker om den vitenskapelige motsatsen reduksjonisme som noe som blir sett på som uheldig for vårt menneskesyn, som skadelig for vårt økologiske gangsyn og som usant eller halvsant (Skirbekk 1989). Holisme utgjør derimot et positivt menneskesyn, et konstruktivt natur- og samfunnssyn, - kort sagt ”...*ein sannare sanning*” (op.cit. s. 192). Hans poeng er at mye av det som utgir seg for å være holisme, egentlig er en ny form for reduksjonisme hvis en går det etter i sømmene. Han finner det fruktbart å snakke om pragmatisk holisme som en tverrfaglig kompetanse og vitenskapsteoretisk skolering som søker etter noe nødvendig og nyttig ved hjelp av overblikk og gjennomsyn. Dette er ikke et produkt, men en pågående oppgave eller prosess.

*”Dersom vitenskapene representerer ulike perspektiv på det verkelege, og dei ikkje kan samlast i eit super-syn der vi ser alle ting frå alle perspektiv samtidig, – kort sagt, dersom vår verdsopfatning via dei differensierte disiplinane gir oss eit slags mosaikkblick på verda – så vil alle freistnader på å formulere eit holistisk syn anten representere ein ny versjon av den reduksjonistiske vrien, der eitt bestemt perspektiv blir lagt til grunn og dei andre perspektiv blir omtolka inn i dette, eller representere ein ny versjon av den depresiserande vrien, der ein uttrykker seg så uklart og tvetydig at ein berre gir inntrykk av å seie noko bestemt mens ein eigentleg seier alt og ingenting (som når ein seier at ”alt heng saman”, utan å seie meir presis korleis det heng saman...)*

(op.cit. s. 197 flg.)



Den pretensiøse innledningen indikerer fra min side en ydmykhet for begrepet. Jeg vil holde fast ved erkjennelsen om at det ikke er mulig å ha en fullt ut helhetlig forståelse, men kanskje at det kan være et ideal å strebe mot (Caspari 1997), - eller muligens i det minste en økt forståelsen. Tradisjonelt har en ansett et helhetlig menneskesyn som en integrert sammensmelting av fysiske, psykiske, sosiokulturelle og åndelige/eksistensielle dimensjoner (Kristoffersen 1998). Holisme innebærer da en gjensidig påvirkning mellom delene i en helhet, slik at helheten utgjør *mer* enn summen av delene. Kinney og Erickson illustrerer forskjellen som dette *mer* utgjør med å beskrive forskjellen i betegnelsene "wholistic nursing" og "holistic nursing" (Kinney & Erickson 1990). Smuts antok, med utgangspunkt i Darwins evolusjonslære og Hegels dialektikk, at i grenselandet mellom naturvitenskap og filosofi var det kontaktpunkter som i fremtiden ville være fruktbare for begge (Smuts 1926). Han oppfattet holisme som en fundamental tendens i all utvikling fra uorganisk stoff til høyeste nivå av åndelige fenomener. Han tok utgangspunkt i de grunnleggende begrepene materie (matter), liv (life), sjel (mind), og dermed innbefattet personligheten. Sammenhengen mellom disse knyttes sammen med forbindelser som organiserer de til et hele. Organismen er i stand til stadig utvikling, den er selvbevarende under skiftende omgivelser og hvor stillstand eller likevekt (entropi) ikke er forenlig med liv. Det er ikke tilstrekkelig å forstå den menneskelige organisme ved å studere enkeltdeler.

### **5.1.2 Systemisk tenkning.**

Holistisk tenkning er et vesentlig utgangspunkt for generell systemteori. Systemteori ble lansert av biologen Ludvig von Bertalanffy i 1956 (Solem 1985), og den er blitt helt sentral innenfor en rekke områder, også innen helse- og sosialfagene, gjennom administrasjons- og organisasjonsfag, nettverksarbeid, familieterapi, kommunikasjonsteori osv. Generell systemteori innbefatter alle system, fra rene mekaniske system (rammeverknivå) til de mest komplekse system (oversanselighetsnivå). Den oppfattes av mange verken som en teori i tradisjonell forstand eller representerer noen spesiell metode, men som en måte å tenke på, en måte å beskrive system på, en synsmåte eller et perspektiv (Axelsen & Sandberg 1980; Solem 1985; Antonovsky 1991). Dens hovedhensikt er å analysere og dermed forsøke å forstå fenomener på en mer helhetlig måte. Den inneholder en generell og en fagspesifikk del. Innen familieteori/-terapi er det i utgangspunktet knyttet Gregory Bateson (Jensen 1994; Johnsen 2001).

Sentralt ved systemteori er (Solem 1985):

1. Evnen til å se systemet fra andres perspektiv – ”ta andres briller på”
2. Forståelse for at enhver bare ser deler av helheten, og at ethvert perspektiv er sterkt begrenset
3. Forståelsen for at det finnes ikke eksperter, i betydningen noen som har det fullstendige overblikk.

### 5.1.3 Levekår og livskvalitet.

Begrepene levekår og livskvalitet som forskningstema startet opp i samfunnsvitenskapene rundt 60-tallet som en reaksjon på de rådende økonomiske indikatorer som da var styrende (Øverås 2000). Levekår defineres som ”...*betingelser for velferd...*” (op.cit. s.10) og inneholder en rekke komponenter, blant annet sosiale relasjoner, boligforhold og tilgang på tjenester i nærmiljøet (NOU 1993). Mens levekårsforskning ofte setter fokus på objektive aspekter ved livet, har livskvalitetsbegrepet vært knyttet til de subjektive permanente opplevelser og vurderinger av enkeltindividets tilfredshet med livet, som innbefatter både en følelsesmessig og en kognitiv komponent (Mastekaasa, Modum et al. 1988; Øverås 2000; Næss 2001).

Livskvalitet som begrep er også knyttet til ulike fagtradisjoner, som sosiologi, psykologi, filosofi, økonomi og medisin, og har vært helt sentral innen sykepleievitenskap (Wahl, Rustøen et al. 2000). Tross utbredelsen og anvendelse i forskningssammenheng er det ingen klar definisjon på hva som ligger i begrepet. Nettopp dette er en kritikk som har vært reist mot begrepet, nemlig at det oppfattes som ullent (Andrews 1998; Wyller 1998; Wyller 2001; Wyller 2001; Wyller 2001).

Et annet problemområde ved begrepet, er at det tradisjonelt har vært benyttet hovedsakelig kvantitative metoder ved livskvalitetsforskning (Wahl, Rustøen et al. 2000). I og med at fenomenet er av subjektiv natur, stilles det spørsmål ved anvendelsen av en slik forskningstradisjon. Siri Næss foreslår benevnelsen "livskvalitet som psykisk velvære", altså

definert og knyttet til enkeltpersoners psykiske velvære, det vil si følelsen eller opplevelse av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede (Næss 2001).

En felles forståelse av begrepet går imidlertid igjen innen all teoriutvikling og forskning på begrepet livskvalitet, nemlig at det dreier seg om ens egen vurdering og følelse knyttet til ens eget liv, - altså det subjektive aspekt. Samtidig er det en sammenheng mellom objektive levekår og subjektiv livskvalitet. Næss skiller mellom årsaken til eller betingelser for høy livskvalitet på den ene side og de definatoriske kjennetegn på begrepet på den andre siden. De "objektive " betingelser vi lever under, altså levekårene, vil kunne påvirke livskvaliteten.

Uttrykket materiell velferd er i mange sammenhenger altså knyttet til ordet livskvalitet (Næss 2001). I løpet av de siste årene har vi opplevd en generell vekst i velferd og skulle tro at den generelle subjektive opplevelse av livskvalitet dermed ville øke. Meldingen (St.meld. nr. 25 1996-97) peker på forholdet mellom psykiske lidelser og velferdsveksten. Endringene har imidlertid ført med seg en rekke andre problemer, som av ulike årsaker virker spesielt inn på vår psykiske helse.

*"Familiebåndene har blitt løsere; maskene i den enkeltes nettverk er blitt videre; færre har tid til overs til andre"* (op.cit. s. 12).

Mye tyder på at den tradisjonelt mest tilpasningsdyktige andelen av befolkningen har i økende grad tilpasningsproblemer og opplever økende psykisk stress, som igjen øker risikoen for å utvikle psykisk lidelse (Tveråmo, Dalgard et al. 2003). Det vil da kunne oppstå et misforhold mellom tilpasningskrav og mestringsressurser. Videre er ensomhet som subjektiv opplevelse et voksende problem i vårt samfunn (Bondevik 1988; Fyrand 1994), og oppfattes som en konsekvens av mangel på sosial støtte. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er spesielt utsatt fordi de som gruppe ofte kjennetegnes med problemer i forbindelse med sosiale ferdigheter; å opprette nye og vedlikeholde gamle kontakter (Dalgard 1996; Sørgaard 2000). I tillegg vil en da kunne anta at når et individs levekår og materielle velferd er redusert, vil det påvirke dets livskvalitet.

## 5.2 Psykiatrisk sykepleie og sykepleie.

### 5.2.1 Omsorg i sykepleien.

Psykiatrisk sykepleie kan teoretisk sett forenklet sies å være en utdypning av sykepleiens psykiske dimensjon uten at den løsriveres fra helheten (Kristoffersen 1998). Helt siden 1912, da norske sykepleiere stiftet sin egen fagorganisasjon, har omsorg for hele mennesket vært et sentralt tema i sykepleiefaget. På mange måter dreier ikke sykepleiens utvikling spesielt bare om utviklingen av et fag, men også som kvinnehistorie i et sosialhistorisk perspektiv. I Florence Nightingales tradisjon hadde sykepleie som fag sitt fundament i en barmhjertighets- og kjærlighetstanke, og i Norge var den påvirket av de religiøst-filantropiske strømninger på siste halvdel av 1800-tallet gjennom de diakonale institusjonene (Strand 1990; Martinsen 1984). Sykepleie bar preg av å være sosialt arbeid i like stor grad som tradisjonelt helsearbeid. Imidlertid var det mange interesser som virket sammen og delvis utfra ulike motiv. Martinsen påpeker bl.a. at støtten fra legene i stor grad var motivert ut fra behovet for bedre assistenter. Oppmerksomheten var imidlertid rettet mot de lidende, både fysisk, sosialt, åndelig og mentalt. Allerede i Rikke Nilsens lærebok i sykepleie fra 1877, var det innlemmet et eget kapittel om "Sinnsykes pleie" (op.cit.). Foruten det en betegner som medisinsk kunnskap, var det lagt stor vekt på spesielle egenskaper og holdninger hos hjelperen – det en kan kalle relasjonskompetanse.

Innen sykepleie, både som profesjon og disiplin, har forholdet mellom grunnutdanningen og spesialutdanning historisk sett vært et spenningsfelt. For en stor del var det fagpolitikk fra NSF's side og handlet om fagutvikling, men også om makt, kontroll og styring av faget. Forbundet har helt fra starten av hevdet at en spesialutdanning skal bygge på grunnutdanningen (Melby 1990). I etterkrigstiden ble det en dreining mot spesialisert helsearbeid mer enn generelle omsorgsverdier både gjennom spesialutdanninger og i sykepleien som helhet (Martinsen 1987). Det vokste også frem en spesialkompetanse innenfor fagfeltet psykiatri, bygd på en nær tilknytning til medisinsk psykiatri og dens klare naturvitenskapelige dreining, mot en medisinsk-teknisk rasjonalitet som det viktigste grunnlaget for autoritet. Forholdet til legene ble i så henseende også problematisk gjennom at sykepleiernes myndighet på eget område kom i konflikt ved at de knyttet seg så nært til en legedominert behandlingsmedisin, - i første rekke på sykehusene.

Som nevnt er omsorg sentralt. Av mange er det blitt et negativt ladet ord når det knyttes til faget sykepleie. Sammen med honnørord som innlevelse, empati og holisme, har omsorg vært med på å gi sykepleien benevnelsen ”væremåtefag”, med et ideal om at en skal føle hva den andre føler (”varmebølgen i sykepleien”) (Martinsen 2002). Selv om dette kan oppfattes som en spissformulering, viser evalueringsstudier og brukerundersøkelser av behandling av mennesker med psykiske lidelser at det er nettopp det kvalitative ved relasjonen, nemlig f.eks. det at en viser omsorg, som er en betydelig virksom varians som tilskrives en positiv effekt (Lundby 1998; Binder, Holgersen et al. 2001).

Kari Martinsen påpeker at omsorgstenkningen i faget kan føre til en omsorg som betegnes som en to-leddet relasjon der hjelper blir anmasende, pasienten blir ikke sett på som subjekt og urørlighetszonen respekteres ikke i all velmenighet (Martinsen 2002). Det er i så tilfelle et uttrykk for en avart av omsorg, en invaderende nærhet som hun betegner som ”følsomhetens ufølsomhet” eller som sentimental omsorg. På den andre siden peker Fromm på at menneskenes evne til å ha omsorg for hverandre kan betraktes som den vesentligste faktor for menneskets framgang som art (Fromm 1947; Fromm 1993). Det er altså dette som danner grunnlaget for omsorgstradisjonen i sykepleiedisiplinen.

### **5.2.2 Psykiatrisk sykepleie.**

Den første spesialskolen i psykiatrisk sykepleie ble startet i 1954. Dette var sammenfallende med at de første psykofarmaka ble lansert, og nevrobiologisk forskning og tenkning skapte en viss behandlingsoptimisme innen psykiatrisk medisin. Spesialsykepleierne fikk, for øvrig parallelt med andre medisinske spesialfelt, dermed en klar assistentfunksjon under legen, og farmakologi og nevrologi utgjorde en ikke ubetydelig del av utdanningen. Samtidig kan vi lese i en dansk lærebok, som også var sentral i de første norske spesialskolene, utgitt for første gang i 1954, at:

*”Behandlingen af en psykiatrisk patient er ikke udelukkende et medicinsk spørgsmål, behandlingen er et problem, som kræver samarbejde af mange forskellige professioner.... I dette team indtager sygeplejersken en nøglestilling, fordi hun er den person, som er mest i kontakt med patienten, og hun har derfor særlige muligheder for at påvirke patienten.”*

(Faurbye 1969, s.63)

Videre påpeker forfatteren at det fysiske behandlingsmiljøet i institusjonene er viktig for pasientene og at det er et mål å gjøre dem ”...mer hjemlig preget og mindre hospitalsaktig” (op.cit., s. 63). Han sier videre at det også må være andre tilbud til pasienten, som for eksempel arbeidsterapi, aktivitetstilbud og underholdningstilbud. Dette indikerer en tidlig markering av fagområdet psykiatrisk sykepleie som noe annet og mer enn et medisinsk anliggende. Foruten en gryende kritikk av datidens institusjoner som arena, ble det her satt søkelys på en del forhold som vi ser dukker opp igjen i Stortingsmelding 25 (St.meld. nr. 25 1996-97), som tverrfaglig samarbeid, relasjonsbygging, kontinuitet, motiveringsarbeid, arbeidstilbud, fritidsaktiviteter, kultur- og helsetilbud.

### **5.2.3 Psykiatrisk sykepleie og endringene i psykiatrien.**

Da en i slutten av 50-tallet begynte med miljøterapi som behandlingsform på psykiatriske sykehus (ved avdeling Lien på Dikemark sykehus i 1958, og ved Ullevål avdeling 6B i 1959), forlot en gradvis mye av den tradisjonelle medisinske sykdomsmodellen, og vektla i stedet en kombinert psykodynamisk og sosialpsykologisk modell (Jørstad 1971; Jørstad 1971; Albretsen 2002). Psykiatriske sykepleiere, som ledet dette arbeidet og hadde således en nøkkelrolle, så at pasientenes selvstendighet og selvaktelse økte. Mange av de som var med på dette pionerarbeidet kom til å prege faget psykiatrisk sykepleie og utdanningen av psykiatriske sykepleiere i flere tiår. Utover på 60- og 70-tallet ble de nye strømmingene og impulser fra videreutviklingen av det terapeutiske samfunn (Clark, Jones, Main), institusjonskritikken (Barton, Goffman), anti-psykiatrien-bølgen (Szasz, Laing og Cooper) etter hvert en naturlig del i både utdanningene og praksisfeltet. Jørstad mener psykiatriske sykepleiere i dette møtte flere motstridende krav enn kanskje noen annen yrkesgruppe på sykehuset (Jørstad 1971). Bl.a. fordi sykepleierne tradisjonelt hadde autoritetsproblemer og derfor lett ble underkastende overfor sine ledere, og som igjen medførte at de dermed ble autoritære når de selv ble sjefer. Han henviser til Kari Martinsen som uttalte at ”søsterrollen” ofte var preget av anonymitet, frykt i forhold til å markere seg, stå frem med egne selvstendige standpunkt og å ta ansvar.

Forståelsen av psykiske lidelser som vokste fram, kritikk av institusjonspsykiatrien og forholdene de psykisk lidende levde under, utgjorde et revolusjonerende oppgjør med

rådende medisinsk, autoritær og inhuman tenkning med dens sterke kontroll- og disiplineringsfunksjon. Imidlertid skal en vokte seg for å ensidig idyllisere disse nye strømningene. Antipsykatrien ble kritisert for å overse lidelsen og å romantisere galskapen, og for å forenkle de psykiske lidelsene ved å se på de gale bare som opprørske personer som kanskje bare var litt annerledes enn folk flest (Haugen 2000). Goffman ble beskyldt for å ha et fordreid virkelighetsbilde. Hvorvidt kritikken var berettiget, kan diskuteres. David H. Clark, som selv var sentral i utviklingen av miljøterapien, påpekte feiltrinnene som ble gjort, bl.a. altfor stor tillit til egne og pasientenes ressurser, feilvurderingene, eksperimentene som mislyktes, selvmordene og tragediene i kjølvannet av omveltningene (Clark 1975).

Desentralisering på 60- og 70-tallet var både faglig og strukturelt begrunnet, og økte behovet for lokale tilbud for brukerne (Almvik 2000). Selv om sosialkontor, menighets- og hjemmesykepleien, legetjenestene m.fl. nok gjorde et betydelig arbeid for psykiatriske pasienter i kommunene, ble det her et stort behov for å opprette stillinger for psykiatriske sykepleiere. De tok med seg relasjonstenkning og miljøterapi fra den rådende sosialpsykologiske forståelsen fra institusjonpsykiatrien. Dette utgjorde den faglige ballast. Hummelvoll beskriver to aktuelle modeller i psykiatrisk hjemmesykepleie (Hummelvoll 1995). Relasjonsmodellen er preget av en klar personorientering med vekt på den enkeltes lidelse og funksjonssvikt, og folkehelsemodellen som innebærer et helsefremmende arbeid som kan defineres som sosialpolitikk i vid forstand. Disse krever igjen et vidt spekter av roller og en rekke arbeidsmetoder, som f. eks. nettverksarbeid, individuell oppfølging over tid, samarbeid på tvers av ulike fag og etater, arbeid på individ- og gruppenivå, nettverksarbeid, pårørendearbeid og forebyggende virksomhet. Systematisk oppbygging av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser hadde også sitt utspring fra psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

De siste 20 årene har Jan Kåre Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie vært retningsgivende i Norge (Hummelvoll 1997). Den er delt i fire, hvor psykiatrisk sykepleie er definert som:

1. *"En planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egnomsorg og derigjennom løse/reduere hans helseproblemer.*
2. *Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne holdbare livsverdier.*
3. *Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker*

*sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann.*

4. *Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer”.*

(s. 39 flg.)

Definisjonen er stipulativ. Det vil si at den presenterer en spesiell betydning av hva som ligger både implisitt og eksplisitt i den. Hummelvoll sier han har et klart humanistisk ideal, hvor god sykepleie må grunnes på respekt for pasientens integritet og selvbestemmelse.

Bak enhver teori eller modell ligger det et bestemt menneskesyn. Dette innbefatter gjerne en omsorgsideologi, politisk ideologi, livsfilosofi eller livsholdning, moralsk holdning etc. Jeg vil i det følgende diskutere kort hva jeg ligger i betegnelsen menneskesyn, og hvordan en finner det igjen Hummelvoll's definisjon av psykiatrisk sykepleie.

#### **5.2.4 Menneskesyn.**

Antônio Barbosa da Silvas har gjort en analyse av i Hummelvolls psykiatriske sykepleiemodell (Barbosa da Silva 1998). Han beskriver menneskesynet som ”holistisk-eksistensialistisk”, selv om det ikke ligger eksplisitt i definisjonen. I dette legger han et helhetlig syn på mennesket som besvarer grunnleggende eksistensielle spørsmål om menneskets eksistens, natur og styrende bestemmelser. Generelle eksempler på slike spørsmål kan være: Er mennesket unikt i forhold til andre skapninger? Er det fritt? Er det grunnleggende godt? Har det en bestemt verdi? Har lidelse noen verdi og mening? Har en et mål med livet, og i så fall hva er dette? Er det noen fundamentale brister som hindrer mennesket fra å leve et meningsfullt liv og nå sitt livsmål? og hva må til for at en som menneske kan frigjøre seg fra sin fundamentale brist? Svarene gjenspeiler ulike syn på mennesket, og ulike religioner, livssyn og filosofiske retninger gir ulike svar. Jeg vil seinere i dette kapitlet berøre noen av disse spørsmålene.

Barbosa de Silva klassifiserer menneskesyn i to hovedtyper: det humanistiske og det ikke-humanistiske, hvor begge kan være religiøst eller ikke-religiøst forankret. Han karakteriserer behaviorisme, Descartes' dualistiske menneskesyn, det biomedisinske og det materialistiske



menneskesynet som ikke-humanistiske. Dette betyr ikke en utelukkelse av aspekter fra disse. Han påpeker at:

*”..... at man kan kombinere aspekter av det biomedisinske menneskesynet med aspekter av ulike former for humanistisk menneskesyn for å bygge et flerdimensjonalt menneskesyn som tillater en rimelig løsning av mind-body-problemet, og som muliggjør en økt forståelse av mennesket som sammensatt fenomen”.* (op.cit. s. 40)

Han mener at en økt forståelse av relasjonen mellom disse dimensjonene er viktig i medisinsk sammenheng dersom man ønsker å besvare viktige spørsmål som f.eks. hvordan psykiske lidelser er relatert til biofysiologiske eller biokjemiske funksjoner. Problemet er når man sier at psykiske lidelser *ikke er noe annet enn* et biprodukt av fysiologiske funksjoner. Dette er et eksempel på reduksjonisme. I Tidsskrift for den Norske Lægeforening var det høsten 2002 en lignende debatt hvor dette var tema, med utgangspunkt i en artikkelserie om funksjonelle somatiske lidelser (nr. 11 – 14/2002). Ytterpunktene beskrives og illustreres i:

*”Fenomenologiske tilnærminger har i mesteparten av det 20. århundre vært en integrert del av klinisk psykiatri og psykosomatisk medisin. Men selv om meningsaspektet alltid er sentralt for å forstå de humanistiske sidene ved sykdom og lidelse, er det en dyrekjøpt erfaring at ensidig fenomenologisk tilnærming ikke hjelper pasienten til funksjonsbedring og optimal livskvalitet..... ensidig fenomenologisk tilnærming øker faren for overpsykologisering. Pasienten og legen kan danne en ”hellig allianse” hvor man bekrefter hverandre. I noen tilfeller kan det til og med utvikle seg en kronisk ”dyrking” av en krenkelse uten at mennesket det gjelder lærer å fordøye, mestre, reise seg opp og utvikle seg videre.”*

og på den andre siden:

*”...en ensidig biomedisinsk tilnærming er like farlig og utilstrekkelig. Biomedisin i sin rendyrkede form innebærer risiko for tingliggjøring og forakt for det enkelte menneske slik vi i dens ytterste konsekvens så blant nazistenes leger...”*

(Malt 2002, s. 2923)

Det er således mulig å forstå ytterpunktene ikke som dikotomier, men som komplementære. Innenfor en rekke vitenskapsområder ser en ikke nødvendigvis noen konflikt mellom et naturvitenskapelig- og et humanistisk menneskebilde (Vetlesen & Stänicke 1999; Egge 2002).

### Frihet eller determinisme?

Om mennesket er fritt og har en fri vilje kontra om det forstås som determinert, er et aktuelt spørsmål i denne sammenheng. Det vil være avhengig av hva man legger i begrepet determinisme. Innen f.eks. biologi vil ingen forfekte en totaldeterminisme i den forstand som Spinoza hevdet (Egge 2002). En signifikant risiko for sammenheng utgjør heller ikke en kausal forklaring (Glouberman, Kisilevsky et al. 2000). På samme måte er ikke frihetsbegrepet ukomplisert. Grunnlaget for en teoretisk begrunnelse for menneskets frihet kan være vanskelig å finne uavhengig av vitenskapelig grunnsyn. Filosofen Trond Skaftnesmo (i (Egge 2002) sier at han opplever at:

*”...humanistene bare **vedtar** at mennesket er fritt – og så vil eller kan de ikke begrunne det nærmere. For skal de begrunne det nærmere, så kan de ikke unngå å konfronteres med biologien. Vi er jo tross alt biologiske organismer også. Så det **vedtar** bare at mennesket har frihetsmulighet, tar det som et gitt utgangspunkt. Biologene på sin side konstaterer at vi har en **følelse** av at vi er frie, at vi er fritt handlende vesener. Og det slår de seg til ro med – som om dette var nok!”*

(s. 482)

Felles for et humanistisk menneskesyn er i hovedsak uttrykt ved at mennesket som art er et sosialt vesen, potensielt godt og rasjonelt og det har frihet i forhold til vilje, valg og handling (Barbosa da Silva 1998). Denne friheten innebærer at handlingene ikke er bestemt av naturlover. At det er samfunnsmessig (bl.a. i forhold til levekår og velferd) og relasjonelle begrensninger av ens frihet, er en annen sak. I det fjerde leddet påpeker Hummelvoll sykepleiens klare samfunnsmessige ansvar, både i forhold til det sosiale fellesskap og strukturelle faktorer i samfunnet som påvirker folks helse.

Den verdi en har som menneske anses for å være konstant, ikke-graderbar og ukrenkelig, noe som en bl.a. finner igjen FN's universielle deklarasjon fra 1948 (op.sit.). Eksempler på ikke religiøse humanistiske menneskesyn finner vi for eksempel i Jean-Paul Sartres eksistensialistiske menneskesyn og Abraham Maslows humanistisk-psykologiske menneskesyn. Når det gjelder ulike religiøse menneskesyn, nevner han som eksempler et kristent-humanistisk, jødisk-humanistisk, buddhistisk-humanistisk o.s.v. Imidlertid vil jeg presisere at dette ikke er entydige kategorier, og at en innen samme kategori vil kunne finne til dels motstridende menneskesyn i forhold til alle de fire nivåene.

### **Mennesket som grunnleggende godt?**

Spørsmålet om mennesket er grunnleggende godt eller om det har en fundamental brist i sin natur, vil være en vesentlig del av et menneskesyn. I følge bibelsk antropologi er det en brist som kalles synd og som kan hindre mennesket både fra å virkeliggjøre sitt livsmål og fra å behandle sine medmennsker med respekt, omtanke og rettferdighet (Austad 1979) (Barbosa da Silva 1998). Samtidig tillegges mennesket en uendelig verdi. Men ettersom synden begrenser menneskets godhet, frihet og iboende rasjonale til å behandle sine medmennesker etter likeverdsprinsippet, finnes det etiske grunnregler (bud) hvor respekten for hvert enkelt menneske er vektlagt. Innen teologien har ”det ondes problem” opp gjennom tidene vært viet stor oppmerksomhet. Jeg er imidlertid ingen teolog og vil heller ikke gå dypere inn i dette feltet i denne sammenheng,

Innen den jødiske religion finner vi imidlertid tilsvarende. Aaron Antonovsky, som bekjenner seg som troende jøde, henviser til historien om Adam og Eva i Edens hage, hvor de spiste av frukten fra ”Kunnskapens tre” og som dermed ga menneskene muligheten til å skille godt fra ondt (Antonovsky 1991; Antonovsky 1995). Fra da av er menneskeheten fordømt – eller velsignet – til å velge, hvor også ondskaper er en iboende del av det å være menneske. (Ordet ”salutis” som er det første leddet i hans salutogenesebegrep, betyr ”helse”, men også ”frelse” i religiøs sammenheng, hvor betydningen for begge er ”å bli hel”.) Som en konsekvens av dette, gjennom hans nøkkelbegrep ”Sense of Coherence” (SOC), hvor sammenhengen mellom grad av SOC og ens helse er et av hans hovedpoeng i hans helsebegrep, problematiserer Antonovsky ved å peke på farene som ligger i utvikling av en høy SOC. Det er ikke, sier han, moralske verdier implisitt i verken en salutogenetisk eller en patogenetisk orientering. Det ligger ikke noen andre mål enn funksjon og overlevelse til grunn for dem begge. De er rasjonelle. Innenfor hebraisk tenkning har billedbruk og metaforer en sentral plass (Boman 1972; Wifstad 1994), og Antonovsky bruker en gammel jødisk legende som bilde på denne faren (Antonovsky 1991). Den forteller om en Rabbi som i hemmelighet dannet Golem ut av formløs masse, en menneskelignende beskyttende skikkelse som han blåste liv i, men som ikke hadde sjel og dermed manglet evnen til skille godt fra ondt (et bilde også Eric Fromm bruker (Fromm 1993)). Golemen skulle tjene han, men vokste etter hvert seg større og farligere og ble i økende grad truende. Til sist utgjorde den også en trussel overfor sin egen skaper og den opprinnelige målsettingen. (Det mest kjente varianten er beskrevet av forfatteren Gustav Meyrink i romanen Golem (1916), som ble for øvrig filmatisert av Paul Wegener i 1920 og omhandlet rabbi Loew som skapte denne som

beskyttelse mot jødeforfølgelsene i Øst-Europa. En parallell finner vi Karl Capek's skuespill "R.U.R." (Rossams Universal Robot) (1920), hvor opprinnelsen til begrepet "Robot" stammer fra). Hans sentrale poeng er at det ligger en fare i utvikling av høy grad av SOC, fordi den enkelte kan gjøre det på bekostning av andre og gjennom andre, ved å undertrykke og utnytte andre.

Menneskets iboende muligheter til både det onde og det gode, finner vi også igjen hos Sigmund Freud (Freud 1986). I hans "Hinsides Lystprinsippet" (1920) beskriver han to grunnleggende driftstendenser, livsdriften (eros) og dødsdriften (thanatos), som settes opp mot hverandre (Sjögren 1990), bl.a. på bakgrunn av hans erfaringer med de traumatiske krigsnevrosene som dukket opp etter den 1. verdenskrig. Her ble han for alvor konfrontert med menneskelig grusomhet og kampen mellom det "livsbejaende" og det destruktive i mennesket.

Det motsatte ytterpunkt forfekter Carl R. Rogers, som gjerne plasseres innen amerikanske humanistisk psykologi (Rogers 1961; Rogers 1980). Hans menneskesyn er preget av et, etter manges mening overdrevet, positivt og optimistisk syn på mennesket; som fundamentalt sett sosialt, fremadskridende, rasjonelt og realistisk (Braaten 1971; Rognes 1979; Bjørkly 2001). Dette var et klart formulert brudd med behaviorismen, som han oppfattet som mekanistisk. Han forkastet også psykoanalysen, hvor han tolket Freuds syn på mennesket som dypt pessimistisk, som destruktivt med iboende ondskap og som irrasjonelt. Rogers bryter på dette punktet også med flere av de andre innen humanistisk psykologi, for eksempel Rollo May, Martin Buber og Gordon Allport (op.cit). Det var Leif J. Braaten, som selv gikk i læringsanalyse hos Rogers, som introduserte han i norsk psykiatri. Seinere har han ønsket å fraskrive sitt image som Rogers-tilhenger, på bakgrunn av hans egne teoretiske og praktiske erfaringer (Braaten 1988). Braaten, for øvrig sammen med andre (Stavenes 2002), kritiserer han bl.a. for hans menneskesyn, for å være for sykdoms- og problemorientert og for hans ensidige devaluering og kritikk av psykoanalysen og behaviorismen.

### **Livsverdier.**

Hummelvoll vektlegger i sin definisjon de verdiskapende egenskaper hos sykepleieren, hvor det til rollen som profesjonell er knyttet egenskaper som en "skaper" eller som en som fremkaller livsverdier hos pasienten (jfr. 2. ledd) (Barbosa da Silva 1998). Han beskriver her

noe som han beskriver som pasientens "self-empowerment" (jfr. kap. 2.2). En forutsetning er at sykepleieren har egenskaper som empatisk evne, lydhørhet, barmhjertighet, sannferdighet, ærlighet, pålitelighet, åpenhet og rettskaffenhet, - altså moralske dyder, relasjonell kompetanse og den etiske fordringen som er en integrert del av rollen som profesjonell.

### **Samfunnsperspektiv.**

En siste kommentar til Hummelvoll's definisjon er at psykiatrisk sykepleiers ansvar, utover det individuelle nivå, innbefatter også det sosiale nettverk og arbeid på systemnivå. Som "pasientens talsmann" pålegges psykiatriske sykepleiere å engasjere seg på det samfunnsmessige nivå (jfr. 4. ledd). I klinisk arbeid har psykiatriske sykepleiere innen en rekke områder engasjert seg i ulike tiltak lokalt, f.eks. ulike forebyggingstiltak på ulike nivå (i forhold til selvmord, tidlig intervensjon ved psykose, innen rehabilitering og habilitering, ulike nettverkstiltak som grupper, aktivitetstilbud, pårørendearbeid osv. og tilbud om arbeid, bolig o.l.). I vårt samfunn er det imidlertid spesielle utfordringer i forhold til denne gruppen mennesker. Det er knyttet en rekke fordommer til mennesker med psykiske lidelser, blant annet i forhold til farlighet (Fonn 1990). En aktuell konsekvens er for eksempel at en opplever som regel en betydelig motstand fra naboer når en ønsker starte bofellesskap eller andre helsetilbud i etablerte bomiljøer. Hovedmålsetningene i de nasjonale føringene innen psykisk helsevern dreier seg i stor grad om tilbakeføring av pasientene til lokalsamfunnet, integrering og normalisering, slik det for eksempel er beskrevet i St meld 25 (St.meld. nr. 25 1996-97). En forutsetning vil selvfølgelig da være at lokalsamfunnet er forberedt til å ta imot dem. Det trengs en vesentlig holdningsendring til blant folk flest, og politisk vilje til å jobbe systematisk med dette. Opptappingsplanen (St. prp. nr. 63, 1997-98) er bare en begynnelse, og det har i første rekke stort sett blitt kanalisert ressurser til forskning og kurativ virksomhet. Det er i liten grad blitt brukt nevneverdige ressurser til informasjon, opplæring og holdningsarbeid i befolkningen generelt. Først og fremst mener jeg helsepersonell generelt, og psykiatriske sykepleiere spesielt, har på dette området i stor grad sviktet på det samfunnsmessige nivå.

## **DEL IV: METODE.**

### **6.0 Metodologi.**

Denne studien fokuserer på de muligheter og begrensninger som ligger i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser, og tar utgangspunkt i beboernes egne opplevelser og erfaringer. Valg av metode skal ikke styres av forskerens egne vurderinger av fordeler og ulemper med å velge henholdsvis kvantitative eller kvalitative metode (Alvesson & Sköldberg 1994). Hughes (Hughes & Månsson 1988) fremhever som et grunnleggende prinsipp at valg av metode må relateres til forskningsproblem og –objekt. Ved utforskning på menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandling, vil det være begrenset hva man finner med epidemiologisk forskningsmetode og statistisk hypotesetesting (Malterud 2002). Jeg mener derfor at en kvalitativ metode er et adekvat valg i forhold til problemstillingen.

Begrepet "vitenskap" er knyttet både til den systematiske, metodiske og kritiske undersøkelsen, studien eller forskningen av et område, og selve fagområdet som er gjenstand for slik undersøkelse eller forskning (Patel & Davidson 1995). Positivism og hermeneutikk beskriver to ulike filosofiske og vitenskapsteoretiske hovedretninger, hvor målet for begge er å skaffe viten og kunnskap innen et aktuelt område. Kvantitative og kvalitative metoder utgjør forskjellige måter å gå frem på for å avdekke ny kunnskap. Positivismestriden på 1960 - 70 tallet var en vitenskapsteoretisk diskusjon hvor Wilhelm Dilthey (1833-1911), forut for Heidegger og Gadamer, la sentrale premisser (Vetlesen & Stänicke 1999). Striden var mellom human- og naturvitenskap, som oppfattes som henholdsvis forstående og forklarende vitenskaper. Diltheys bidrag til filosofisk hermeneutikk ligger ikke i disse som motsetninger, men av bestemte ontologiske ("læren om hva det vil si å være") antagelser om hva slags væren som kjennetegner objektene for forståelse til forskjell fra forklaring (Fjelland 1995; Christoffersen 1999).

### **6.1 Hermeneutikk.**

Kvantitativ og kvalitativ metode oppfattes altså ikke nødvendigvis som konkurrerende og motsatte tilnærminger, snarere som komplementære (Alvesson & Sköldberg 1994; Kristoffersen 1998). De sentrale forskjeller bygger på at ved kvalitativ metode fokuseres ofte

i større grad på åpen og mangfoldig empiri, noe som blant annet viser seg i ulik vektlegging av standardisering/ikke-standardisering i spørsmålsstillingen i forhold til kvantitativ metode. Et annet viktig særmerke for kvalitativ metode er at en går ut fra studiesubjektets perspektiv, mens kvantitative studier utgår fra forskerens ideer om hvilke dimensjoner og kategorier som skal stå i sentrum (Alvesson & Sköldberg 1994) . Mens kvantitativ forskning er preget av deduksjon, vil kvalitativ forskning være preget av induksjon.

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (Malterud 2002). Den hermeneutiske tradisjon er historisk særlig knyttet til tysk teologi, filosofi og andre åndsvitenskaper (Næss 1974). Ordet hermeneutikk kan oversettes med ”forståelseslære”, og ble brukt i betydning av både tolkning og forståelse av tekster. I gresk mytologi formidler Hermes gudenes budskap til de vanlige menneskene. I denne sammenheng dreier det seg ikke bare om å meddele, men om å oversette det guddommelige budskapet til de ”dødeliges” eget språk.

Hermeneutikk var opprinnelig en teologisk disiplin som begynte ved reformasjonen (op.cit.). Det vokste etter hvert frem en historisk bevissthet som skapte distanse til de bibelske tekstene og gjorde dem vanskelig å forstå. Innen den protestantiske bibelanalyse ble teksttolkning sentralt (eksegetikk), hvor en bibeltekst ble forstått i sammenheng med Bibelen som helhet (Alvesson & Sköldberg 1994) . Her er hermeneutikken kommet helt i sentrum det siste hundre årene, særlig ved eksistensteologen R. Bultman som arbeidet med å få avmytologisert Det nye testamentet ved å tilpasse det til det moderne samfunns verdensbilde (Slagstad 1967). Georg Johannesen er imidlertid kritisk til Bultmann på dette punktet idet han representerer den del av moderne teologi som avmytologiserer og som Johannesen hevder er det samme som avretorisering (Johannesen 1987). Dette kan være et uttrykk for en bevissthet om de begrensningene som ligger implisitt i en forståelse. Hvis en har som intensjon å forstå den andre i betydningen vite eller kjenne den fulle og hele sannhet, står man i fare for å praktisere det man kaller ”kvalmens hermeneutikk” (Merok 2001). Jeg oppfatter forståelse, med henvisning til jødisk tenkning (jfr. kap. 2.7), mer som en prosess som utgjør en innfallsport til nye forståelseserfaringer. Altså en mest mulig åpen og lyttende holdning til komplekse fenomener som krever omstillinger.

Historiefilosofen D. Dilthey overførte metoden til filosofien. Hos han ble hermeneutikken en allmenn teori om åndsvitenskapene som en vitenskap med grunnleggende forskjeller fra

naturvitenskapene: naturvitenskapene prøver i for stor grad å forklare alle fenomenene ut fra allmenne lovmessigheter, mens åndsvitenskapene søker å forstå den enkelte.

Andre sentrale navn innen hermeneutikken er Heidegger, Gadamer, Ricoeur og Habermans. Disse er også kjent for sine arbeider om forholdet mellom hermeneutikk og den gjensidige påvirkning til psykoanalysen og samfunnsvitenskapene (Slagstad 1967; Alvesson & Sköldbberg 1994; Vetlesen & Stänicke 1999).

Hermeneutisk forskningsmetode har til hensikt å skape kunnskap om hvordan individet opplever sin virkelighet. For om mulig å kunne forstå denne, trengs en logisk forståelse av de dialektiske prosessene med helhet og deler som motpoler (Egidius & Nordberg 1985; Alvesson & Sköldbberg 1994). På den andre siden består helheten av deler, og kan derfor kun forstås ut fra disse. Forståelsen krever innlevelse (empati), hvor en søker å se virkeligheten ut fra et annet menneskes synsvinkel. Tolkningen tar utgangspunkt i primærdata som samtidig fungerer som en ytre kontroll som holder tolkningen innenfor realistiske rammer. Data relatert til teorier gir forskningsresultatet allmenn verdi. Redskapene forståelse og tolkning i hermeneutisk forskning skal være med på å øke kunnskap om det enkelte mennesket og den enkelte i samspill med andre.

### 6.1.1 Førforståelse.

Arne Næss sier at man alltid har det han kaller en forutforståelse (Næss 1974). Man tar for eksempel aldri fatt på en lesning av en tekst uten denne forutforståelsen.

*”Man forstår begynnelsen som del av en preformet helhet hvori inngår en antiseptert forestilling om hva teksten vil dreie seg om, og hva for en mening som ligger i den. Tolkningen av begynnelsen er i vesentlig grad avhengig av den helhet som den tolkes utfra. Denne forandres ved videre lesning, men selv i forandret form gjør den seg gjeldende”.* (op. cit., s. 102)

Vi har altså en førforståelse eller fordom, hvor fordom i denne sammenheng ikke har en negativ betydning, men bare står for en dom som er felt tidligere. Helhetsforståelsen bestemmes utfra sammenhengen eller konteksten for eksempel en tekst står i. Hvordan en vil



fortolke, står ikke mellom subjektiv førforståelse eller ikke, men mellom å være denne seg bevisst eller ikke (Slagstad 1967).

Ens førforståelsen vil virke på hele forskningsprosessen; på datasamling såvel som dataanalyse og konklusjoner (Nyström & Dahlberg 2001). En vesentlig utfordring for forskeren er å få en økt bevissthet og åpenhet i forhold til de faktorene som er med på å skape førforståelsen. Denne førforståelsen anses ikke som et produkt, men som en historisk endringsprosess både gjennom forskerens livsløp og gjennom den/de aktuelle forskningsprosessen(e). Refleksjon og utforskning av forskerens førforståelse er en forutsetning for at en skal kunne fremskaffe ny kunnskap, og ikke bare ukritisk bekrefte det en allerede vet og tror på (jfr. ”catch and release”-metaforen i kap. 6.2.).

Denne studien er således påvirket av min egen førforståelse; mine livserfaringer generelt og mine erfaringer med mennesker med psykiske lidelser, mine grunnleggende verdier og normer, min personlighet og den historiske tradisjon jeg er en del av, som inkluderer emosjonell påvirkning fra tidlig barndom, en rekke kognitive ”schemata” og de ulike former for rolletaking fra barndom av og som voksen (Dahlberg, Drew et al. 2001). Dessuten mine faglige kunnskaper og den presenterte teoretiske forankring undersøkelsen bygger på.

## 6.2 Etske implikasjoner.

*”Klinisk forskning er regulert ved lover og forskrifter, som i første rekke tar sikte på å beskytte forsøkspersonen.”*

(Hole, Straume et al. 1992, s. 1)

Helsinki-deklarasjonen er en videreføring av prinsippene etter Nürnbergprosessen i 1946, og er styrende for alle medisinsk forskning (Tranøy 1992). Terapeutisk forskning har til hensikt å gagne syke og sykdomstruede personer. Informert og frivillig samtykke fra forsøkspersoner er et ufravikelig krav. Dette innebærer bl.a. at en får tilstrekkelig informasjon før deltakelse. En bør bruke skriftlig informasjon som er kort og enkel, supplert med eventuelt muntlig, og det skal gis adekvat tid til lesing og ettertanke før en svarer. Det må også komme klart fram informasjon om at den enkelte kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra deltagelsen. Det skal fra informantene foreligge informert samtykke skriftlig (op.cit.)(Jfr. Vedlegg: Informasjonsskriv)(Mjølhus 1992). Den generelle taushetsplikten som jeg som sykepleier

har, gjelder også ved forskning, både i forhold til innsamling av data og ved publisering av resultatene (Bull 1992). Dette innebærer at det ikke skal fremkomme personidentifiserbare opplysninger.

Ved siden av de formelle krav og anbefalinger, må den enkelte forsker alltid ha et eget moralsk ansvar for at forsøkspersoner ikke lider overlast, verken i selve forskningsprosessen eller som følge av negative konsekvenser seinere. Fenomenet "catch and release" dukket bl.a. opp i kjølvatnet av TV-serien "På fisketur med Bård og Lars" i mai 2002. Det innebærer at en fanger fisk som en etterpå slipper ut igjen. Fenomenet har ført til debatt, bl.a. fra Rådet for dyreetikk om de etiske sidene med dette. Problemet som blir reist, bl.a. gjennom et oppslag i VG (13.06.02) og i et diskusjonsprogram på NRK TV 1 (samme dag), er om det er etisk riktig at vi ut fra et ønske om tilfredsstillelse av egne behov for spenning, avkobling, glede eller hva motivene enn måtte være, har rett til å påføre fisken smerter, stress og lidelser. Jeg vil selvfølgelig ikke ta stilling til problemstillingen da den faller helt utenfor det som hører hjemme i denne oppgaven. Imidlertid vil jeg bruke metaforen "catch and release" for å stoppe opp ved vesentlige etiske sider ved forskning generelt og spesielt i forhold til mitt arbeid.

Førforståelsen kan oppfattes som nevnt som en fordom og bygger bl.a. på faglige antagelser og kunnskap en har med seg som et helhetlig utgangspunkt om det fenomenet en skal analysere (Næss 1974). Slagstad mener tolkning av data ikke handler om den er subjektiv eller ikke, men om en bevisst denne subjektiviteten (Slagstad 1967). En kan således også tenke seg tolkninger styrt av en fordom i betydningen "*...en særlig unyansert og lite saklig begrunnet holdning*" (Store Norske Leksikon 1980); under "Holdning"). Her kommer metaforen "catch and release" inn. Hvis forskerens motiv er å få bekreftet egne antagelser og fordommer, knyttet til en eller flere teorier, vil dette i tillegg til at resultatene blir feil i forhold til gyldighet, også bryte med forskningsetikk. Repstad sier at hvis ikke en er seg dette bevisst, ligger det en reell fare i at:

*"I praksis kan fortolkningsarbeid avvike fra idealet og forfalle til fordreining og ensidighet. I verste fall kan en kvalitativ verdianalyse fortelle atskillig mer om verdiene til analytikeren enn om de verdiene som teksten uttrykker."*

(Repstad 1993, s. 91)

Braatøy beskriver med et eksempel fra psykiatri som er en parallell til dette fenomenet, når en fremtrer som spesialist i den forstand at en søker å få bekreftet en ønsket diagnose og dermed overser det egentlige budskapet fra pasienten (Braatøy 1947).

Eller en kan tenke seg at jeg som forsker mener saken er så viktig at riktig bruk metode blir av mindre betydning. Vinteren 2002 fikk TV2's Gerhard Helskog med "Rikets tilstand" hard kritikk fra den øvrige presse og idrettsbevegelsen i en sak om bruk av doping i norsk idrett (Holterman 2002) (andre parallelle saker i programserien handlet om omskjæring av kvinner, tvangsekteskap etc.). Ønsket om å avsløre medførte en journalistikk der en tyr til forenklinger og insinuasjoner. Ragnhild Mølster, forsker ved Institutt for medievitenskap ved Universitet i Bergen, som gjennom flere år har forsket på dokumentasjonsprogrammet, påpeker at mønsteret er at selve saken skal "selge" og viktige aspekter, problematiseringer og motargumenter blir utelatt (Mølster 1996). Når dokumentasjonen er mangelfull og premissene ikke er holdbare, blir konklusjonene feil. "Rikets tilstand" kan på ingen måte betegnes som forskning, men har det felles med forskning at det som ideal skal etterstrebe å formidle sann kunnskap. En kan tenke seg parallelle forskningsetiske feiltrinn også innenfor forskningsverden.

En viktig etiske siden ved forskning, er hensynet til informantene. Idrettsbevegelsen vil alltid klare seg gjennom en "catch and release"- prosess fra pressen. Det er imidlertid viktig at mine informanter som enkeltindivider ikke sitter igjen med en følelse av å ha vært brukt, - for å holde meg til metaforen; for så å "bli sluppet ut igjen".

Videre kan samtalen aktivisere tanker og følelser hos informantene som kan være belastende og i verste fall skape negative reaksjoner i ettertid. Det kan dreie seg om å sette igang prosesser hos informantene som jeg ikke har mulighet til å følge opp. Derfor har jeg en forpliktelse til å kritisk reflektere over egen kompetanse m.h.t. fokusering, språklig og sosial interaksjon og en følsomhet overfor informantenes personlig rom (Olsen & Kjøppe 1996)(jfr. kap. 5.2). Imidlertid er min oppfatning at informantene var "sterke" på mange områder, og deres evne til refleksjon overrasket meg på mange felter. Flere ga uttrykk for glede for at noen viste dem interesse og var ute etter deres mening. Videre var de opptatt av selve saken. De ga uttrykk for at de var generelt sett fornøyd med sin tilværelsen sammenlignet med det erfaringer de hadde fra før, og så det som viktig at andre skulle få samme tilbud som dem.

### **6.3 Praktisk fremgangsmåte.**

Etter å ha fått godkjent prosjektplanen, søkte jeg Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), Helseregion III som tilrådte undersøkelsen (jfr. vedlegg). Jeg kontaktet medisinsk ansvarlig i bydelen hvor bofellesskapene var plassert. I en bydel fikk jeg til svar at i de aktuelle bofellesskapene var beboerne for syke. Jeg kommer tilbake til dette seinere i oppgaven (kap. 8.1). I en bydel fikk jeg ikke tilgang til noen bofellesskap på grunn av pågående personalkonflikter. Ellers var alle positive og ga tillatelse til å gjennomføre studien. Etter avtale med leder i alle bofellesskapene, hadde jeg tenkt at disse kunne distribuere informasjonsskriv til beboerne. For å hindre at det meldte seg flere enn jeg ønsket og hadde kapasitet til å intervju, gjorde jeg en slumpmessig, tilfeldig utvelgelse og gjorde forespørsel til de fire første på listen. I det første bofellesskapet fikk jeg fra lederen tildelt bare en informant. Når jeg kom til bofellesskapet og hadde gjennomført intervjuet, møtte jeg flere beboere som spurte hvorfor ikke de fikk være med. Det virket som om alle ikke hadde vært forespurt, og at personalet hadde plukket ut kun den ene. Også dette kommer jeg tilbake til seinere (kap. 8.1). For ettertiden inviterte jeg meg til et møte med beboerne etter at de hadde fått tilsendt informasjonsskriv. På dette møtet informerte jeg om studien; hensikten, anonymisering, taushetsplikt, hva som lå i informert samtykke, og svarte på de spørsmålene informantene hadde før jeg delte ut svarslipp med frankert konvolutt. Alle svarslippene forpliktet jeg meg til å oppbevare forsvarlig på avlåst sted, utilgjengelig for andre enn meg.

#### **6.3.1 Min rolle som forsker.**

Adgang til arenaer for forskning handler om mer enn de formelle godkjenninger. Overfor den enkelte informant ønsket jeg å bli oppfattet som en interessert utenforstående, ikke som en ekspert på det spesielle (jfr. kap. 2.4). Selv om jeg selv er "gammel" psykiatrisk sykepleier med klinisk erfaring fra feltet, og dermed kunnskap og erfaring på det generelle, ønsket jeg for egen del å inneha en rolle som nettopp ydmyk lytter og nysgjerrig spørrer. Jeg kunne få tildelt mange aktuelle roller som kunne virke inn på svarene. Med min faglige bakgrunn kunne jeg bli oppfattet som en representant for personalet, utleier (kommunen), helsevesenet eller andre offentlige etater. Til en slik rolle er det gjerne knyttet ulike kontroll- og vurderingsfunksjoner, som igjen kan føre til en større grad av selvsensur av hva den enkelte

informant vil si. Jeg kan også bli oppfattet som behandler, en rolle som igjen kan stilles svært mange forskjellige forventninger til ("problemløser", talsmann, alliert, avslører, den som er konfronterende, en som "er etter meg", den som sanksjonerer osv.), alt etter hvilke erfaringer den enkelte har med behandlingsapparatet. For meg var det en utfordring å i størst mulig grad klare å skape et tillitsforhold hvor jeg i størst mulig grad ikke blir oppfattet som annet enn det jeg oppfattet meg å være, nemlig en som ønsker å se virkeligheten ut fra "den andres" synsvinkel i størst mulig grad.

### 6.3.2 Utvalgskriterier.

Deltagerne til undersøkelsen ønsker jeg å velge ut etter følgende kriterier:

- **Beboere i bofellesskap i Bergen kommune for voksne mennesker med psykiske lidelser.** Etableringen av bofellesskapene er knyttet til et etablert prosjektsamarbeid, og brukergruppen er vurdert til å kunne trives og fungere bedre i bofellesskap enn i "ordinære" bomiljø. Dette indikerer også at utvalget representerer personer med en funksjonshemming av en viss alvorlighetsgrad. Videre har bofellesskapene mange uttalte ideologiske verdiforankrede fellestrekk som vektlegger frihet, frivillighet, ansvar og styring over eget liv, og personalets rolle er knyttet til hjelp og støtte mer enn obligatoriske opplegg og kontroll.
- **Funksjonsnivå som tilsier at de evner å kommunisere og reflektere over sin egen livssituasjon.** Dette betyr at informantene ikke skal ha uttalte tilleggslidelser som for eksempel demenstilstander, alvorlig psykisk utviklingshemming, svære konsentrasjonsvansker (alvorlig grad av angst over tid, mistenksomhet overfor fremmede osv.) etc. som vanskeliggjør en reell samtale.
- **Har bodd i bofellesskapet i minst 1/2 år,** fordi de skal ha opparbeidet seg en viss erfaring fra tilværelsen i bofellesskap. Dessuten vil de første følelsesmessige effektene av innflytting og den "nye" tilværelsen ha stabilisert seg.
- **Utvalget skal representere et bredest mulig del av beboerne med hensyn til oppfatning av sin tilværelse og livssituasjon.** Dette med tanke på at jeg ikke ønsker å ha kun de som i utgangspunktet er udelt positive til boformen. Også eventuelle "kritikerne" skal ha muligheter for å komme til orde.

- **Utvalget skal representere minst 4 forskjellige bofellesskap.** Dette for å få en viss bredde i utvalget og at informantene dermed også representerer ulike erfaringer og rammer i forhold til boformen.

### 6.3.3 Datainnsamling.

Samtalen og samhandlingen er det sentrale i forskningsintervjuet. De sentrale elementene i samtalen kan oppsummeres i følgende punkter: den rettes mot fortellerens livsverden, å forstå meningen, søke dybde og kvalitet, beskrivende samtaler, spesifikke beskrivelser, forutsetningsløs holdning, fokuseringspunkter, flertydighet, forandring, følsomhet, en mellommenneskelig situasjon og samtalen som en konstruktiv erfaring (Kvale 1979). Informant og forsker er subjekter som i dialog utforsker dialogens tema som er objektet. Målsettingen med samtalen er å klargjøre aktuelle tema i informantens opplevde tilværelse, som igjen knyttes til det teoretiske rammeverket i studien.

På bakgrunn av min førforståelse utarbeidet jeg en mest mulig åpen intervjuguide (jfr. vedlegg) med utgangspunkt i den teoretiske referanseramme, egne og andres erfaringer knyttet til problemstillingen, relevant forskning og utredningsarbeid med aktualitet til tema og egen livserfaring. Spørsmålene prøvde jeg å stille på en måte som i størst mulig grad motiveres ut fra ønsket om å vite og ikke ut fra et ønske om å få bekreftet det jeg allerede vet eller en spesiell teoretisk forankring jeg selv finner opportunt. Etter hvert som jeg fikk mer erfaring som intervjuer, justerte jeg intervjuguiden, spørsmålsrekkefølge og hvordan jeg formulerte meg. Alle intervjuene ble etter samtykke fra informantene tatt opp på bånd. Dette ga meg også mulighet til å ”avsløre” meg selv. Malterud påpeker at dette også kan bidra til å styrke validiteten av materialet (Malterud 2002).

Jeg har samtalt med 10 beboere. Antall samtaler med hver informant bygde på prinsippet om datas metning; når intervjueren/samtaleren opplever ikke at samtalen gir økt forståelse, avsluttes intervjusituasjonen (Kristoffersen 1998). Samtalene varte 50–60 minutter, og jeg hadde minst to samtaler med hver.

## 6.4 Tolkning av data

I praksis vil de siste fasene i en kvalitativ forskningsprosess foregå parallelt og gli over i hverandre (Repstad 1993). Teoretisk kan de skilles i 1) analysen, hvor data blir ordnet slik at de får struktur og dermed er lettere blir tilgjengelig for tolkning. 2) Tolkning av data er en begrunnet vurdering av data i forhold til problemstillingen som tas opp, og i forhold til det teoretiske rammeverket for undersøkelsen. 3) Diskusjonen er den teksten som skal formidle og drøfte den kunnskap som studien bringer fram.

Mine tolkninger skal ta utgangspunkt i deres opplevelser. Samtidig blir min oppfattelse og tolkninger påvirket av min førforståelse – sammen med min egen livserfaring (både som fag- og privatperson) (jfr. kap. 6.1.1 flg.). Dette danner en helhet som er styrende for min streben etter en forhåpentligvis dypere og ekte forståelse for deres opplevelse. En kritisk bevisst holdning til egen førforståelse og livserfaring, vil være et utgangspunkt for å i løpet av samtalen søke ny kunnskap. Ny kunnskap skapes i et samspill mellom helhet og del, mellom førforståelse og forståelse, i en prosess som beskrives som ”den hermeneutiske spiral” (Kristoffersen 1998). Det som er fremmed eller skjult blir gjort kjent og forståelig gjennom en dynamisk prosess som starter i det øyeblikket samtalen starter mellom informant og meg selv. Som forsker anser en seg som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter (Malterud 2002).

Data kan identifiseres som i hovedtrekk deltagerens egne forklaringer, tolkninger og oppfatninger. Videre var det historier og beskrivelser knyttet til konkrete hendelser, erfaringer og opplevelser. En del data var påstander av faktiske forhold, for eksempel alder, kronologiske historiske opplysninger og sosiale forhold. Dette danner en helhet, som sammen danner informantens fortelling om seg selv. Freuds psykoanalyse har vært utgangspunkt for utviklingen av et slikt narrativt perspektiv og kan forstås som utgangspunkt for denne tradisjonen (Råbu & Hytten 1998). Eksempelvis kan nevnes D. Stern, D.P. Spence, E. Levenson og ikke minst Paul Ricoeurs fokusering på forholdet mellom hermeneutikk og psykoanalyse, som alle er opptatt av fortellingen som det sentrale i et forsøk på å definere selvet og finne mening (Olsen & Kjøppe 1996). Det sentrale er ikke en historisk sannhet, men en narrativ sannhet. I denne studien er fokus på informantens opplevelse. Narrativene vil

være troverdige beskrivelser av deres opplevelser, og ikke nødvendigvis uttrykk for objektive sannheter.

Ricoeur beskriver to analysetilnærmelser; nemlig i benevnelsene ”troens -” og ”mistankens hermeneutikk” (Ricoeur 1970; Kristoffersen 1992). Sistnevnte har til hensikt å tilnærme seg fenomenene med en demaskerende og avkledende tone, en ser bakenfor fenomener og avslører at fenomener ”egentlig” er noe annet (og kanskje det motsatte) av hva de ser ut for. Ricoeur betegner Freud (og også Nietzsche) som ”gigantmistenker”, som i stor grad eksponerte menneskets illusjoner og mangel på selvinnsikt (Larsen 2003). Selv om en ikke i noen sammenheng kan skille disse tilnærmelsene, ønsker jeg bevisst å i størst mulig grad innta en ”troendes” posisjon, uten dermed å bli betingelsesløs naiv.

#### **6.4.1 Tolkning av intervjusituasjonen**

Jeg foretok selv intervjuene, for de fleste i deres egen leilighet, noen i fellesrom, men jeg åpnet i utgangspunktet opp for en annen ”nøytral” plass, alt etter hvilke ønsker informantene selv hadde. Det var viktig at vi hadde lokaliteter med mest mulig fred og ro, et sted hvor vi ikke blir forstyrret under intervjuet. Samtidig var det viktig at informantene følte seg hjemme. Informantenes livsverden skal være i fokus. Det er den enkelte informant som er spesialist på sine opplevelser, og det er disse jeg ønsket å få innblikk i (jfr. kap. 2.4).

Tolkningen av data er en prosess som starter ved den første kontakt. Min evne til å kunne skape et optimalt klima under samtalen vil virke inn på hva informantene ønsker og velger å formidle. Den tillit som må være til stede for å få dybde, er det intervjuerens ansvar å skape. I tillegg til informantenes direkte uttalelser, var også mine observasjoner og sanseintrykk gjennom hele intervjuprosessen med på å gi viktig informasjon (mimikk og nonverbale uttrykk, pauser, stemmebruk, følelsesuttrykk, fysiske og sosiale faktorer o.s.v.). Disse kan samsvare og forsterke det verbale uttrykk, evt. stå i et motsetningsforhold eller være nøytrale i forhold til dette. I umiddelbar tilknytning til hvert enkelt intervju skrev jeg ned slike subjektive inntrykk.

Samtalens dybde er avhengig av i hvilken grad informantene aksepterer min oppfordring til fortrolighet og tillit (Fog 1992). Samtalen er et middel for å oppnå personlige utsagn om både



personene selv og deres livsverden. De spørsmål jeg stiller, er av en slik art at jeg muligens ville stilt dem til mine venner, men neppe til folk jeg ikke kjenner. Jette Fog (op.cit.) sier, med henvisning til Løgstrups begrep "urørlighets-zone", at det kvalitative forskningsintervju overstiger de gjengse konvensjoner for hva en kan spørre et ukjent menneske om. Jo bedre kontakt, jo mer ærlighet og fortrolighet, jo bedre og dypere blir samtalen.

En slik samtale bærer i seg mange av de samme elementene som en finner i den gode kliniske kommunikasjon (Fog 1992; Killingmo 1999). Forskjellen er at som klient kommer vedkommende til terapeuten, mens i denne sammenheng kommer forskeren til intervjupersonen, og informanten sier ja til å delta av generøsitet. Likhetene er spesielt knyttet til de kommunikative aspektene i samtalen. Killingmo (op.cit.) henter et eksempel fra Ingmar Bergmans bok/film "Enskilda samtal" med henvisning til samtalen mellom Anna og konfirmasjons-presten farbror Jacob, hvor analogt til den kliniske samtalen det sentrale er den gjensidige, affektive og kontinuerlige signaliseringen som pågår. Denne er bevisst og ubevisst, verbal og nonverbal. En kommuniserer med hele seg, sier Killingmo, og bringer alltid med seg sin selvfølelse. I denne meldingen og tilbakemeldingen er behovet for bekreftelse det sentrale – et signal som melder at du er god nok som du er, du blir tatt imot.

#### **6.4.2 Tolkning av tekst**

Samtalene ble fortløpende nedskrevet som tekst og notatene jeg gjorde etter hver samtale, ble inkorporert som en del av teksten. Samtidig gjorde jeg tolkningskommentarer som igjen var retningsgivende for identifisering av informantens meninger gjennom fortellingene. Utfra disse kom ulike mulige temaer til uttrykk. Disse ble korrigert etter ytterligere gjennomhøringer av hver samtale og gjennomgang av de skrevne tekstene. Den ene samtalen ble sett i sammenheng med den neste, den ene informantens budskap ble sett i sammenheng med den forrige, og således ble opplevelser og erfaringer som var samsvarene mellom informantene hentet fram. Samtidig ble ulikheter og det spesielle identifisert. Det ble en veksling mellom deler og helhet, og mellom førforståelse og forståelse i en spirallignende bevegelse (Kvale 1979). Forskningsprosessen beskrives ofte som en hermeneutisk sirkel, men et bedre uttrykk er nok altså en hermeneutisk spiral (Kvale 1979; Kristoffersen 1992; Kristoffersen 1998). Tolkningen ble under hele prosessen utsatt for kritisk refleksjon, både i forhold til de teoretiske rammene og den forståelsen tolkningene gav.

Hele materialet ble i analysen samlet i 3 hovedtemaer, slik de er beskrevet i del VI (jfr. kap. 7.0). Etter ytterligere gjennomgang av samtalene, ble undertema identifisert under hvert hovedtema. Tolkningene ble skrevet ut som tekst med utgangspunkt i informantenes utsagn som eksempler. Disse er således illustrerende for de meningene som jeg tolker de formidlet, både av generell og spesiell karakter.

### **6.4.3 Vitenskapelig tolkning av data**

I den vitenskapelige tolkning blir data, som forutsetter en mest mulig åpen og forutsetningsløs registrering av den mening som forskeren tillegger aktørene, koblet til forskerens repertoar av teoretiske begreper og perspektiver til bruk for fortolkning (Repstad 1993). Å fortolke er å tilegne seg tekstens intensjoner og forstå dens mening (Ricoeur 1999). I denne oppgaven har jeg ikke valgt ut en spesiell teori eller teoretiker, men et teoretisk rammeverk som antas å være aktuelt i tilknytning til problemstillingen, slik det fremstilles i del III. De teoretiske begreper og perspektiver er ikke ment som separate, men som et helhetlig teoretisk bakteppe i hovedsak på metateoretisk og teoretisk nivå. En intern koherens har vært et ideal (jfr. kap. 2.8).

## **DEL V: PRESENTASJON AV DATA, ANALYSE OG DISKUSJON.**

### **7.0 Opplevelser og erfaringer beboerne har av tilværelsen i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.**

Jeg vil i de to neste kapitlene jeg presentere data, analysere dem slik at de får en viss struktur, tolke dem på bakgrunn av problemstillingen i forhold til teoriene jeg har valgt, for så å diskutere funnenes betydning. Imidlertid vil disse fasene i stor grad flyte over i hverandre, slik også Repstad påpeker (Repstad 1993).

I det følgende beskriver beboerne sine opplevelser og erfaringer ved å bo i bofellesskap. Som nevnt innledningsvis, oppfatter jeg i utgangspunktet opplevelser og erfaringer som h.h.v. overveiende affektive og kognitive, men med en klar sammenheng mellom dem. Informantenes fremstillinger i dette kapittelet inneholder både opplevelser og erfaringer. Imidlertid var det flere av dem, slik jeg oppfattet det, som hadde problemer med å uttrykke opplevelser med sterkt affektivt innhold, særlig omkring tema som traumatiske barndomsopplevelser, tvangsinnleggelses og andre opplevde nederlag i løpet av livet. Det kom til uttrykk ved at de snakket lavt, sakte, hadde uttalte eller uuttalte problemer med å uttrykke seg eller mer eller mindre direkte sa at de ikke ville snakke om det. Det var viktig for meg å ikke være invaderende overfor dem ved å presse de til å snakke om noe de ikke ønsket å fortelle.

Jeg har i hovedsak valgt å gjengi sitater som er generelt representative for det budskapet jeg mener informantene formidlet innenfor en tematisk inndeling. I noen situasjoner har det vært viktig å presentere enkeltsitat der det spesielle i den enkeltes opplevelser og erfaringer er utgangspunktet; altså belyse motsetninger.

Alle navn, adresser og stedsbetegnelser er konstruerte og således anonymisert. Ellers er sitatene gjengitt slik de var uttrykt, på deres egen dialekt. Jeg er imidlertid vel vitende om at en kan kritiseres for dette, fordi det kan være vanskelig å yte en dialekt rettferdighet i skriftlig form; det kan lett bli noe etnosentrisk og nedlatende som kan få informantene til å stå fram som naive, eksotiske og festlige (Repstad 1993). Jeg presiserer at det slett ikke er min

intensjon. For meg er det et uttrykk for en beskrivelse av levende personer, i et miljø og med en muntlig, til dels frodig uttrykksform, som også var nært knyttet til den enkelte beboer.

Sitatene er gjengitt i kursiv skrifttype. Deltakerne er presentert med alder etter sitatene. De ti informantene kom fra fire forskjellige bofellesskap, representert med 1 + 2 + 2 + 5 personer.

Resultatene blir presentert i tre hovetemaer; forholdet til seg selv, forholdet til andre og til å ha et eget territorium. Under hvert av disse identifiseres undertemaer, som utgjør underkapittel i teksten. Utfra disse identifiseres flere grunntemaer som gjengis avslutningsvis i underkapitlene. I oppsummeringen (kap. 7.4) avslutter jeg med en tabell hvor disse gjengis.

## **7.1 Forholdet til seg selv.**

Tidligere i oppgaven har jeg skrevet en del generelt om tenkningen som ligger til grunn for psykisk helsevern og sykepleie. Dette fordi tenkningsgrunlaget påvirker det menneskesynet en har, som igjen er styrende for hvordan en forholder seg til den kunnskap som kommer til uttrykk i teoriutvikling på ulike nivå. Dernest påvirker det handlinger og holdninger i møtet med den psykisk lidende. Imidlertid virker menneskesyn i flere retninger. Vanligvis tar en utgangspunkt fra helsearbeiderens ståsted overfor den/de psykisk lidende og de rammene de lever innenfor. Men ens menneskesyn innbefatter også ens syn på seg selv som person og som profesjonell helsearbeider. I denne oppgaven fokuserer jeg på mennesker med psykiske lidelser i bofellesskap. Et element i dette var å få et innblikk i deres syn på seg selv og sin livssituasjon. Altså er utgangspunktet informantenes ståsted.

### **7.1.1 Årsaken til lidelsen.**

Tidligere i oppgaven har jeg presentert en dialektisk forståelse av psykiske lidelser utfra et metateorisk nivå (kap. 2.6) og utfra organiseringsprinsippet på et teoretisk nivå (kap. 4.2). Alle informantene ga i ulik grad uttrykk for en egen forståelse for hva de mente var bakgrunnen for hvorfor de var blitt psykisk syke. Flere av dem tok opp temaet i en sammenheng hvor vi enten skulle avslutte samtalen, eller i en fase hvor samtalen var preget av stillhet og refleksjon etter at noe var ”ferdigsnakket”. Det kunne virke som om det var noe

de måtte betro meg, noe jeg burde få vite. Jeg tolker det som uttrykk for at de trengte litt tid til å prøve ut om jeg kunne oppfattes som et individ de kunne ha et minimum av tillit til meg, - en som hadde gjort seg verdig for det. Det hadde mer karakter av å være ”betroelser” enn konkrete svar på spørsmål jeg som intervjuer stilte. Jeg tenker at når disse betroelsen kom, kan det forstås som en type tillit som bunner i en aksept av intervjueren som en legitim autoritet hvor informanten godtar at jeg ”bør” få det jeg er ute etter (jfr. kap. 3.2.1). Videre er dette den store utfordringen for en intervjuer i en slik samtale å skape ”åpnende” samtaler (jfr. kap. 6.4.1). Dette var imidlertid det tema som gjennomgående aktiverte de følelsesmessige mest vanskelige og såre minner:

*”Ja eg har vært på Solhøgda og – tvangsinnlagt for mange år siden. Nei det va’ en trist sak. Det va jo politiet så fikk meg innlagt. Eg prøver å ikkje tenke på det, for eg blir trist av å tenke på det.” (55 år)*

Selv om mange av informantene mer eller mindre direkte antydte en barndom og oppvekst preget av både mangelfull faseadekvat emosjonell selvbekreftelse og konflikter i tidligere relasjonelle forhold (jfr. kap. 3.1), var dette et område jeg ikke gikk nærmere inn på uten at informantene selv ønsket å snakke om det, både av etiske, metodiske og fordi det tematisk ved første øyekast falt utenfor oppgaven (jfr. kap. 6.2/6.3.3). Jeg var på den andre siden oppmerksom på at jeg ikke måtte virke avvisende hvis de ønsket å snakke om det. Samtidig oppfatter jeg at deres refleksjon omkring sin egen lidelse og hvordan de kunne forstå bakgrunnen for denne, var en vesentlig del av forståelsen av eget selvbilde og viktig for dem å presentere. Flere avdekket en sårbarhet som på enkelte områder på meg virket hudløs. Hver og en av dem hadde sin egen historie som var unik og som for dem inneholdt både defekt- og konfliktproblematikk.

Imidlertid fortalte alle om en spesiell opplevd traumatisk hendelse som de mente førte til et sammenbrudd eller krise i deres liv:

*”Eg hadde litt mye på meg på en gang. Eg gikk på skole og så hadde eg jobb på dagtid og så holdt eg på med sertifikatet, - og då ble eg litt dårlig. Det ble litt for mye – eg hadde litt for mye på meg, ... og så måtte eg te psykolog.... det blir ble litt mye tenking kanskje. Og så har du ikkje helt kontrollen vet du. Det var jo sånn når eg gikk i 9. klasse – eg fikk nokke der og...” (35 år)*

*”Nei det vet eg det. Det va’ militærtjenesten det. Eg va’ jo ikkje der lenge, når eg då liksom kom hjem, då hadde eg ikkje nokke fast, eller visste ikkje ka eg skulle ta meg*

*te'... så skjedde det fordi eg tenkte eg sku' ta utdanning og verve meg i militæret – et år å så slippe unna med lite lån og sånn, - fikk betaling. Alt gikk liksom på rygg... Ja det var hardt. Eg va' 18 år og uforberedt på verden og kordan det va' antageligvis". (39 år)*

*".... Men så va' eg i militæret etterpå. Va' sammen med en jente.... Men så når eg kom tilbake igjen, då skar det seg litt og eg ble dårlig. Etter det kan du si at det har vært litt sånn frem og tilbake liksom. Eg har ikkje vært helt frisk. Eg har alle de årene hatt angst og sånn. Eg bodde hos foreldrene mine før eg ble lagt inn, og det va' liksom ting eg syntes va' litt tøft, litt forskjellig folk og sånn, - eg va' littegranne redd då – eg følte meg litt aleine. Når eg flyttet i leilighet, va' eg redd og reiste ofte tilbake te' min mor og de...." (40 år)*

*"Eg ble så sjuk fordi eg ble utsatt for en trafikkulykke då eg va' fem år. Det va' en postbil så kjørte på meg og traff meg midt i hovve med skjermen sånn at eg fikk et kraftig slag. Eg tror det e' det så grunnlaget for at eg fikk problemer og ble syk seinare i livet. Det e' i alle falle min mening om det, men eg vet ikkje helt sikkert sjøl. Eg har jo en bror så også e' syk, og han har ikkje vært utsatt for en trafikkulykke, så det kan jo hende at det liggar nokke arvelig i familien." (41 år)*

*"Det gikk sånn døgnet rundt for meg. Eg snudde døgnet og i det hele tatt. Så då ble det Fluaxol og Seroxat. Det var nok en blanding av brakkesyke og litt til. Det va mange forhold. Oppveksten min var jo flytting hele veien. Det va' sikkert mange ting så kolliderte samtidig – en kombinasjon". (38 år)*

Denne doble attribuering av årsaker som sitatene viser, gikk igjen: en aktuell utløsende hendelse, og antydning om en sårbarhet fra barndommen av. Den aktuelle hendelsen kan i og for seg karakteriseres som allmenne og normale hendelser i menneskelige utvikling. At disse hendelsene oppleves som avgjørende for den enkeltes fremtid, kan forstås ut fra at de fant sted i en fase av livet som for den enkelte var avgjørende. Det var hendelser som opptrådte i en periode hvor de selv, og omgivelsen rundt dem, forventet mestring, selvrealisering, uavhengighet; kort sagt utviklingen av personlig autonomi (jfr. kap. 2.4).

En av dem fortalte at etter mange år på psykiatrisk institusjon, fikk han tilbud om å flytte i bofellesskap. Moren synes det var fint, mens faren mente han burde flytte i egen ordinær leilighet. Han fortalte at faren sa at han hadde for lite å gjøre på, for lite å tenke på og at han burde begynne på skole igjen. Han var imidlertid selv helt klar på at – som han sa:

*"Eg vet kor mye eg tålar og sånt. Blir det for mykje, blir eg dårlig. Eg har jo litt å tenke på". (35 år)*

Beskrivelsen av faren kan forstås som et eksempel på en høy grad av Expressed Emotion (EE); altså et psykososialt miljø preget av kritiske kommentarer, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering (jfr. kap. 4.1).

Det kan også handle om forholdet mellom bekreftelser en får i hverdagen og hva en har med seg av oppspart ”kapital” av selvbekreftelser fra tidligere (jfr. kap.3.1). Altså kan en orientere seg om et individs selvaktelse ved å bestemme kvaliteten av den tidlige selvoppfatningen og hvilke forhold som har medvirket til å skape denne, hvilke måte denne kommer til uttrykk gjennom individets adferd seinere i livet og vurdere hvilken ”inntekt” av positiv selvbekreftelse individet har i sitt miljø nå (Nordby 1987). Jeg kommer tilbake til hvordan informantene opplever tilværelsen i bofellesskapet i forholdet til en slik bekreftelse (kap. 7.2.4).

Videre var det et misforhold mellom andres, i dette tilfellet fars, forventninger og ønsker for han og det han selv følte han hadde ressurser til (kap. 2.5). Hans klart uttrykte mening om at han visste hva som var best for han selv og at han ikke ville la seg presse til å ta hensyn til andres mening om hva han burde gjøre, forstår jeg som et viktig og godt eksempel på autonomi, brukermedvirkning og empowerment utfra egne forutsetninger og premisser (kap. 2.2, 2.4). Det blir således viktig å ta hensyn til de ressursene og begrensningene han har, basert på hans egne erfaringer, slik at han fortsatt har en opplevelse av selv å ha kontroll over avgjørelser som angår han selv. Dette kan oppfattes som maktstyrking og vil igjen være et viktig tertiærforebyggende tiltak (kap. 2.3).

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til årsaken til deres lidelse kan beskrives i følgende grunntema:

- **Den vanskelig barndom.**
- **Den traumatiske hendelse.**
- **Å kunne styre eget liv.**
- **Å bli bekreftet.**

### 7.1.2 Å være pasient.

Verken i utgangspunktet eller i samtalene hadde jeg fokus på diagnoser. Jeg hadde dessuten med meg en forforståelse hvor jeg bevisst ikke fokuserte på dikotomien syk versus frisk, selv om jeg visste at inngangsporten til bofellesskapene var en faglig vurdering av den enkelte beboer som tilsa at en ikke kunne klare seg i egen bolig på grunn av en alvorlig psykisk lidelse.

Informantene tillat seg uten unntak en pasientrolle og oppfattet sin lidelse som en vesentlig del av sine liv.

*”Når eg flytta inn her så va’ eg jo så sjuk at eg liksom ikkje hadde helt tro på at det skulle gå...” (39 år)*

Gjennom en rekke nederlag med traumatiske opplevelser og erfaringer, hadde informantene smertelig kjent lidelsens alvorlige konsekvenser, hvor mangel på mestring var sentralt.

Informanten som følte at far satte andre og for han selv urealistiske forventninger til seg, kan være et eksempel på dette. I denne prosessen blir problemet noe separat i forhold til han selv, eller til det forholdet som har fått tilskrevet seg problemet. Ved å legge problemet, lidelsen eller diagnosen, utenfor personen, frigjøres personen fra problemets negative betydninger eller stigmatiseringer, og personen gis mulighet til å forholde seg til problemet på en ny måte. Flere av informantene tolker jeg dithen at de nettopp uttrykte en slik holdning til sin lidelse, ved at de plasserer den utenfor sitt ansvarsområde. Fars forventninger til han, og hans ønsker for han var personifisert i far, mens han selv så det som vesentlig å sette sine egne grenser. De kan dermed på en måte ta opp kampen og å bruke sine ressurser mot problemet, henimot økt selvstendighet og mestring. Men det kreves at visse forutsetninger er til stede og at disse er blitt en integrert del av deres selvoppfatning:

*”Men eg har jo lært mykje om det der... du må ha en viss mengde med arbeid, du må ha kvile, du må sørge for at du må få sove om natten.... Det e’ mange sånne ting som det har tatt lang tid, men du har jo lært et sånt system liksom, og vet kor grensen går og no må du ta det med ro neste uke” (39 år)*

Det handler om mestringsmåter som er blitt en del individet.



At de bodde sammen med andre som hadde en psykisk lidelse, opplevde mine informanter ikke som et problem i seg selv. En kunne tenke seg at de opplevde det som stigmatiserende overfor omgivelse. Dette var ikke tema. Tvert i mot opplevde flere at internt i bofellesskapet var dette noe som var trygt, nettopp fordi det igjen sikret de selv ved at det var en viss takhøyde i forhold til adferd som de ikke hadde opplevd når de bodde i egen leilighet. Det var en gjensidig forståelse.

*”... vi e’ jo alle sammen kan du si i samme båt alle sammen.... det har jo skjedd at politiet har vært her og kjørt folk på Solhøgda sykehus og sånn, men alle skjønner ka’ det dreier seg om, så det blir bare med det.” (55 år)*

Imidlertid var det en annen situasjon som flere av informantene trakk frem som spesielt vanskelig, nemlig når en medbeboer utviste truende og utagerende adferd.

*”...han så bodde der ble heven ut fordi han kom inn å trøkte te’ meg. Eg stod på kjøkkenet og skulle lage noe mat og vaske opp og sånn. Så kom han å trøkket te’ meg midt over tryne. En svær gusse..... Vi kan’kje ha sånne typar her med oss.” (41 år)*

Som flere av dem fortalte, virket det som om de hadde stor forståelse og toleranse for avvikende adferd beboerne imellom. Imidlertid gikk det en klar grense med vold. Flere uttalte at fordelene med å bo i et bofellesskap i forhold til erfaringer de hadde fra institusjoner, var at i slike situasjoner satt de spesielt pris på muligheten til å trekke seg tilbake til sin egen leilighet, låse døren og dermed ha den som ”en trygg havn” (jfr. kap. 7.3.1).

Selv om en psykisk lidelse var bakgrunnen for at de var plassert sammen i et bofellesskapet og dermed gjorde dem til en samling; det vil si at de var samlet på bakgrunn av at de alle hadde en psykisk lidelse, var det andre ting som gjorde dem til en gruppe og skapte en gruppetilhørighet (jfr. kap. 3.3). Det som virket samlende, integrerende og som var de virksomme faktorene som skapte denne gruppefølelsen, var initiativ, interesser og aktiviteter som ikke hadde et institusjonelt preg og som foregikk delvis utenfor bofellesskapets offisielle program (arbeidsfellesskap, turer, reiser, besøk og andre spontane aktiviteter).

Informantenes opplevelser og erfaringer i tilknytning til de å være pasient kan sammenfattes i følgende grunntema:

- **Lidelsens begrensninger.**
- **Stressfaktorer og mestring.**
- **Toleranse og stigmatisering.**
- **Frykt for aggresjon.**

## **7.2 Forholdet til andre.**

Mitt utgangspunkt er antagelsen om at interaksjon med andre er et grunnleggende behov i menneskelig tilværelse (jfr. kap. 4.1). Utfra både sosialpsykologisk og psykoanalytisk teori er dette sentralt allerede i dannelsen av vår personlighet, og vil være en vesentlig faktor for hvordan vi seinere mestrer mentale belastninger (jfr. kap. 2.5, 2.6, 4.1, 4.2). I denne sammenheng er fokus rettet mot beboeres her-og-nå-situasjon, og på deres opplevelser og erfaringer av relasjoner i sin daglige tilværelse. En relasjonell menneskeforståelse bryter med moderne oppfattelse om mennesker som atskilte autonome individer (Løgstrup 1991; Johansson, Ohldieck et al. 2001) (jfr. kap. 2.4).

### **7.2.1 Nærhet, - på avstand.**

Nærhet handler bl.a. om å være knyttet til andre, om en opplevelse som gir en følelse av trygghet og romslighet fra omgivelsene. Det betyr at en føler seg vel og hjemme i hverdagen, og har sin motsats i ensomhet og rastløshet. I denne sammenheng har det sitt utspringer i sosiale relasjoner, samtidig som dette henger nøye sammen med nødvendigheten av deltagelse på arenaer som muliggjør en slik tilknytning. En av grunntankene med bofellesskap er nettopp å skape en slik arena (jfr. kap. 3.3).

*”No e’ det vel en god del kontakt med de andre så bor her. Det blir jo gjerne mer på de mandag- og onsdagskveldene når det e’ folk her og vi sitter i stuen alle sammen... no vil eg si det mer sånn at vi prater litt når vi treffes i gangen og .... enn det va’ til å begynne med.”(39 år)*

Uttalelsen representerer noe som kom til uttrykk hos flere av beboerne, nemlig at den viktigste arena for tilknytning var arrangerte fellesaktiviteter. Folkestad påpeker faren som

ligger i at disse kan oppleves som ”påtvunget fellesskap” (jfr. kap 3.3), mens informantene oppfattet disse fellesaktivitetene som frivillige og naturlige fellesskap. Dette var en vesentlig positiv faktor som de opplevde i bofellesskapet. Uttalelsen signaliserer at mange opplevde initiativet fra personalet som nødvendig og viktig. De fleste hadde negative erfaringer med å ha egen leilighet, og mange husket tilbake på det med en følelse av ensomhet:

*”Og så hadde eg en leilighet i Haugen en stund, men eg va’ litt redd der, eg følte meg litt aleine.” (40 år)*

*”Eg har jo tenkt mye på at selv kunne eg jo ha fløttet for meg sjøl, men det e’ jo lett for å bli endå mer isolert.” (39 år)*

*”.... når du bor i vanlige borettslag, så blir en nærmest isolert kan du si, og så dette er en grei måte... å så har vi fellesmiddager nere, og så har vi felles kos om lørdagene kan du si, og så e’ det hele tiden et eller annet så skjer..” (55 år)*

Informantene hadde generelt liten kontakt og ikke noen tilknytning til sitt tidligere sosiale nettverk, selv om flere hadde tidligere vært til dels svært aktive innen f.eks. idrett. Når jeg spurte om de hadde et ønske om å gjenoppta denne, var det ingen som kunne tenke seg det.

*”Nei eg bare trenar på egen hånd. Eg skulle jo ha vært med i et miljø, men det e’ no så.” (35 år)*

Tilknytningen de hadde gjennom bofellesskapet, gjennom vernet arbeid og dels gjennom behandlingsapparatet utenfor boligen (primærlege, dagtilbud, poliklinikk og psykiatrisk sykepleier i bydelen), opplevde de som tilstrekkelig. Frykten for å ikke mestre nye og utfordrende sosiale situasjoner, som i mange tilfeller hadde sammenheng med tidligere negative erfaringer, medførte at tryggheten i de tilbudene de hadde gjennom de organiserte tiltakene, var tilstrekkelig.

*”Eg har jo et miljø på jobben då, - og så her og så hjemme hos foreldrene mine. Så det e’ nok.” (35 år)*

Frykten for å bli stigmatisert, var angitt som en viktig grunn. Flere hadde erfaring med at når de hadde bodd i vanlig leilighet, var toleransen for avvikende adferd svært lav.

*”Forståelsen for problemene mine ja.... Mens der eg bodde før va’ det ikkje et sånt syn. Der va’ en sprøyta gal, klin idiot og eg vet ikkje alt... Det slipper eg her, for vi e’ i samme båt alle sammen.” (55 år)*

At de var i samme båt, betydde også at de hadde toleranse for at andre hadde det vanskelig i perioder, samtidig som de opplevde en trygghet og romslighet for at når - og hvis - de selv skulle bli dårlige, ville det bli møtt med forståelse: *”... alle skjønner ka det dreier seg om, så det blir bare med det.” (55 år)*. Denne forståelsen fra miljøet, var viktig for opplevelsen av tilknytning og dermed sosial støtte, som igjen påvirker ens subjektive opplevelse av livskvalitet (jfr. kap. 5.1.3). Motsatsen og det flere fryktet, var ensomheten.

En annen grunn for at de var selektive i forhold til hvilke miljø de ønsket å identifisere seg med, var at flere hadde opplevd et sosialt nettverk som de mente var destruktivt for dem. Flere hadde negative erfaringer med miljøer med alkoholmisbruk:

*”Eg va gift. Men så døde hon 47 år gammel, så eg kunne ikkje bo der lenger på grunn av at eg fikk så mye gode råd om at eg måtte ta meg en pils, eg måtte ta meg en dram – eg va avholdsmann – det ble så voldsomt ska’ eg si deg at eg gjorde forsøk på selvmord – ble sendt på sykehus med pumping og så sydde de igjen...” (55 år)*

En annen av informantene fortalte at han hadde spilt fotball på relativt høyt nivå:

*”Du skjønner det at det va’ mykje alkohol.... det ble for tøft for meg i lengden..” (40 år).*

Dette medførte for hans del at det var utelukket for han å oppsøke fotballmiljøet og tidligere kamerater igjen. Han fortalte at når han møtte tidligere idrettskamerater, var ”gå ut og ta en pils”-situasjonen vanlig, og det endte ofte med fyll. Flere av informantene var svært bevisste på slike kjennetegn som karakteriserte nettverk som de mente var destruktive sosiale fellesskap for dem.

Selv om de overveiende ga uttrykk for å være tilfreds med å bo i bofellesskap og den tilknytning de opplevde der, var det flere som uttrykte at de kanskje lengtet tilbake til institusjon, og det hadde vært lettere for dem.

*"...det e' en sånn prosess då, fra Tyttebærhaugen der det va litt tryggare til å liksom det å skulle klare seg litt sånn sjøl." (40 år)*

*"... eg har tenkt også mange gangar på det at det sku' vært godt å vært på institusjon og sluppe alle problem ....". (52 år)*

Med utgangspunkt i dette, tenker jeg at det grunnleggende problemet mange av informantene ga uttrykk for, var en bekreftelse på at de hadde vanskeligheter i forbindelse med sosiale ferdigheter; å opprette nye og vedlikeholde gamle kontakter (kap. 5.1.3). Tilværelsen i bofellesskap var for noen av dem på grensen av det de følte de kunne mestre.

Kontakten med de de bodde sammen med karakteriserte de som god, men distansert. Problemet oppstod når en følte at andre beboere ønsket og handlet på en måte hvor nærheten ble opplevd som truende nær. Dette var også grunnlag for en konflikt i et av bofellesskapene.

*"Til tidar kan han vere litt plagsom.... han e' litt masete. Men eg har fått hjelp av de nere (personalet), så no klarar han å styre det greitt stort sett." (38 år)*

For øvrig slo det meg at de som gruppe var stort sett svært positive og lite kritiske i sin beskrivelse av personer i nettverket sitt, det være seg det profesjonelle så vel som det private.

*"Men eg må si det at eg e' grådig begeistret over at de tar seg så godt av oss de så jobber her" (41 år)*

Informantenes opplevelser og erfaringer i forhold til "nærhet, - på avstand" kan beskrives i følgende grunntema:

- **Arrangert nærhet.**
- **Vegring for nærhet.**
- **Frykt for ensomhet.**
- **"Farlige" relasjoner.**

## 7.2.2 Bekreftelse i sosiale relasjoner.

Å delta i ulike arenaer kan medføre at en øker mulighetene for å bli sosialt integrert. Når mennesker opplever at en har felles interesser med de som utgjør det sosiale nettverk, - eller rettere; i de sosiale nettverk en inngår i, utveksles informasjon og ideer med personene som inngår i disse, og en deler tolkninger av felles erfaringer. Derigjennom blir en sosialt integrert i nettverket. Disse relasjonene er også en kilde til vennskap og det åpner for muligheter for å utveksle tjenester. Likeledes er nettverket en base for sosialt engasjement og sosiale aktiviteter. Fravær av en slik integrasjon fører til en opplevelse av kjedsomhet og isolasjon (jfr. kap. 4.1).

De fleste informantene fremhevet viktigheten av å ha flere arenaer hvor de inngikk i et fellesskap.

*"Du kan jo si tryggheten,... de tre firkantene: boligen min, jobben min, personalet og så har du lege og psykiatrisk sykepleier på utsiden." (39 år)*

*"Eg har jo et miljø på jobben då, og så her og så hjemme hos foreldrene min, så det e' nok det." (35 år)*

*"Ja eg holder for det meste meg her i leiligheten, i båtforeningen og på jobben." (55 år)*

Noen av dem mente at det var nok med de arenaene de hadde, mens flere uttrykte ønske om flere steder de kunne ha kontakt med andre. Spesielt gjaldt dette de som ikke hadde noe særlig kontakt med nær familie. Som tidligere nevnt, vet vi en del om at mange med langvarige psykiatriske lidelser ofte har et vanskelig forhold til den nærmeste familien (kap. 2.1, 3.3).

Sørgaard (kap. 3.2) skiller mellom *sosial kontakt* og *sosial integrering* og påpeker at det er en asymmetrisk relasjon mellom dem. Det vil si at en person kan treffe mange mennesker, men oppleve at dette likevel ikke imøtekommer ens egen behov for kontakt. Det er således de opplevde kvalitative aspektene i relasjonene som er avgjørende. Hustad (kap. 3.2) gjorde en tilsvarende distinksjon mellom en *samling* og en *gruppe*. Informantene selv opplevde at de hadde en spesiell gruppetilhørighet med de de bodde sammen med. Dette var vesentlig i forhold til deres subjektive opplevde livskvalitet. Selv om deres beskrivelse av innholdet i

deres relasjonelle forhold dem imellom var nokså annerledes enn slik teorien beskriver, var deres opplevelse av å være sosialt integrert tydelig. Når jeg ba dem beskrive innholdet i deres kontakt med de andre til daglig, svarte de f. eks.:

*”Jaaa... – ikkje så grådig mye kanskje. Men vi møtes i fellesstuen og – Ole e’ ofte i fellesstuen – vi snakkes på fellesstuen og når personalet e’ der så samles vi alle sammen der inne og så drikkar vi te og bakar skillingsboller av og te, eller så lagar nokken rundstykkar eller et eller annet.... Men med det samme personalet begynte her, då laget vi ofte rundstykkar og skillingsbollar og masse mat og... Etter kvart så tiden gikk så ble det mindre og mindre ut av det.... (41 år)*

*”Nei vi har ikkje gjort det sånn helt utenom... altså det har blitt sånn mye personalgreie sånn om onsdagen. Enten blir vi kjørt på senteret på disse pizza og hamburger.... og sånt”. (38 år)*

*”Det så e bra her det e’ at det e’ personalet her til stede då. Hvis det ikkje det va’ personal så tror eg alt hadde glidd utover. Så det blir litt mer orden på ting her. Og så drar vi ofte inn te senteret på ettermiddager og ser oss litt om og kjøpar hamburgere og sånt for eksempel. Og så går vi turar bort te bensinstasjonen og .. og så de så jobbar her e’ greie folk.” (40 år)*

Som vi ser er personalet svært sentral i oppbyggingen av det de forbinder med sosial integrasjon. Spesielt viktig er mer eller mindre arrangerte samlinger på initiativ fra personalets side. Særlig situasjoner knyttet til mat og måltider var viktige felles interesseområder.

En av informantene fortalte en liten historie som er illustrerende:

*”Ja eg såg jo det kor mange år det gikk før det for eksempel plutselig kom han ene så bodde oppe og spurte en dag det ikkje kom nokke på jobb, og spurte om ikkje meg og han kunne gå en tur opp på bensinstasjonen å kjøpe en pølse eller.... Eg syns det var veldig flott at naboen tok initiativ, og at vi ikkje absolutt skulle ha nokke personale med oss då. Ikkje for det at det e’ nokke problem, vi har jo veldig sånt voksent kameratslig forhold til de så jobbar her.. et kameratslig forhold vil eg jo si det sånn at for eksempel så en turkamerat om søndagen for eksempel.. ” (39 år)*

Selv om historien var tilbake i tid og i utgangspunktet en engangforeteelse, uttrykker den noe som kan forstås som utgangspunkt for å bygge opp et vennskap, et lite nettverk med en sosial aktivitet, noe det også etterhvert ble. De hadde begge bodd i bofellesskapet i 6 år. På direkte spørsmål fortalt vedkommende at den andre i det siste hadde tatt initiativ flere ganger overfor han til å gå turer sammen:

*”Det e’ vel mest Ole og meg så drar på ettermiddagen og kjøpar oss mat og forskjellig..” (40 år)*

De fleste hadde hobbyer og fritidsinteresser, som for eksempel idrett, radiosending (kortbølge), husdyr (flere hadde katt), bil og båt, og dette var aktiviteter de stort sett drev med uten at andre var involvert i det. Det var et valg de gjorde.

*”Eg har faktisk ikkje det problemet at eg blir sittende isolert her. Det e’ litt opp te deg sjøl egentlig her. Det krever litt mer av deg sjøl, for å si det sånn. Men for meg passar det utmerket.... og du kan trekke deg tilbake og du kan oppsøke nokken”. (38 år)*

Videre trakk flere av informantene frem fellesturer som en svært positiv opplevelse for dem som gruppe. Spesielt ved et bofellesskap, hvor en av personalet hadde tatt de med på hyttetur, var dette viktig for alle beboerne. Alle fortalte uavhengig av hverandre detaljert om hva de hadde gjort, hvor lenge de hadde vært borte og hvor kjekt det hadde vært.

Flere av informantene hadde vært på en fellestur i høyfjellet arrangert for psykiatriske pasienter - etter det jeg forstod fra hele landet. De uttrykte at dette var et tiltak som de så tilbake på med glede:

*”Og så i vintar, det va’ vel i mars-april, då va vi på Høyfjellet. Det har vært gøy, - det va’ en uke. Luksus. Veldig god mat og sånn. Vi va’ vel en 100 personer..... Ja du ble kjent med de, men ikkje sånn at det varar etterpå, - og en del av de så jobbar her kanskje.” (40 år)*

Imidlertid kan dette stå som eksempel på noe som gikk igjen hos de fleste informantene; nemlig at de som gruppe ikke knyttet varige forbindelser og vennskap med andre i den forstand Weiss definerer sosial integrasjon.

Også i forhold til arbeidsfellesskapet ga de meg det samme inntrykk. Alle informantene var i vernet arbeid på deltid, enten i vernet bedrift eller integrert på ordinære arbeidsplasser. De opplevde arbeidslivet som meget positivt. Dette var av stor betydning for både deres livskvalitet og levekår (kap. 5.1.3). Arbeidet, fortalte de, var en vesentlig arena for mestring og derigjennom bekreftelse på egenverdi. Jeg kommer tilbake til dette i kap. 7.2.4. Men som



arena for sosial integrasjon, slik jeg har gjort rede for det i teoridelen, klarte jeg ikke å få data som kan tolkes i den retning. De som arbeidet i ordinære bedrifter hadde ingen kontakt med kollegaer utenom arbeidstid og arbeidssted, og de som var på vernede bedrifter hadde bare kontakt med de som de også bodde i bofellesskap sammen med. Samtidig var det flere som vektla en vesentlig verdi av at de gjennom arbeidet ble kjent med mange mennesker. Det kunne synes som om det Sørgaard (2000) kaller sosial kontakt var tilstrekkelig for dem. Det å treffe mange mennesker, det kvantitative aspekt, var viktig for flere:

*”Ellers så e’ det jo 200 ansatte der eg jobbar, så no e’ det jo plutselig sånn at hvis eg går bort på senteret, så må eg jo si hei til alle og enhver.” (39 år)*

Jeg prøvde på ulike måter å få dem til å beskrive konkrete situasjoner som jeg antok var arenaer for muligheter til å knytte kontakter utenom personalet. Bakgrunnen var at sosial integrasjon anser jeg som en vesentlig del av begrepet sosial støtte og derigjennom en forutsetning for en normaliseringsprosess (kap. 3.2). Dette vil være vesentlig om en skal kunne bryte med de konsekvensene som institusjonalisering kan medføre.

En av beboerne hadde en snekke og var medlem i en båtforening.

*”Nei, båten betyr alt for meg den... borti båtforeningen der e’ det jo folk med sammen interesse og sånt..” (55 år)*

Vedkommende var den eneste som gjennom sin interesse for båtlivet fortalte om et miljø utenfor bofellesskapet og arbeidsplassen hvor han opplevde en sosial integrasjon med andre med samme interesser.

Samtidig var båtinteressen noe han delte med en annen av beboerne, en som likte å være med han ut med båten. Derfor ble båtens hans en vesentlig faktor som utgangspunkt for å dele aktiviteter og sosialt engasjement gjennom turer og samtaler knyttet til båtlivet. En kunne tenke seg at han kunne føle at han ble utnyttet av den andre; at han ble attraktiv fordi han hadde båt. Imidlertid var det ingenting som tydet på det.

*”Spesielt har eg et godt kameratskap te han så har vært med på disse turene. Vi har overnattet i båten... (55 år)*

Han beskrev omgangen med kameraten og folk i båtforeningen som arenaer hvor de utvekslet informasjon og ideer, og hvor han kunne dele tolkninger av de felles erfaringer de hadde. Han fortalte et eksempel på en slik erfaring:

*”Å så har eg vært med no to gangar på ”Cutty Sark” – eg va’kje me i den forstand – men eg va’ å så på båtene. Sist i sommar så va’ meg og Truls Ove rundt å så på alle båtene fra sjøsiden.” (55 år)*

Når han fortalte det, lyste det i øynene av engasjement. Han fortalte at han og kameraten snakket mye om disse turene. Han ga ikke uttrykk for at han av de andre medlemmene i foreningen ble stigmatisert og holdt utenfor på grunn av at han hadde en psykisk lidelse. Tvert imot opplevde han at han i dette miljøet var et fullverdig medlem og helt integrert i det.

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til bekreftelser i sosiale relasjoner kan beskrives i følgende undertema:

- **Sosial kontakt.**
- **Turer som arena.**
- **Arbeid som arena.**
- **Hobbyer som arena.**

### **7.2.3 Å gi og å få omsorg.**

Begrepet omsorg kan forstås, og er også ofte nært knyttet til sykepleie som profesjon, som den rollen en har som hjelper overfor den hjelpetrengende (Borge, 2000) (jfr. kap. 5.2.1). Selv om dette ikke er motsetningsforhold, vil jeg presisere at i denne sammenheng forstår jeg begrepet som et allment fenomen som uttrykk for noe vesentlig ved det å være menneske, og derfor ikke er knyttet til annet en det å være medmenneske. Altså som sammenfallende til det å være både giver og mottaker av omsorg.

I alle bofellesskapene fikk jeg et inntrykk av at det var en i hvert bofellesskap som hadde fått tillagt en uformell lederrolle. Denne var for øvrig alltid en av informantene mine. I større

grad enn de andre var denne omsorgsgiver og talsmann for de øvrige i bofellesskapet. I de bofellesskapene jeg snakket med flere beboere, forsterket de andre denne antagelsen ved at denne personen ble trukket fram som ”flink” til å vise omsorg for andre, eller at det var denne som var en slags talsmann for de øvrige, f.eks. som flere sa: ”..*dette må du spørre Ole om*” (52 år). I flere tilfeller framgikk det at denne personen også av personalet fikk spesialoppgaver og –ansvar. Dette er allment innen alle systemer. Det dannes mer eller mindre uformell grupper med egne ledere, og er beskrevet innenfor både organisasjonsteori (Blegen & Nylehn 1979) og gruppepsykologi (Underlid 1997). I denne sammenheng vil jeg ikke problematisere generelt omkring dette fenomenet, om det var positivt eller negativt for bofellesskapet, gruppen, personalet eller for den enkelte, men påpeke at disse ofte opplevde og valgte å påta seg et omsorgsansvar i forhold til andre. Dette var en rolle som de tok på alvor og som de følte de måtte gjøre seg fortjent til gjennom å bygge opp tillit, - som en av de sa:

*”Nei eg syns det e litt greitt det, det du kan kalle – ja en tillitserklæring – folk stolar på deg. Og eg har lyst til at folk ska stole på meg. Så eg prøver og - tenkar litt sånn at – hvis eg har sagt at eg skal komme der og då og komme å hente deg klokken sånn og sånn, så ska eg gjøre det. Eg ska’kje bli sånn at ”han – nei han kan du ikkje stole på”” (39 år)*

Omsorg og hjelp fra nettverket, i tillegg til forventningen om det, kan komme til uttrykk på ulike måter og innen forskjellige livsområder (jfr. kap. 3.4.2). Det virket som om vedkommende ønsket å være den en kunne komme til ved både praktiske og emosjonelle problemer, mens andre forstod det å vise omsorg for andre som begrenset til hjelp av mer praktisk karakter. I samtalen prøvde jeg å få eksplisitt svar på deres opplevelsen og erfaring knyttet til å kunne gi omsorg til andre. Bortsett fra den foran nevnte, virket det som at fra medbeboere var det stort sett omsorg via praktiske tjenester som var aktuelt:

*”Ja det hender at de kommar og ber meg skifte lyspere og sånt, og har hjulpet te med det og .... Jo det e’ helt okey det at eg kan gjøre en tjeneste.” (55 år)*

Når det gjaldt hjelp av emosjonell art, i forbindelse med økonomi, arbeid og konflikter mellom andre i bofellesskapet, var det forventet at personalet eller andre i hjelpeapparatet skulle stille opp:

*”Eg syns ikkje det e’ nokke problem eg. Og det e’kje så mye av det heller. Og ikkje e’ det for vanskelig heller. Du kan jo henvise de til personalet hvis du ikkje skjønner deg på det” (38 år)*

*”... en her som fikk stengt av telefonen, og då kom han på døren og ville telefonen og sånn. Då sa eg at eg hadde fått beskjed av de så jobbar her at vi ska’kje låne ut telefonen. Då ble det respektert.” (40 år)*

*”De fleste klarer seg sjøl. Men de andre så e’ her har jo de så jobbar her – snakkar med de hvis det e’ nokke.” (37 år)*

Flere påpeker direkte og uoppfordret at de får god hjelp også fra andre instanser, som for eksempel sosialkontoret ved økonomisk hjelp, primærlege/poliklinikk ved spørsmål omkring medisiner osv., selv om de forteller at det ikke er ofte de benytter seg av det. Men det sentrale for de er de vet at hjelp er tilgjengelig ved behov.

En av informantene fortalte:

*”Nei eg lagar litt middag av og te, har min mor og far på middag kver torsdag”. (35 år)*

Dette, fortalte han, var noe han så fram til, en omsorgshandling som han mente var viktig for han, også i perioder han hadde det vanskelig. Det skulle svært mye til før han avlyste disse middagene.

Ellers uttrykte ingen omsorg overfor familien som sentralt, verken implisitt eller eksplisitt. I Kristoffersen sin undersøkelse av søsken til personer med langvarig mental lidelse, var det største savnet nettopp etter et gjensidig omsorgsforhold (Kristoffersen 1998).

Når vi samtalte om dette med å ha muligheten til å vise omsorg for noen, fortalte de fleste om konkrete enkelthendelser – ofte flere år tilbake i tid – hvor noen der og da helt konkret var avhengig av deres hjelp. Som eksempel kan nevnes en som fortalt om en tidligere kamerat som en gang kom ”skita full”, satt utenfor huset en kald vinternatt og hadde ikke noen plass å gå. Han hadde banket på, og han tok han inn og han fikk overnatte hos han:

*”Eg hjalp han jo. Eg tror han hadde frøse i hel hvis ikkje eg hadde ... (41 år)*

For øvrig var punktet som omhandlet muligheten til å gi omsorg til andre mennesker det som det var vanskeligst å finne som eksplisitt fenomen hos informantene. Det gjennomgående var nok behovet for å få omsorg, eller rettere: å vite at når en trenger det, er omsorgen tilgjengelig var det som de fleste var mest opptatt av.

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til å gi og å få omsorg kan beskrives i følgende grunntema:

- **Omsorgsgiveren.**
- **Praktisk hjelp.**
- **Omsorg som ”back-up”.**

#### **7.2.4 Bekreftelse gjennom mestring.**

Innledningsvis (kap. 1.0) hevdet jeg at det var flere faktorer fra ulike arenaer som påvirket ens psykiske helse. De arenaene informantene mine deltok i i hverdagen, var arenaer som muliggjorde opplevelser og erfaringer av mestring og som dermed kunne være med på å styrke selvfølelsen deres. Samtidig uttrykte mange hvor viktig det var at utfordringene ikke ble så store at de skulle komme til kort og dermed påføre dem nye personlige nederlag.

Den viktigste faktoren som virket bekræftende for deres egenverdi, var at de faktisk klarte å fungere i egen leilighet. Alle hadde i varierende omfang erfaring med å bo i ordinær leilighet, og alle hadde av ulike grunner opplevd å ikke klart å fungere i egen bolig. De fleste av informantene foreslo at intervjuet skulle finne sted i deres egen leilighet. Jeg oppfattet at de var stolt over å kunne inviterte meg inn til deres eget og vise hvordan de hadde det. Det å holde orden på leiligheten, vaske klær, gjøre innkjøp og lage mat, var vesentlig for deres selvbekreftelse, - både over for de selv og overfor omgivelsene:

*”.. det e’ godt å ha nokke å komme til, at vi lagar vår egen mat og vaskar vårt eget hus og følar at vi har nokke så e vårt eget, - sant? At vi ikkje e’ på institusjon og blir sittende der å glo.... At vi har vår egen nøkkel og kan gå ut og inn så vi vil, og ta oss en pils og gjøre akkurat det vi vil – at vi e’ helt frie...” (37 år)*

Implisitt i grunnlagstenkningen som ligger til grunn for de statlige føringene for psykisk helsevern, ligger begrepene brukermedvirkning, brukerstyring og autonomi (kap. 2.0). Dette er også vesentlig for ens opplevelse av livskvalitet (kap. 5.1.3). Sitatet representerer en slik følelse av frihet og mestring som er sentralt for bekreftelse på egenverdi. Flere trakk frem spesielt egen nøkkel og postkasse som viktige symbol for

*”... at eg må liksom vise at eg e’ sånn så de normale...” (52 år).*

Alle hadde som nevnt deltidsjobb og informantene uttalte at arbeidsplassen var en viktig arena for relasjoner med andre mennesker. Mitt inntrykk var at arbeidet var en vesentlig arena som ga dem en sosial rolle som påvirket deres egenverdi i positiv retning. I seg selv var det viktig for å fylle hverdagen med noe – at de var i aktivitet:

*”Det e’ grådig viktig å ha nokke å gå te.” (41 år)*

Informantene hadde tidligere erfart hvordan det var å være uvirksom, og fortalte hvordan de da hadde følt seg ensomme. Arbeidet i seg selv kunne synes å være en vesentlig del av levekårene som økte deres livskvalitet (kap. 5.1.3).

*”Det å ha nokke å gjøre i hverdagen e’ viktig. Og hvis ikkje hadde nok ensomheten vært et mykje større problem..... du kan rett og slett bli sjuk igjen.” (40 år)*

*”Nei, det hadde vært helt forferdelig. Det tror eg nesten. For eg kjente det va’ ille nok med den lange helgen, - fra torsdag ettermiddag te mandag ettermiddag. Det va’ lenge altså. ” (38 år)*

Dernest virket det som om arbeidets art spilte en viss rolle. Selv om alle påpekte det å ha et arbeid å gå til som positivt i seg selv, virket det som om det var en statusforskjell i forhold til type arbeid.

*”Nei det e’ fint at eg har nokke å gå te. Eg kunne jo ha tenkt meg et bedre arbeid, men det e’ no så.. (35 år)*

To av informantene hadde vernet arbeid på ordinære arbeidsplasser, og den ene sier:

*”Nei det ble jo litt annerledes med tanke på ansvar då etter at eg begynte i den jobben vet du. Det blir jo på en helt annen måte enn å vere i en vernet bedrift altså”. (39 år)*

På den andre siden poengterte en viktigheten av å ikke ta for store utfordringer som kunne føre til nye nederlag, ved at de tok på seg mer enn de kunne klare:

*”Eg va’ te legen i går. Då spurte han meg om eg kunne tenkt meg nokke ant arbeid. Og då sa eg te han det at inntil vidare så tror eg eg fortsetter der eg e’ no. No trappet eg opp med en dag her i vår der eg e’, så då kan det vere greitt å gå en stund på det... Det skal vere et sånt springbrett det for så å gå inn i sånt ant arbeid.” (38 år)*

Det var således arbeidet i seg selv som var viktig. Som tidligere nevnt var det ingen av mine informanter som ga uttrykk for at de hadde kontakt med kollegaer utover arbeidstiden.

Spørsmålet om lønn var ikke et stort poeng for dem:

*”Vi ha’kje så god lønn akkurat på grunn av trygden vet du, men vi får gratis middag hver dag....” (41 år)*

Alle ga uttrykk for at de var generelt fornøyd med sine økonomiske situasjon, selv om lønnen ikke var så stor. Dette tolker jeg dithen at støtteordningene fra det offentlige, i tillegg til lønn, opplevde de fungerte tilfredsstillende. Hvis de hadde spesielle behov for penger, fortalte de at samarbeidet med sosialkontoret fungerte fint. Økonomi er også en faktor som inngår i bedømmelsen av levekår, - og dermed også påvirker den subjektivt opplevde livskvaliteten.

Tradisjonelt er lønn en vesentlig faktor som indikerer verdien av det arbeidet man gjør. Imidlertid var det andre faktorer som ble vektlagt som bekreftelse på deres egenverdi, for eksempel bare som en bekreftelse i seg selv:

*”Ja for det at eg måtte liksom fungere” (40 år)*

eller at en mestret det og fikk positiv tilbakemelding for den jobben de gjorde:

*”Ja – eg får jo skryt å sånn når eg har gjort en hederlig innsats... (55 år)*

eller at en lærte og mestret nye ting:

*”Men eg syns jo det har vært interessant og..., eg har jo fått lært en god del ting så eg aldri tenkte på før; funksjonen i toalettet, ledninger inni veggene og mye sånt så eg ikkje hadde peiling på fra før” (39 år)*

Selv om noen av informantene etterlyste og kunne tenke seg flere faste aktiviteter, var det ingen som var med på noen fellesaktiviteter utenom det som foregikk i bofellesskapet eller i forbindelse med arbeidet (bortsett fra han som var aktiv i en båtforening). En fortalte at han før han kom til bofellesskapet og begynte i vernet arbeid hadde bodd hos moren:

*”Då hadde eg den mandagsgruppen og så hadde eg om onsdagen et tilbud – et dagtilbud den gangen. Det va jo et pluss så bare det. Det va’ vanskelig den første tiden, men seinere så angrrer du aldri på det. Så der ligger jo rett og slett behandling i sånne tilbud. Det e’ ikkje bare nok med medisiner. En skulle satset mykje mer på det.” (38 år)*

Han deltok ikke lengre i disse gruppene, men ønsket at noen av personaltet hadde tatt initiativ til noe slikt. Han kunne ønske seg en slags klubbvirksomhet hvor en kunne spille spill, bordtennis etc.

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til bekreftelse gjennom mestring kan beskrives i følgende grunntema:

- **Å mestre og å bo.**
- **Å mestre en jobb.**
- **Mestring i brukergruppen.**

### **7.2.5 Den nære relasjonen.**

Sentralt ved sosial støtte er å ha pålitelige allianser, - en visshet om at en har noen som en kan stole på. Det er snakk om en type relasjon som er en kilde hvor en kan motta omsorg og assistanse fra, uavhengig av om en kan gjøre gjengjeld. Vanligvis er dette personer i ens nære



nettverk, som for eksempel partner, gode venner/venninner eller familie. Det vesentlige er de kvalitative aspektene og ikke antall personer som inngår i nettverket. To av informantene fortalte om henholdsvis en mor og en mor/far som de beskrev som det jeg oppfattet som en nær og pålitelig allianse, og hvor de også hadde jevnlig kontakt. Flere av dem hadde henimot ingen direkte kontakt med familien. Ingen av informantene fortalte at de hadde nære venner, levde i parforhold eller hadde kjærester.

I denne sammenheng oppfatter jeg at det er en svært nær sammenheng mellom dette punktet og det å ha noen en kan få gode råd fra (kap. 7.2.6). Distinksjonen jeg har valgt, er at jeg herunder tenker mest på opplevd emosjonell støtte som blant annet innbefatter styrking av selvbildet, mens neste punkt henspeiler mer på støtte i form av informasjon, rådgivning, praktisk og instrumentell støtte – mer erfart hjelpsomhet fra andre.

Noen av informantene beskrev forholdet til familien som rimelig bra. Jeg har tidligere knyttet opplevelser i hovedsak til et affektivt aspekt og erfaringer til et kognitivt. I forhold til dette punktet, hvor det affektive var sentralt, opplevde jeg at det var ofte vanskelig for dem å uttrykke seg, med mye savn og sårbarhet, spesielt forholdet til den nærmeste familie. En av dem bekrev livet sitt etter at ektefellen døde for mange år siden:

*”Å så møste eg Lene - det va’ grådig trist ja ..... når vi va’ to og bodde uti Klokkarveien, då va det greitt – då hadde vi kverandre, men når hon ikkje va’ mer, så va’ liksom en del av meg vekke. Det va voldsomt trist .... triste tankar... Men eg sittar ikkje her no å planlegger selvmord sånn som eg gjorde før....” (55 år)*

Han kjempet med gråten mens han fortalte og uttrykte et sterkt savn.

En annen fortalte om familien sin, med mange søsken, hvor alle ble spredd over hele landet, med en oppvekst på barnehjem og i fosterhjem og hvor noen ble:

*”... plassert i Oslo, nokken i Nord-Norge og de tre eldste her i by’n. Vi fikk jo ikkje vite kor de andre var en gang – først mykje seinare. Kun de to eldste brødrene mine, som bor her i by’n, har eg kontakt med.” (41 år)*

Han forteller at også de har psykiske problemer. Når jeg spør om han har noen å gå til hvis han fikk problemer, - noen han stoler på, svarer han at han ville gått til den ene broren. Jeg spurte om brødrene ville kommet til han hvis noen av de trengte hjelp og støtte:

*”Nei, de hadde oppsøkt min mor tror jeg, - eller en lege eller nokke sånt. De snakkar ikkje om personlige ting med meg”. (41 år)*

Også her oppfattet jeg uttrykt mye savn og sårhet. I motsetning til tidligere i samtalen snakket han nå sakte, lavmælt, med opphold mellom ordene og han så ned.

Videre forteller han at han selv har en sønn som nå er i tenårene. Han ble plassert i fosterhjem ved fødselen.

*”Eg får ikkje vite kor han e’ engang. Og det syns eg e’ grådig kjedelig. Eg sku ønske eg visste kor han va’ og kunne ringt te han og snakket med han, og få besøk av han. Men de skjer jo aldri. Eg vil i alle fall møte han før eg dauar. Eg ska’kje gå i graven før eg har møtt sønnen min”. (41 år)*

I dette oppfattet jeg det lå et sterkt ønske -, en drøm om og lengsel etter en slik nær relasjon av dyp følelsesmessig karakter.

Når jeg spurte om de hadde slike nære andre i sitt nettverket, nevnte alle folk fra det profesjonelle nettverket. Som eksempler brukte flere konkrete erfaringer hvor enkeltpersoner hadde stillt opp for dem når de hadde vært i en spesielt vanskelig livssituasjon og ytt hjelp utover det de kunne forvente fra en i det profesjonelle hjelpeapparatet. Det at den profesjonelle hjelperen gikk ut over sin tradisjonelle offentlige rolle for å hjelpe dem, gjorde tydeligvis et uforglemmelig inntrykk på dem:

*”Den viktigste hjelpen eg har fått i hele mitt liv, det va en psykolog så hjalp meg å skaffe meg leilighet.... Han fikk tak i møblar te meg, hjalp meg å få etableringslån på sosialkontoret – fikk alt eg trengte”. (47 år)*

Flere hadde erfaringer som ga dem visshet om at de i hjelpeapparatet hadde noen de kunne forvente hjelp fra når de trengte det:

*”Men ute på Lilletun (et psykiatrisk senter med døgnavdeling) der har jo eg vært mesteparten av tiden, og der syns eg, – de respekterar meg og eg får lov å vere der i julefeiringen og påsken og sånt, så då syns eg det e greitt ... han Geir Olsen (en psykiatrisk sykepleier) som e’ sjef der ute, han e’ en voldsomt tjomslig og grei kar” (55 år)*

*”No e’ det sånn at eg går der (psykiatrisk poliklinikk) hver 3. måned. Det e jo for å ha de til å prate med, du vet at de vil sikkert merke det veldig fort om eg en dag skulle .... og det har jo alltid vært snakk om det at det så e’ viktig, det e’ å komme fort til behandling hvis det begynner å gå den gale veien. Så eg har jo det som en – ka e’ det det heter – Back-up (ler)” (39 år)*

Utfra uttalelsen fra informantene forsto jeg at de opplevde relasjonen som asymmetrisk, hvor det var en klar sammenheng mellom makt og tillit (jfr. kap. 3.2.1). De beskrev disse relasjonene som bygget på tidligere erfaringer med enkeltindivider og institusjoner, og disse var retningsgivende for den tilliten som de hadde overfor disse. Dette innbefatter også en tillit til at den andre intervenserer og bruker sin makt hvis *”...det begynner å gå den gale veien”* (55 år). Jette Fog bruker begrepet ‘valgt asymmetri’ om maktforholdet (Fog 1997), hvor hjelpsøker hengir seg til hjelper for å få hjelp til å løse sine livsproblemer (jfr. kap. 2.4). Informantene forteller om at det foreligger altså et erkjent behov for å velge en asymmetri fra deres side, - en relasjon som i kritiske perioder gir dem en sikkerhet.

Sist, men ikke minst, utgjorde personalet i bofellesskapet en viktig slik relasjon.

*”Eg har en stående avtale om at eg bare kontakter de personalet hvis eg sjøl ønsker det.” (39 år)*

*”Eg må si det at eg har hatt mange gode stunder..., eg har sotte her opp... spesielt når eg begynner å tenke på ka eg har opplevd og sånn- så blir det mange tunge stunder – du vet då kan eg jo gå ner å begynne å preike med de nere – så der e’ det full forståelse for alt...” (43 år)*

Samtidig fungerte personalet som viktige mellompersoner til det øvrige profesjonelle nettverket (jfr. kap. 3.2.1).

Flere beskrev personalet som de som hadde oversikt over ulike hjelpeinstanser og dermed kunne henvise dem til rett instans (sosialkontor, arbeidskontor, lege etc.). Den tilliten de ansatte hadde opparbeidet seg, virket som tillit som også ble overført til andre, det vil si at de hadde tillit til de de ble henvist til.

*”Hvis eg trengte det, så hadde nok nokken her henvist meg te lege ellar nokke sånt”. (38 år)*

Med hensyn til familie, virket det som sagt at de fleste hadde et nokså distansert forhold til dem. Imidlertid lå dette ofte implisitt i det de fortalte, og når jeg kom inn på forholdet til familien, svarte de ofte unnvikende. Det dreide seg oftest om sporadiske besøk hos søsken og eventuelt foreldre, - ofte i forbindelse med fødselsdager, høytider, ferier etc. Det virket på meg som om kontakten med familien bar preg av å være mer en programmessig forpliktelse til i gitte situasjoner og i avgrensede perioder å "ta seg av" det psykisk lidende familiemedlemmet. Selv om informantene uttrykte klart at en slik relasjon hadde en ikke ubetydelig verdi for dem, oppfatter jeg det ikke som en relasjon hvor en kan forvente en kontinuerlig assistanse fra, slik som Weiss beskriver det (jfr. kap. 4.1). Ingen beskrev forholdet til personer i familienettverket som nære følelsesmessige relasjoner.

*"De snakkar ikkje om personlige ting med meg". (41 år)*

Som tidligere nevnt tyder flere undersøkelser på at familien som nettverk i mange tilfeller er preget av slitasje og kan ofte bære preg av å være oppbrukt (jfr. kap. 3.3).

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til den nære relasjonen kan beskrives i følgende undertema:

- **Savnet og frykten.**
- **Det gode minnet.**
- **Personalet som nære.**

### **7.2.6 Å få gode råd.**

I stressfulle og vanskelige situasjoner er det vesentlig å ha noen som kan gi råd og veiledning. En opplevd sosial støtte i denne sammenheng forutsetter at noen har opparbeidet seg en relasjon som bygger på et minimum av tillit.

Også i denne sammenhengen var det profesjonelle nettverk sentralt. Foruten de ansatte i bofellesskapet, utgjorde for de fleste primærlegen en slik sentral rolle. Det kunne dreie seg om en emosjonell støttende rolle.

*”Ja han (legen) har hele tiden hatt den dærre positive troen på at dette skal gå bra sjøl om det tar litt tid” (39 år)*

Vedkommende informant opplevde at legen støttet han i troen på at han selv hadde ressurser til å mestre hverdagen, samtidig som han var realistisk i forhold til beboerens forutsetningene. Denne sosiale støtten fra primærlegen oppfatter jeg som et eksempel på en grunnlagstenkning hvor salutogenes og patogenese inngår som komplimentære (jfr. kap. 2.5 og ”empowerment”-begrepet i kap. 2.2).

*”Legen min på senteret. Men eg har bare vært hos ham når eg har stusset på et eller annet. Det e’kje nokke fast.” (40 år)*

Igjen uttrykkes det behovet for å ha noen som er tilgjengelig for råd og veiledning.

Andre typer støtte handler mer om direkte og konkrete gode råd i situasjoner hvor informantene stod overfor viktige valg:

*”Dr. Hansen utpå Rognes legesenter, han har vært en god støttepillar. Det va’ han så anbefalte meg å søke inn her.” ..... ”Han sa te meg at no når du flyttar ner der (i bofellesskapet), så må du benytte deg av de mulighetene te arbeid så e’ der.. ” (55 år)*

Han forteller videre at han umiddelbart før han fikk tilbud om plass i bofellesskapet, hadde vært i en krisesituasjon, hvor:

*”... det ble så voldsomt ska eg si deg at eg gjorde forsøk på selvmord. Eg ble sendt til sykehus med pumping og så sydde de igjen. Så va det ledig her. Eg flyttet inn og eg ha’kje angret på det!” (55 år).*

I denne situasjonen forteller han at han ikke selv var i stand til å se muligheter og gjøre valg. Utfra et relasjonelt perspektiv uttrykker informanten her en anerkjennelse av primærlegen som tillitsperson, - som en som i en gitt sårbar situasjon ikke bare ga han råd og veiledning, men også opptrådte som en ekspert som delvis gjorde valg for han (jfr. kap. 2.4). Han viste

omsorg og tok et ansvar for han i en situasjon hvor han selv ikke kunne gjøre valg. Videre var denne for informantene en kilde for gode råd når han trengte det seinere.

For de fleste av informantene var primærlegen en svært viktig person i det profesjonelle nettverket. Alle informantene fikk psykofarmakologisk behandling og i denne sammenheng var legen svært viktig. Som kjent innbefatter psykofarmaka ofte en rekke bivirkninger, noe alle hadde erfart og snakket mye om. I denne sammenheng trakk flere av dem spesielt frem forholdet til legen som viktig.

*”No får eg nokken andre medisinar, så gjør at eg ikkje får bivirkningar, og eg e’ helt frisk hvis eg bare tar medisinene...” (41 år)*

Viktigheten av å ha en primærlege som hørte på dem og var villig til å justere, redusere og/eller endre på medikasjonen deres, var trukket frem som en sentral faktor. Spesielt trakk de frem som positivt at flere følte at de fikk god informasjon og selv fikk være med å ta avgjørelser (jfr. kap. 2.2).

En trakk fram sosialkontoret som institusjon som han mente også var viktig og trygghetsskapende for han:

*”Eg har interimskonto så eg får dekket alt. Kler får eg, og matlappar – sånn rekvisisjon – og eg får dekket alt. Så kjøpar eg tobakk og mat, så eg ha’kje dårlig økonomi. Eg e’ kjempefornøyd med den behandlingen eg får på sosialen!” (41 år)*

Men også her spilte nok personalet ved bofellesskapet den vesentligste rollen i det daglige. Mange fortalte at de hadde problemer med helt sentrale praktiske gjøremål, i økonomiske forhold og i forhold til post:

*”Hvis det e’ litt sånn problematisk, så kan eg snakke med de så jobbar her. Eg kan snakke med de oppe på kontoret. Det e’ jo greitt. Det e’ en stund siden, og det har gått greitt veldig lenge, så eg har ikkje snakket så mye.” (40 år)*

*”Ja det e’ godt å få litt hjelp av og til. Vanligvis tar eg det sjøl. De nevner jo det, men de siar ikkje at no ska du rydde! Det bestemmar eg sjøl.” (41 år)*

*”... hvis det e’ nokke med posten eg stussar på. Då spør eg – en regning eller ka det e’.” (35 år)*

Vissheten om at det var noen en kunne få råd og veiledning hos var en vesentlig faktor som ga dem sikkerhet. Jeg fikk inntrykk av at hvorvidt de benyttet seg av denne muligheten, varierte veldig mye fra person til person. De fleste syntes å ha som mål å mestre mest mulig selv.

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til de å få gode råd kan beskrives i følgende undertema:

- **Råd fra hjelpepersoner.**
- **Det gode råd.**

### **7.3 Å ha et eget territorium.**

Å ha et eget territorium regnes som et allment fenomen (jfr. kap. 5.2). Samtidig er det normalt individuelle forskjeller hvordan vi som mennesker reagerer på nærhet. Videre er det kjent at ved sykdom og lidelse utfordres en spesielt i forhold til ens territoriale grenser. Alvorlige psykiske lidelser kjennetegnes bl.a. av problematikk med nærhet både direkte og indirekte som del av lidelsen (Haugsgjerd 1983).

Et gjennomgangstema for informantene, både implisitt og eksplisitt, var at i forhold til å bo på institusjon eller hjemme hos foreldrene, bidro det å ha et eget territorium til en opplevelse av selvstendighet og trivsel. Frihet til å velge og å bestemme over sitt eget liv var høyt verdsatt og synes å bidra til økt livskvalitet.

Som en generell oppfatning virket det som om personalet hadde en helt spesiell stilling. På bakgrunn av at de for de aller fleste synes å inngå som de viktigste i beboernes sosiale nettverk, var det også spesielt disse de i størst grad delte territorium med. Det tyder således på at det er en sammenheng mellom tettheten i sosiale relasjoner og hvor villig en er å dele territorium.

### 7.3.1 Et sted for trygghet.

henspeiler i denne sammenheng på forutsigbarhet, trygghet fra aggresjon og en generell følelse av å være trygg. Dette er en sentral funksjon av det å ha egen leilighet og dermed et avgrenset fysisk område som oppleves som ens eget. Selv om det var en gjennomgående positiv erfaring for beboerne jeg snakket med, var det flere som synes at dette hadde vært – og fremdeles i perioder var – svært vanskelig. En av informantene hadde bodd i bofellesskapet i 6 år og fortalte:

*”...det e’ en sånn prosess då, fra Tyttebærhaugen der det va’ litt tryggare til å liksom det å skulle klare seg litt sånn sjøl.” (40 år)*

Han fortalte om en av årsakene for denne uttryggheten:

*”Men så e’ det sånn at eg liker å kontrollere at ting e’ slått av og sånt... Det dærre med å måtte kontrollere ettar at alle andre e’ gått å lagt seg, då går eg ner og ser over komfyren og kaffitrakteren og sånn, før eg kan gå å legge meg. Hvis ikkje eg får se over, ligger eg i sengen våken og svetter og sånn.... Det har vært litt vanskelig. Eg e’ litt redd for at det skal ta fyr i nokke”. (40 år)*

Han beskrev en grunnleggende angst og kanskje det jeg tolker som plagsomme tvangspregede tanker, som han ved hjelp av praktiske løsningsstrategier sammen med personalet klarte vanligvis å takle. Imidlertid førte det til at han alltid måtte være den som gikk sist å la seg. Problemet var at noen kvelder når en av de andre beboerne var seint ute, måtte han enten sitte oppe og vente eller stå opp igjen for å gå ned å sjekke. Han ble da svært trøtt og sliten, og i perioder fortalte han at dette førte nesten uutholdelige stresssituasjoner. I dette bofellesskapet var det heller ingen nattevakt som kunne avlaste han, slik det hadde vært når han var i institusjon.

En annen fortalte også at han strevde med tilværelsen i bofellesskapet:

*”... men eg må si at eg har tenkt også mange gangar på det at det sku’ vært godt å vært tebacke på institusjonen og sloppe alle problemene her og bare latt homla suse. Men du vet så kommar eg jo også te’ det at eg e’ jo norsk statsborgar og så skal eg yte nokke, kan’kje så godt bare la medlidenheten råde, eg må liksom vise at eg kan nokke – yte for samfunnet”. (55 år)*



Vedkommende hadde hatt en rekke innleggelse ved ulike institusjoner mens han hadde bodd i bofellesskapet. Han hadde vernet arbeid som sammen med det å ha egen leilighet, for han ga en opplevd identitet og rolle som en vanlig ”.. norsk statsborgar..”(55 år) . Dette var en rolle som han ønsket å opprettholde. Jeg forstår dette som et uttrykk for en sterk ansvarsfølelse ispedd en kamp for opprettholdelse av roller. Han hadde ofte en følelse av å være på grensen til å ikke klare å fungere i bofellesskapet og ivareta de forventningene først og fremst han selv, og kanskje andre, stilte til seg. Men samtidig fortalte han at hvis han ikke skulle klare å fungere i leiligheten sin, hadde han en forvisning om at han skulle få komme på den institusjonen han hadde gode erfaringer fra.

*”... når eg ikkje klarar mer, så kan eg godt tenke meg å avslutte livet der ute, kan du si – liksom den siste reis...” (55 år)*

Viktig var det imidlertid for han at han visste han at han etter å ha vært innlagt på institusjon, alltid var velkommen tilbake til leiligheten sin. Dette var han helt sikker og trygg på:

*”Den (leiligheten) står fortsatt klar. Det e’ om å gjøre å betale husleien. Så e’ de ansatte nere sånn at de følger jo med hele tiden. Så de ville hjulpet te’ med husleien – eg får jo trygden...” (55 år)*

Vissheten om og erfaringene deres med at de hadde leiligheten sin selv om helsetilstand deres i perioder svingte og de trengte i perioder institusjonsopphold, skapte en stor grad av forutsigbarhet. Denne forutsigbarheten var helt sentralt hos alle informantene:

*”...for det første: for meg personlig så e’ jo dette første stedet eg har bodd sjøl no i 6 år. Du ha’kje det der hengende over deg at om et halvt år eller to år må du flømte. Her har du ro!” (39 år)*

Flere av beboerne hadde mange mislykkede erfaringer og vonde opplevelser fra tilværelse på det ordinære boligmarkedet. De fortalte om stadig boligsøking, korttidskontrakter – ofte uten kontrakt –, dårlige loftshybler, lav toleranse for avvikende adferd med påfølgende utkastelse. Jeg aner implisitt en beskrivelse av et møte med fordommer og stigmatisering.

*”Ikkje en privat hybel kor husverten plutselig sa at no må du flytte, - sånn så det va’ en stund. Eg bodde på Sørnes en stund og husverten satt alle møblene mine ute i gangen når eg kom hem fra by’n, og eg måtte ut med en gang.” (41 år)*

Ofte endte det med at de som hadde en noenlunde bra kontakt med foreldrene, måtte flytte hjem. Flere fortalte at det hadde medført problemer i forhold til familien:

*”Ja då har det jo blitt sånn, og det har jo ikkje alltid gått like bra, - og endt opp hjem til foreldre og sånn... (52 år)*

Flere av informantene trakk fram frykten for isolasjon og ensomhet.

Et annet vesentlig trygghetsselement var at når det var urolig eller vanskelig for dem å være i fellesrom, kunne de trekke seg tilbake til seg selv:

*”Når det blir uro nere på fellesstuen, kan det bli litt vanskelig å vere der – når nokken blir dårlig og sånn... Då kan eg jo bare gå opp i leiligheten min. Personalet ordnar opp der nere.... Eg har jo en trygg havn.” (43 år)*

*”Her trekkar du gjerne deg mer tebakke. De fleste gjør no det... (38 år)*

Spesielt var dette viktig når medbeboere var dårlig og spesielt når de opptrådte aggressivt og/eller var fysisk truende. Flere fortalte at det da var en nødvendighet å ha en egen leilighet å søke tilflukt i.

Informantenes opplevelser og erfaringer av eget territorium som et sted for trygghet kan beskrives i følgende grunntema:

- **Trygghetens omkostninger.**
- **Trygghet i forutsigbarhet.**

### **7.3.2 Et sted for privatliv.**

I vår kultur representerer hjemmet som territorium det intime og privat; privatlivets fred i egen bolig er viktig for alle (jfr. kap. 4.2). For informantene jeg snakket med, fikk jeg klart

inntrykk av at det hadde en spesiell betydning fordi de hadde tilbrakt lange perioder av sine liv i institusjoner. Å ha en egen leilighet var for flere beskrevet som et grunnleggende behov:

*”Egentlig va’ det eg trengte mest, va jo leilighet og et sted å bo”. (37 år)*

Ved siden av at privatlivet var knyttet både til et fysisk avgrenset område, et personlig rom og et område for en spesiell rolle, var det viktig å markere sin suverenitet over området overfor omverden.

*”Her gjør eg akkurat så eg sjøl vil. Det e’ jo veldig greitt å ha fått sitt eget; at eg kan låse døren og si at her bestemmar eg!” (43 år)*

*”Her må du vær så god ringe på hvis det e’ noe. Og det gjør de jo.” (39 år)*

Hayter vektlegger at territorialitet beskrives ved en opplevelse av en slik eiendomsrett, en kontroll og en autoritet over et eget område (jfr. kap. 4.2). En forutsetning er at det erkjennes av andre. De fleste fortalte at de ble respektert:

*”Nei for de vet at eg e’ litt sånn at eg vil vere for meg sjøl. Og det respekterer de. De forstår de forskjellige her kordan de e’ liksom. Så eg styrar for med sjøl. Det e’kje nokken så passsar på når eg ska komme inn og sånn. Det e’kje folk så pressar på og skal inn te meg og sånn. Det e’ viktig at eg får styre for meg sjøl. At eg har leilighet for meg sjøl og at ikkje utenforstående ska’ inn”. (40 år)*

En av dem fortalte om en gang han følte seg krenket fordi disse grensene ikke ble respektert av en som jobbet der:

*”Med det samme Eva begynte her, så lå eg å sov, - eg va’ helt naken. Så ringte hon på te’ meg og spurte om eg ville ha en vaffel. Så ropte eg ut og sa at eg hadde lagt meg. Så låste hon seg pinadø inn her, kom inn og sto og glodde på meg, - med vaffelen på en tallerken”. (41 år)*

Han fortalt videre om hvordan han rasende hadde *”... skjelt hon ut...”* fordi han opplevde at han var blitt utsatt for nærmest et overgrep som truet hans private territorium. Dette førte til at makt-tillit-relasjonen til vedkommende ble ødelagt (jfr. kap. 3.2.1). Selv hennes gode intensjoner med å servere vafler oppfattet han bare som alibi for av en eller annen grunn å trenge inn i hans domene. At han i denne situasjonen var naken, var nok en vesentlig faktor

for opplevelsen og representerte ikke bare en overskridelse av det fysiske området, men også det personlige og intime rom.

De fleste av dem uttrykte at selve leiligheten hadde en helt spesiell status og råderetten over den betydde svært mye for dem; det å ha et sted å trekke seg tilbake, vite at ingen kommer inn uten at de har spurt og fått lov og å slippe å involvere seg i andre.

*”Vi trekkar oss gjerne mer tilbake... De fleste gjør no det...” (38 år)*

En uttrykte hvor viktig det var for han at han fikk være i fred, og hvordan han satte strenge grenser for leiligheten som sitt private territorium:

*”Eg har sagt det te de: dokkar går ikkje inn te meg og rotar i mine skuffer og skap! Det har de aldri gjort”. (43 år)*

Samtidig er forholdet mellom de individuelle og de relasjonelle behov i denne oppgaven antatt å være et grunnleggende behov. Akkurat dette spenningsfeltet finner man i en dialektisk forståelse (jfr. kap. 2.6). En riktig balanse mellom å være alene og å inngå i sosiale sammenhenger er vesentlig for ens livskvalitet. En av informantene uttrykte det slik:

*”.. du kan si det at eg føler litt sånn ensomhet i meg sjøl, at eg har litt ensomhetsopplevelse. Men eg e jo vant med det, men eg e litt sånn.... eg oppsøkar ikkje ensomheten. Nei det gjør eg ikkje. For det at hvis eg sittar der i ro, - eg har det litt i kroppen at eg e' litt sånn ensom og... men eg snakker litt med nokken andre, og så går det vekk.” (40 år)*

Han fortalte at han i lange perioder tidligere i livet hadde lidd under en grunnleggende opplevelsen av ensomhet. En vesentlig del av hans lidelse var at han isolerte seg fra omverden. I bofellesskapet hadde han imidlertid tilgjengelige arenaer med personer som han hadde opparbeidet seg tilstrekkelig tillit til (jfr. kap. 3.2.1). Denne tilliten kan forstås som en konsekvens av både en normativ lojalitet som var en forutsetning for å kunne bo i bofellesskapet (”tvang til lojalitet”), en aksept av denne legitimiteten og en tro på effektivitet, slik Gulbrandsen beskriver det.

På den andre siden fortalte en annen at det var klare regler for når de ansatte hadde rett til å låse seg inn:

*”Vi har skrevet under alle så bor her at hvis de ikke ser oss, så har de full rett til å låse seg inn i leiligheten. Og det hadde vi jo et eksempel på her over gangen, - en så døde her i leiligheten. Og hvis de då ikke hadde rett te’ å låse seg inn, så e’ eg sikker på at han hadde lagt der lege får det ble oppdaget.... Hadde det skjedd i en vanlig borettslag, så hadde gjerne lagt i en måned eller to.... (55 år)*

For han representerte dette en trygghet som han vektla som spesielt viktig i bofellesskapet i motsetning til slik han oppfattet virkeligheten i ordinære boliger. Han uttrykte et erkjent behov for at han trengte noen som passet på han; noe han oppfattet som trygghetsskapende omsorg.

Det var store individuelle forskjeller med hensyn til hvor mye de ønsket å invitere inn andre i sitt eget territorium. På den ene siden var de som fortalte at de – og dette var nok de fleste - som nesten aldri ville ha noen på besøk. Kun i spesielle anledninger inviterte de andre på besøk og da som regel personalet.

*”Her har du jo en leilighet for deg sjøl. De andre vet at eg e’ litt sånn at eg vil vere for meg sjøl. Og det vet de andre. De respekterer det. Eg har nesten aldri besøk i leiligheten, - og kan få ha han i fred.” (40 år)*

På den andre siden var det de som var svært gjestfri, som en uttalte det:

*”Alle e’ velkommen. Bare de bankar på!” (42 år)*

Informantenes opplevelser og erfaringer med leiligheten som et sted for privatliv kan beskrives i følgende undertema:

- **Å få være i fred.**
- **Anerkjennelse av privatliv.**
- **Noen følger med en.**
- **Frykt for isolasjon/ensomhet.**

### 7.3.3 Et sted å kunne bestemme over.

Generelt tyder det på at det er en sammenheng mellom behovet for eget territorium, her knyttet til egen leilighet, og begrepene brukermedvirkning, empowerment og autonomi (kap. 2.2, 2.4). Spesielt kom dette til uttrykk i forhold til selvbestemmelse. Leiligheten var for flere selve symbolet på at her bestemte de selv, her hadde de frihet og kontroll:

*Ja de kommer ikkje inn her te meg. Ingen kommer inn her uten at de e' invitert. Eg har full kontroll". (43 år)*

At dette ble respektert, var som tidligere nevnt av stor betydning, også for deres opplevelse av selvbestemmelse. Å ha kontroll over – og i – sin egen leilighet var det flere som uttrykte som den store forskjellen fra tidligere erfaringer fra institusjonsopphold og/eller når de hadde bodd hjemme hos foreldrene.

*Når du bor på institusjon e' du jo avhengig av andre. Men når du bor her så kontrollerer du deg sjøl". (35 år)*

Nesten alle informantene fortalte om mange, lange og til dels for dem traumatiske tvangsinnleggelse i psykiatriske sykehus. Et av aspektene som blir spesielt aktuelt når det utøves fysisk tvang, er at i slike situasjoner overtrer en det personlige rom i ekstrem grad.

*"To mann holdt meg i hver sin arm, og så tvang de i meg en sprøyte. Det va' grådig ubehagelig." (41 år)*

Og i denne sammenhengen var det ikke bare tvang og maktbruk i seg selv som var det mest traumatiske, men han fortalte at det verste var nettopp den påtvungne nærhet.

Dessuten er tilværelsen ved psykiatriske institusjoner, slik Goffman beskrev det, preget den gang som nå av en rekke forhold som kjennetegnes av slike territoriale overtredelser (jfr. kap. 3.2). Den totale institusjon som system regulerer store deler av tilværelsen, og det private fysiske rom er gjerne redusert nærmest totalt. Sett på bakgrunn av at mange av informantene hadde lang erfaringer fra institusjonsopphold, tenker jeg at behovet for eget territorium er spesielt viktig enn for dem. Den av informantene som var klare i sine uttalelser om den

friheten han opplevde ved å ha egen leiligheten, var oppvokst på barnehjem og i fosterfamilier, og hadde tilbrakt det meste av ungdoms- og voksentiden på ulike psykiatriske institusjoner. Sett fra et slikt perspektiv, vil bofellesskap både fra beboernes og behandlingsapparatets ståsted være viktig når det gjelder å bestemme selv.

En av informantene trakk frem en spesiell tilsynelatende banal situasjon, som for han var selve symbolet på selvbestemmelse. Han opplevde det å ta medisiner som et stort problem. Når han var på institusjon, måtte han ta tablettene til spesielle tider, og han ble stresset når noen stod over han og forventet at han skulle svelge de:

*”Når eg tok medisinerne min der (på institusjonen), så va de så store at eg fikk problemer når eg svelte de, - eg fikk problemer med pusten et par gangar. Rett etter at eg hadde lagt meg så gikk den ikkje skikkelig ner. Men no e’ det sånn her at vi får medisinen for oss sjøl. Vi har tid på oss, - sant? Eg brukar lang tid på det dærre skjønner du, og no går det fint. Det e’kje folk så står ovar meg og sier: ”ta medisinen no...”. Då hadde du 3-4 minutter på deg, men her har du tid. Det e’ bra... Ja eg kan ta de kor tid på døgnet eg ve’, - altså det e’ jo før eg leggar meg då. Men eg kan bestemme tidspunktet sjøl.” (40 år)*

Samtidig oppfattet jeg at det for flere av dem lå implisitt en erkjennelse av at den uavhengighet og selvstendighet som var forbundet med tilværelsen i egen leilighet, opplevdes som i overkant av de kunne klare. På den ene siden ønsket de å ha et ansvar som medførte større innflytelse over eget liv. På den andre siden uttrykte de klart et behov for den støtten, omsorgen og hjelpen som var tilgjengelig fra personalet i bofellesskapet.

*”Eg syns eg har det kjempefint. Eg har aldri hatt det så bra før så her ute. Her har vi personalet og syns det e’ betryggende å ha nokken så ser etter oss – å ha nokken å snakke med. Tenk om vi hadde sotte i kvar sin leilighet aleine og glodd ut?... Men her kommar de og settar oss i gang, og vi har fellesmiddag kvar fredag og så spleisar vi på middag, - og turar vi tar” (43 år)*

I bofellesskapene var det selvfølgelig en rekke regler og forpliktelser som beboerne måtte innordne seg under, på samme måte som ved alle andre ordinære boformer. Det dreide seg om for eksempel når det skulle være stille om kvelden, utsetting av boss, bruk av vaskemaskin etc. Og vask av fellesområder. Dessuten var det egne sett med regler i alle bofellesskapene som kunne utgjøre en begrensning i deres selvbestemmelse. Dette var regler som stort sett

skilte seg ut fra det som er vanlig i ordinære boformer og dermed utgjorde et spenningsfelt og problemområde i forhold til selvbestemmelse.

Et tema som spesielt en av beboerne trakk fram, handlet om rett til å ha overnattingsgjester:

*”Vi kan gjøre akkurat ka vi vil her. Vi må søke om å ha overnattingsgjester, men det hendar eg har en kamerat så rotar seg vekk om natten, så får han ikkje lov å komme inn heme så seint, og så får han komme her. Så får han overnatte hos meg. Han kan komme her kl. 2 om natten....” (41 år)*

Det spesielle med denne situasjonen for vedkommende, var at han egentlig ikke hadde lov å ta inn noen i sin leilighet uten at han hadde søkt om det på forhånd. Personalet fikk vite om det, men det førte ikke til negative konsekvenser for han. Han var klar over at hvis det medførte bråk, problemer for personalet eller andre beboere o.s.v., ville han få problemer. Det var hans ansvar at det gikk bra. Det han poengterte og som han opplevde som et uttrykk for selvstendighet, var at håndhevingen av reglene i bofellesskapet sammenlignet med det han hadde opplevd i institusjoner, opplevdes som fundamentalt annerledes. Ved institusjonene hadde han erfart at reglene i seg selv var viktige, mens i bofellesskapet var det intensjonene bak reglene som var det sentrale. Som han uttrykte det:

*”På sjukehuset var de jo så firkantede med reglene...”(41 år).*

Han mente at de ansatte i bofellesskapet ”så gjennom fingrene” i forhold til hvor strengt de skulle håndheve regelverket. Selv om det enkelte ganger nok hadde vært en del problemer knyttet til denne kameratens overnattingsbesøk, hadde han stort sett klart å takle det, eventuelt avvist kameraten, tatt ansvar og opplevde at han hadde vært ”selvbestemmende”. Og det viktigste: han følte at personalet hadde vist han tillit gjennom troen på at han kunne ta vurderingene selv.

Et annet tema som flere trakk fram, var regler knyttet til bruk av alkohol. Alle bofellesskap hadde i følge informantene klart uttalte regler som forbød bruk av alkohol.

*”Nei det e’ absolutt ikkje lov”. (40 år)*



Noen av beboerne hadde tidligere hatt problemer knyttet til alkoholforbruk og var således glad for disse reglene. De så ikke regelverket som et uttrykk for at deres selvbestemmelse var truet.

*”Det som liksom e’ det viktigste for meg e’ at eg unngår dette med brennevin og det der – eg e’ avholdsmann. Eg aksepterer ikkje alkohol”. (55 år)*

Den andre varianten var han som tolket reglene på en måte som tillot bruk, men ikke misbruk.

*”Vi har lov å ta oss en pils her, og en drink og litt sånn.... Eg har drukke meg full og skjelt ut personalet, sånn at de ble sint på meg. Men de heiv meg ikkje ut av den grunn. Det skjedde bare en gang.....” (41 år)*

Denne romsligheten fra personalet etter denne episoden, som lå flere år tilbake i tid, hadde gjort sterkt inntrykk på han. Vedkommende var også den som ga klare uttrykk for at truende og utagerende adferd var uforenlig med å bo i bofellesskapet (jfr. kap. 7.1). Videre var det samme person som de andre informantene i det aktuelle bofellesskap oppfattet som i noen sammenhenger som noe bryksom og masete (jfr. kap. 7.2.3 og 7.3).

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til å ha et sted å kunne bestemme over kan beskrives i følgende undertema:

- **Autoritet over eget område.**
- **Å ta ansvar for eget område.**
- **Lage regler for eget område.**
- **Egne behov som styrende.**

#### **7.3.4 Et sted for identiteten.**

I denne sammenheng er begrepet selvidentitet knyttet til hjemmet som representerer en del av oss som mennesker og er knyttet til vår identitet, personlighet og verdier (Lillestø 1997). I tillegg til at vi innreder, pynter og oppholder oss der en stor del av døgnets tider, er det

uttrykk for vår smak, hva vi liker og setter pris på (kap. 5.2). Boligen står på mange måter i motsetningsforhold til det offentlig og felles rom.

Mange av informantene fortalte at de oppholdt seg mye i leiligheten sin. En ønsket vi skulle snakke sammen på fellesstuen. Ellers ville de fleste at intervjuene skulle finne sted hjemme hos dem. Dette ga meg også muligheten til å observere hjemmet og de selv på deres ”hjemmebane”. Samtidig tror jeg dette gjorde at for dem utgjorde det en trygghet i forhold til om vi hadde møttes på et nøytralt sted eller på ”min hjemmebane”. Jeg oppfattet også at det var med en viss stolthet de inviterte meg inn på sitt territorium.

Det slo meg, spesielt i ettertid når jeg hørte gjennom samtale, hvor mange av mine spørsmål og deres egne initiativ til å fortelle sin livshistorie; om sine opplevelser og erfaringer som hadde utspring i leiligheten som arena. Det gjennomgående generelle inntrykket mitt var at en viktig funksjon for den enkelte var at selve leiligheten, hvordan den var innredet og tingene de hadde der, var vesentlig for deres selvidentitet. Den var et sted til å fremheve og uttrykke seg selv (jfr.kap.4.2).

Bildene som hang på veggen var viktige for mange av dem. En av dem begynte samtalen med å henvise til et stort iøyenfallende brudebilde av han og konen:

*”...eg va gift, men hon døde 47 år gammel, så eg e’ enkemann. Eg kunne ikkje bo aleine .....” (55 år)*

Jeg vet ingen ting om hvordan ekteskapet hans hadde vært. Men for han representerte det en god opplevelser hvor positive relasjonelle selvbekreftelser fra tidligere lå til grunn for hans identitet (jfr. kap. 3.1).

Flere av informantene hadde vært aktive i idrett i tenårene. På veggene deres hang bilder fra deres aktive idrettskarriere sentralt i leiligheten. Når jeg kommenterte en rekke innrammede avisbilder som en av informantene hadde hengende, lyste han opp og fortalte om sin friidrettskarriere. Og når jeg spurte om han husket løpene, lo han og ramset opp:

*”Eg tror det va’ i 83 det der. Eg va vel 15–16 år. Borge-løpet, - 13 km. Om eg huskar det? (ler) Ja det gjør eg. Eg har løpt det 2 ganger. Det beste var på 49 ½ minutt på 13 km!” (35 år)*

Han fortalte videre detaljert om andre løp, viste medaljer, nevner en rekke personer han hadde konkurrert med, husket tider han har prestert på ulike distanser, årstall o.s.v. Det var tydelig at dette var en vesentlig faktor som var viktig for hans tidlige selvoppfatning og selvidentitet.

Som tidligere nevnt var det ingen som hadde kontakt med idrettsmiljøet lenger. En annen hadde spilt fotball.

*”Eg trenar ikkje så mykje no.. Der spilte eg på Flint (peker på et lagbilde på veggen). Då va eg på småguttelaget. Eg spilte back.” (37 år)*

På den ene siden var disse bildene med på å bekrefte dem selv, deres prestasjonen og dermed deres tidlige selvbekreftelse. Samtidig lå dette mange år tilbake i tid og jeg fornemmet en viss tristhet som lå i erkjennelsen av at dette var en del av deres livshistorie som de ikke lenger mestret slik de gjerne ville:

*”Den gangen klarte eg meg jo bra, mens no e’ eg jo mest for meg sjøl”. (43 år)*

Flere hadde bilde av nevøer og nieser. Når jeg spurte om de hadde kontakt med noen av disse, svart de ofte unnvikende eller unnlot å svare. Det virket som det var vanskelig for dem å snakke om familien. Jeg fikk en følelse av at disse bildene også var på mange måter et symbol på en negativ selvbekreftelse på at de ikke hadde blitt det de hadde drømt om.

Derimot var det en rekke ting i leilighetene og som var forbundet med den, slik jeg oppfattet det, som positive selvbekreftelser. Tidligere refererte flere av informantene fra en vintertur de hadde vært på. Der var det skiløp. En av dem fortalte:

*”Eg sto på ski og hadde konkurranser. Her skal du se nokke (spretter opp og henter ned to pokaler som stod i hyllen). Her kan du se ka’ eg har vunnet i konkurranser. De der e’ eg grådig begeistret for! De va’ fine, sant? Eg va’ grådig gla’, selv om de bare va’ 2. plassar”. (41 år)*

Dette var tydeligvis ting han var svært stolt over og som han likte å fortelle om.

En av informantene hadde en rekke gamle bybilder på veggene. Han fortalte ivrig om hvor det var og *”...at sånn så det ut i gamle dager, når eg’ kom te’ by’n” (55 år)*. Jeg tolket det også som at disse var en del av hans identitet knyttet til byen.

Videre hadde flere suvenirer de hadde samlet på opp gjennom årene. Disse representerte for flere av dem en vesentlig del av deres livshistorie. Det dreide seg om steder de hadde vært og det var ofte knyttet til gode minner de hadde.

De aller fleste hadde det svært ryddig og ordentlig i leilighetene sine. Flere fortalte også om hvorfor de hadde innredet det slik. De hadde således et svært bevisst forhold til det:

*”Tålig bra. Det kunne jo vært litt mer på veggene, men eg har liksom ikkje savnet det nokke særleg. Eg har ikkje vært vant til å gjøre det helt store av pyntingen før heller. Eg va’ jo heme hos en her lenger borte. Han bodde i en sånn enebolig nærmest. Det va jo som å komme inn til en gammel dame vet du; figurer alle veier, plakater og..... så eg e’ ikkje typen te å ha så veldig mye rundt meg”. (38 år)*

De fortalte også om de enkelte møblene de hadde og det var ofte knyttet en spesiell historie til dem. Det kunne være den sofaen en av dem hadde fått kjøpe av penger han fikk fra en velmenende sosialkurator, det kunne være stolen en hadde fått arve fra onkelen sin, bordet han hadde fått fra foreldrene o.s.v. Det var viktige deler i dannelsen av deres selvidentitet.

Hvordan leiligheten fremstod var også viktig for dem. Jeg oppfattet at de satte sin ære i at den skulle være ordentlig:

*”..annen hver onsdag har eg pleid å støvsuge og sånt. Og ellars holder orden. Men eg tar husarbeidet sjøl, og det går greitt..... Det e’ jo sånn når du har nokke for deg sjøl, så må du holde orden. (40 år)*

De var tydeligvis stolt over at de mestret dette og dette var også viktig for deres selvidentitet. Noen av beboerne måtte nok ha litt hjelp fra tid til annen til reingjøring:

*”Hvis eg trengar det, kan eg bare spørre en av de som jobbar her om å vaske tak og veggjar og sånt, - for det e’ ganske tungt” (47 år).*

Det som imidlertid var vesentlig, var at de hadde en følelse av at det var de selv som bestemte og avgjorde om de ville ha hjelp eller ikke. En av beboerne hadde tydeligvis gjennomskuet personalet, ved at han mente de av og til kom på besøk til han for å kontrollere hvordan han hadde det. Det var med et smil om munnen han som en triumf fortalte:

*”... de e’ jo av og til inne å ser at det ikkje ser ut så en slagmark her inne. Det e’ det jo heldigvis ikkje. Eg har av og til litt papir på bordet. Det e’ det meste rotet....” (38 år)*

Noen av beboerne hadde dessuten hobbyer som også preget leiligheten. Hos han som hadde egen båt, gjenspeilte dette seg også i leiligheten. Flere marine gjenstander (f.eks. en håndlaget seilskute i miniatyr) stod svært sentralt plassert i hyllene, samt bøker og tidsskrifter om sjøliv, båter og båthold var lett synlig og tilgjengelig.

En annen var svært interessert i gamle radioer og var opptatt av kortbølgesendinger. Hos han var en rekke remedier sirlig plassert i hyllene:

*”... det e’ jo ting eg har skaffet meg opp gjennom årenes løp. Tanberg-radioen der e’ jo minst 20 år. Og der borte e’ jo en gammel dampradio, - en gammel rørradio. Eg har mykje sånt, - med antenner og sånt. Eg har funnet masse på loppemarkeder og Fretex og sånt... Du vet, NRK ble jo litt for tregt, så eg fant at eg ville ha litt musikk, - Radio Lux og sånt. I dag kan eg jo få inn Kina eller nokke sånt...” (39 år)*

Sist, men ikke minst, var det flere som trakk fram at de nok hadde litt spesielle rutiner og måter de ønsket å gjøre ting på. De uttrykte stor glede ved at dette kunne de fritt gjøre når de hadde egen leilighet; det var ingen som la seg opp i hva og hvordan de gjorde ting, noe som de hadde funnet ubehagelig når det bodde på institusjon eller sammen med foreldrene.

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til et sted for identitet kan beskrives i følgende undertema:

- **Et sted å vise seg fram.**
- **Uttrykk for egen livshistorie.**
- **En familiær sammenheng.**
- **Innredning/utsmykning som symboler på identitet.**
- **Arena for mestring.**

### 7.3.5 Fellesterritorium.

Lillestø (kap. 5.2) legger til bl.a. kunnskap og erfaring som en viktig faktor med hensyn til krav en stiller til territorium. Utfra kunnskap og erfaring blir en sosialisert gjennom omgang med andre mennesker. Dette påvirker hvordan en holder på sitt territorium eller hvordan en utvider det eller tilegner seg nye. Det var store individuelle forskjeller i så henseende på mine informanter.

De hadde flere muligheter for å utvide og skaffe seg nye territorier. Fellesrommene kunne ha en slik misjon. Ved de fleste bofellesskapene hadde de felles vaskerom, lagerrom og ganger hvor de kunne møtes. Det viktigste synes å være fellesstuen. Imidlertid sa de fleste at de brukte fellesstuen stort sett når noe ble arrangert der etter initiativ av personalet:

*”... det blir mye sånn personalgreie på mandag og onsdag.... Så har vi fast den fredagen då, med middagen her i fellesrommet. Så e’ det tirsdag og torsdag; då ser det ut som om folk flest klarar seg sjøl.” (38 år)*

Vissheten om at de hadde en fellesstue trakk flere frem som viktig. Fra egen erfaring fryktet de ensomheten og isolasjonen og som de mente ville være en fare i en ordinær blokkleilighet:

*”Eg har jo litt kontakt med en så eg jobbar med, så bor borte på Haugen. Det har eg jo tenkt på; at når han flyttet inn der i fjor eller sånn, – kjennar han nokken av de andre så bor i boligen med fire etasjer og sånn? Han har ikkje nokke fellesrom å gå inn i når han har lyst å ha kontakt med andre folk.” (39 år)*

Selv om informantene ga uttrykk for at disse fellesterritoriale områdene var viktige, virket det imidlertid som om de på eget initiativ sjelden tok dem i bruk. De fortalte at de godt kunne tenkt seg at personalet oftere kunne arrangere mer for dem.

*”Her har vi personalet.... å har nokken å snakke med. Tenk om vi hadde sotte i hver sin leilighet aleine og glodd? Det ville jo vere grådig kjedelig. Men de settar oss i gang; med fellesmiddager, turar av forskjellige slag o.s.v. Men det va’ mykje bedre med det før. Det e’ mer kjedelig no...” (41 år)*

*”...det e’ minuset her, at det e’kje nokke tilsvarende. Det e’kje nokke tilbud, og det e’ litt dumt, utenom den samlingen om fredagen. Det e’ det eneste så e’ organisert liksom.” (38 år)*

Andre slike arenaer som jeg fant viktige for dem, både direkte og som middel til å utvide sitt territorium, var båten for han som hadde det og bilen for en som hadde egen bil. Disse var i en særstilling i og med at de kunne invitere med seg andre på turer, de kunne gjøre andre små tjenester, de kunne få andre med seg på vedlikeholds-/ reparasjonsarbeid, og samtidig gjorde bilen/båten dem mobile med mulighet til å komme til andre fellesarenaer (ulike arrangement, sosiale sammenkomster, handleturer etc.).

Informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til felles territorium kan beskrives i følgende undertema:

- **Arenaer for sosial kontakt.**
- **Muligheter for å inngå i sosial relasjoner.**

#### **7.4 OPPSUMMERING.**

Beboernes opplevelser og erfaringer av sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser henger sammen med de opplevelser og erfaringer som er knyttet til deres generelle livshistorie, spesielt i forhold til deres til dels langvarige rolle som psykiatrisk pasient. Dette innbefatter spesielt den delen av livet hvor de hadde vært avhengig av hjelp fra hjelpeapparatet, men også barndoms- og oppvekstvilkår.

To forhold hadde betydning for lidelsen og deres bilde av seg selv. For det første fortalt de om en vanskelig barndom hvor forholdet til de nærmeste og omgivelsene var preget av en grunnleggende usikkerhet og mangel på trygghet. Dernest tilskrev de årsaken til lidelsen traumatiske opplevelser som førte til det de opplevde som et sammenbrudd i deres liv. Dette oppfattet de som en sårbarhet som hadde fulgt dem seinere i livet.

I bofellesskapet opplevde de rammer som muliggjorde at de kunne mestre livet på en bedre måte enn tidligere. En vesentlig forutsetning synes å være at de får tilstrekkelig selvbekreftelse. Beboerne hadde en klar oppfatning om at det var en sammenheng mellom

deres lidelse og deres spesielle behov for hjelp fra helsevesenet. Lidelsen medførte begrensninger som fordret spesielle tiltak og rammer for at de skulle mestre sine liv.

Det å bo sammen med andre med psykiske lidelser medførte at de forventet toleranse for de utslagene lidelsen gav og at de selv utviste samme toleranse. De hadde en gruppefølelse gjennom at de bodde sammen, hadde felles -aktiviteter, -samlinger, -reiser etc.

Forholdet til andre synes å være preget av det jeg har kalt ”nærhet, - på avstand”. Forholdet mellom å inngå i nære relasjoner og å leve atskilt var en uttalt vanskelig balansegang. De tok i liten grad selv initiativ til sosial kontakt, samtidig som de uttrykte et klart slikt behov for det. I stor grad forventet de at personalet tok initiativ til situasjoner hvor samhandling og fellesskap var mulig. På den ene siden vegret de seg mot nære relasjoner. På den andre siden fryktet de ensomhet og isolasjon. Begge deler var for dem noe som de tidligere i livet hadde opplevd og erfart, ofte med en følelse av å ikke mestre noen av delene. Mangel på toleranse fra omgivelsene, stigmatisering, psykiske symptomer og for dem destruktive relasjoner var de mest fremtredende elementene. Imidlertid hadde de lav toleransen for aggressiv og utagerende adferd i bofellesskapet.

Det synes å være en sammenheng mellom antall arenaer de deltok i og antall sosiale kontakter de hadde med andre mennesker. Antallet relasjoner var en viktig faktor for deres opplevelse av sosial integrasjon. Når de beskrev samhandlingen i de relasjonene de inngikk i, bar de preg av å være mer distansert og mindre integrert og nære enn slik sosiale relasjoner er beskrevet i teoridelen. Selve bofellesskapet var den viktigste arenaen for sosial kontakt. Fellesaktivitetene som ble arrangert, spesielt turer og fellessamlinger, var viktig for å skape samhold og kontakt mellom beboerne. Sosial kontakt gjennom arbeidsfellesskap betydde mye for alle. Imidlertid hadde de stort sett ingen kontakt med arbeidskamerater utenom arbeidstiden. Likevel mente alle at det å ha et arbeid å gå til var svært viktig for deres livskvalitet. Spesielt viktig var hobbyer for de som hadde hobbyer, noe som medførte at de møtte andre med samme interesser og dermed inngikk i andre sosiale situasjoner enn dem de deltok i i tilknytning til pasientrollen.

Selv om personalet fremstod jevnt over som den viktigste omsorgspersonen, var det i alle bofellesskapene tydelig at en av beboerne i hver bolig fikk en rolle som omsorgsgiver og talsmann for de andre. Denne tok rollen svært alvorlig og følte det som en tillitserklæring.



Omsorgstjenestene bar preg av å være knyttet til hjelp med diverse praktiske oppgaver. Noen av informantene fortalte, med en viss stolthet, om konkrete episoder der de hadde vist omsorg for andre. Ved hjelp av mer emosjonell og/eller alvorlig art, forventet de som regel at personalet skulle stille opp. Det gjennomgående inntrykket var imidlertid at i det daglige klarte de seg godt på egenhånd. Det viktigste virket imidlertid å være at vissheten om at de kunne forvente omsorg og hjelp når de virkelig trengte det, var en vesentlig virksomme faktor for at de klarte seg i stor grad uten.

Bekreftelsene som lå i at de mestret tilværelsen kom først og fremst til uttrykk ved at de klarte å bo i egen leilighet. Derigjennom utviste de en kompetanse knyttet til å ha en sosial rolle. Det var med stolthet de tok i mot meg i egen leilighet. Flere av dem syntes i perioder det var på grensen av det de kunne klare. Mestring av de oppgaver og det ansvar som var forbundet med å ha en egen leilighet var imidlertid vesentlig for bekreftelse av egenverdi. Videre hadde arbeidet også en slik funksjon. Den positive responsen på at de mestret arbeidssituasjonen betydde tydeligvis mye for dem. Dessuten var det viktig fordi arbeidet hindret dem i å være uvirksom, noe som var viktig for deres livskvalitet. Samtidig var det flere som ønsket tilbud om flere faste fellesaktiviteter.

Et aspekt ved begrepet sosial støtte er å ha pålitelige allianser; en kilde hvor en kan motta omsorg, emosjonell støtte og assistanse, uavhengig av om en kan gjøre gjengjeld. Ingen av informantene fortalte om slike nære symmetriske relasjoner. Noen av dem hadde imidlertid hatt slike nære relasjoner. De uttrykte et klart savn. Flere av dem fortalte historier om mennesker i hjelpeapparatet som hadde ytt dem hjelp utover det de kunne forvente fra disse. Disse ble trukket frem som gode minner, men også som sterke opplevelser fordi de på et avgjørende punkt i livet utgjorde en vesentlig og ofte avgjørende betydning, først og fremst ved at det var viktig for tilliten til hjelpeapparatet. Imidlertid opplevde de fleste av dem at personalet ved bofellesskapet var i mange tilfeller den viktigste nære relasjonen de hadde. Dessuten var de ofte de som hadde kontakter og kjente til andre hjelpeinstanser og dermed kunne de henvise dem til rette instans. Forholdet til familien var viktig for noen av dem, men gjerne beskrevet unnvikende, som sporadisk og ofte preget av det jeg oppfattet som en distansert forpliktelse fra familiens side.

På grunn av deres lidelse hadde de i faser av livet et erkjent behov å få gode råd og veiledning. I det daglige var personalet ved bofellesskapet slike viktige personer. Imidlertid

var det flere som trakk fram fastlegen som svært viktig i denne sammenheng. Det de trakk fram som spesielt viktig, var at vedkommende var lett tilgjengelig og at denne representerte kontinuitet over tid. Alle fikk medikamenter for sin psykiske lidelse. Villighet til å lytte, diskutere virkninger og bivirkninger, justere dosering og å prøve ut andre medikamenter, var trukket frem som vesentlig. Dessuten opplevde de at legen i avgjørende perioder i livet hadde delvis gjort valg for dem som de i ettertid så at de ikke selv var i stand til å gjøre. Også der hvor samarbeidet med sosialkontoret var godt, var trukket fram som positivt. Tålmodighet og en positiv tro på at det skulle bra, ble trukket frem som betydningsfulle egenskaper hos hjelperen.

Det å ha et eget territorium i form av en egen leilighet, hadde stor betydning for dem. Det sentrale var knyttet til en opplevelse av trygghet. Flere av dem følte imidlertid at det var forbundet med et stort ansvar og følte til tider at det å måtte klare seg selv var på grensen av det de kunne klare. Den forutsigbarhet som lå i ha en egen leilighet, var noe som i seg selv var trygghetsskapende. Utfra erfaring visste de at deres helsetilstand i perioder svingte, noe som for flere førte til tidvise institusjonsopphold, og vissheten om at de kunne komme tilbake til leiligheten en viktig trygghetsfaktor.

Å ha et sted for privatliv, hvor en kunne være i fred og få anerkjennelse for et slikt behov, fortalte alle var viktig. Anerkjennelsen for eget privatliv betydde at ingen kom inn i deres private sfære uten å ha spurt og fått tilgang til dem. Samtidig hadde alle opplevd ensomhet og isolasjon og erkjente en trygghet knyttet til at noen fulgte med dem.

Det var viktig for dem å ha kontroll og autoritet over eget territorium. Dette innbefattet å også ta ansvar i og for leiligheten, være med å utforme regler, spesielt de uformelle reglene, hvor deres egne behov og vurderinger var viktige.

Leiligheten var også et sted som var knyttet til identitet. Den hadde en sterk symbolverdi som stod i motsetningsforhold til det offentlige og felles rom. Her kunne de selv sette sitt preg på rommet. Gjennom bilder, innredning og pyntegjenstander uttrykte de en vesentlig del av deres livshistorie. Her var elementer som knyttet dem til gode minner, tidligere karriere, interesser og hobbyer. Videre var leiligheten i seg selv en arena for mestring gjennom at de klarte å holde den ordentlig og rein.

Til hvert bofellesskap var det også områder som de delte med andre. Her hadde de muligheter for å dyrke og utvikle sosiale relasjoner. Spesielt var fellesstuen viktig. Denne ble først å fremst brukt etter initiativ fra personalet. Andre aktuelle potensielle arenaer for sosial kontakt var knyttet til spesielle interesser, hobbyer og aktiviteter. Disse kunne være kanaler for utvidelse av det territoriale rom.

Beboernes opplevelser og erfaringer med tilværelsen i bofellesskap, kan sammenfattes i følgende modell inndelt i hovedtema, undertema og grunntema:

<b>HOVEDTEMA:</b>	<b>UNDERTEMA:</b>	<b>GRUNNTEMA:</b>
Forholdet til seg selv	Årsaken til lidelsen  Å være pasient	Den vanskelig barndom. Den traumatiske hendelse. Å kunne styre eget liv. Å bli bekreftet.  Lidelsens begrensninger. Stressfaktorer og mestring. Toleranse og stigmatisering. Frykt for aggresjon.
Forholdet til andre.	Nærhet, - på avstand.  Bekreftelse i sosiale relasjoner.  Å gi og å få omsorg.  Bekreftelse gjennom mestring.  Den nære relasjonen.  Å få gode råd.	Arrangert nærhet. Vegring for nærhet. Frykt for ensomhet. "Farlige" relasjoner. Sosial kontakt. Turer som arena. Arbeid som arena. Hobbyer som arena.  Omsorgsgiveren. Praktisk hjelp. Omsorg som "back-up".  Å mestre og å bo. Å mestre en jobb. Mestring i brukergruppen.  Savnet og frykten. Det gode minnet. Personalet som nære.  Råd fra hjelpepersoner. Det gode råd.

<p>Å ha et eget territorium.</p>	<p>Et sted for trygghet.</p> <p>Et sted for privatliv.</p> <p>Et sted å kunne bestemme over.</p> <p>Et sted med identitet.</p> <p>Fellesterritorium.</p>	<p>Trygghetens omkostninger. Trygghet i forutsigbarhet.</p> <p>Å få være i fred. Anerkjennelse av privatliv. Noen følger med en. Frykt for isolasjon/ensomhet.</p> <p>Autoritet over eget område. Å ta ansvar for eget område. Lage regler for eget område. Egne behov som styrende.</p> <p>Et sted å vise seg fram. Uttrykk for egen livshistorie. En familiær sammenheng. Innredning/utsmykning som symboler på identitet. Arena for mestring.</p> <p>Arenaer for sosial kontakt. Muligheter for å inngå i sosial relasjoner.</p>
----------------------------------	--	---

## 8.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres en del sentrale områder i studien. Dette innbefatter den metodiske fremgangsmåten, resultatenes betydning, konsekvenser for psykiatrisk sykepleie og aktuell framtidig forskning. Diskusjonen er knyttet til den aktuelle brukergruppen. Oppgaven kan også tenkes å kunne implisere andre områder av psykisk helsevern og andre grupper mennesker med psykiske lidelser.

### 8.1 Studiens metode

Det er problemstillingen som styrer valg av metode. I denne studien retter jeg fokus mot beboernes egne erfaringer og opplevelser ved tilværelsen i bofellesskap, og fant det således hensiktsmessig å gjøre en kvalitativ studie. Det vil alltid, uavhengig av valg av metode, ligge begrensninger i selve metoden. En bevissthet i forhold til disse begrensningene vil utfra mitt syn være vesentlig for gyldigheten av resultatene og tolkningene.

Jeg vil innledningsvis trekke frem den usikkerhet som ligger i utvelgelsen av informanter. Jeg opplevde stor variasjon i åpenhet og vilje til å gjøre bofellesskapene tilgjengelige, både fra enkelte bofellesskap og fra noen av bydelsadministrasjonene. Som nevnt fikk jeg av leder ved et av de utvalgt bofellesskap tildelt en beboer. Når jeg oppsøkte denne beboeren, traff jeg flere andre beboerne som spurte hvorfor ikke de skulle intervjues. De uttrykte klart at de også ville vært med i undersøkelsen, men ikke hadde blitt spurt. I tillegg var det i en bydel opplyst at beboerne i de aktuelle bofellesskapene var for syke til å kunne intervjues. Et bofellesskap ble utelukket på grunn av pågående personalkonflikter. Det kan selvsagt ligge mange både åpne og skjulte motiver til grunn for at det ble satt begrensninger i forhold til tilgjengelighet på informanter og bofellesskap, noe jeg ikke kan gå nærmere inn på her. Det medførte imidlertid er at det fra bofellesskap/bydel sin side dermed er gjort en ytterligere utvelgelse og vurdering av de potensielle informantene med flere og andre utvalgsriterier enn de jeg i utgangspunktet hadde satt opp (kap. 6.3.2). De informantene jeg fikk, vil således ikke nødvendigvis være representative for beboere i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Informantene kan tilhøre den gruppen som kan karakteriseres som de som var best fungerende. De kan representere de som var mest positiv til tilværelsen, de som var minst

kritisk både i forhold til selve bofellesskapet, de ansatte, organiseringen, og at de muligens var de mest verbale, best intellektuelt utrustede o.s.v., - kort sagt: de mest presentable. Finn Skårderud (1998) beskriver en gruppe pasienter som ”de flinke pasientene”, og sier at det er de som:

*”.... taler klokt og velformulert, mine innspill blir besvart som om de var stiloppgaver, og det rapporterer dyktig om jevn bedring. Men språket er ikke der hvor følelsene er. Hvor er emosjonene, hvor er livet? Det er dødt. Behandleren kan velge den komfortable veien og trøste seg med rapportene om bedring”. (op.cit., s. 68)*

Hans beskrivelse er knyttet til individuell behandling, men det samme fenomenet vil en kunne tenke seg i forhold til mine informanter. De kan representere den gruppen som er med på å bekrefte, både på individ- og systemnivå, det som er positivt, godt og vellykket i bofellesskapene. Risikoen ligger i at det er de som gir personalet positive bekreftelser som får komme til orde. De misfornøyde og kritiske beboerne kan dermed tenkes å bli holdt utenfor.

Ved et av bofellesskapene, hvor jeg ble invitert til å informere om prosjektet, ble alle beboerne som en selvfølge innkalt til et fellesmøte av lederen av bofellesskapet. Lederen spurte innledningsvis både meg og beboerne om hun trengte å være til stede. Her ville alle intervjues, og samtykke ble gitt på et ganske fritt grunnlag. Samtidig ble det viktig for meg å gjøre det klart hva informert samtykke var og ellers gi god informasjon om hva det innebar for den enkelte å delta i undersøkelsen, slik at de ikke følte et utilbørlig press til å svare ja. Selvfølgelig var de nok muligens til en viss grad utsatt for et gruppepress til å delta, uten at jeg registrerte dette. Imidlertid var det mye som tydet på at beboerne i det aktuelle bofellesskapet allerede i utgangspunktet var pålagt stor grad av ansvarlighet og medbestemmelse som en viktig del av bofellesskapets tenkningsgrunnlag. Jeg prøvde å få til en lignende fremgangsmåten når jeg introduserte meg i de resterende bofellesskapene.

Med utgangspunkt i foregående kan det således være mulig at jeg fikk tilgang til den ”flinke informant”, som også ga meg ”de rette” svar; altså sa det de forventet at jeg ønsket å høre. Dette utgjør også den spesielle utfordringen i kvalitative metoder.

Tolkningen av budskapet informantene formidlet, vil være styrt av den førforståelsen som lå til grunn for studien. Spenningsfeltet mellom hvor styrende denne er, og min åpenhet rettet mot informantenes livsverden, vil være vesentlig for resultatets gyldighet. Resultatet er

dekkende for de aktuelle informantene og kan ikke uten videre sies å ha allmenn gyldighet. I forhold til noen av temaene var uttalelsene svært sammenfallende i gruppen, noe som kan indikere en kunnskap som er av generell karakter. På andre områder kom det frem store individuelle forskjeller. Dette er også et vesentlig kjennetegn ved kvalitativ metode.

Jeg har brukt metaforen "catch and release" i metodekapittelet, og mener det er viktig å være seg bevisst de etiske sidene ved forskningsprosessen. I denne sammenheng tenker jeg i første rekke på muligheten for at informantene føler seg brukt på en negativ måte. Videre, og som i forlengelsen av dette, at mine egne tanker og behov for bekreftelse av mine fordommer, er styrende for hva jeg oppfatter av informantenes budskap. Eller at jeg har en tanke om at bofellesskap for eksempel er et så ubetinget godt tilbud til psykiatriske langtidspasienter at jeg for en hver pris vil fremstille de som så betingelsesløst positivt som mulig. Til sist kan samtalene omkring til dels sensitive ting i deres liv sette i gang vanskelige prosesser som kan være belastende og i verste fall sette i gang reaksjoner som kan gi negative konsekvenser for dem i ettertid. Disse problemstillingene, både utfra en etisk og metodologisk synspunkt, krever at en som forsker er forpliktet til å reflektere i forhold til disse, slik at en kan ta de nødvendige forhåndsregler.

Ellers vil tolkningens troverdighet være avhengig av det empiriske materialet og av forskerens førforståelse (Fog 1997). Intervjueren er troverdig i den grad han klarer å skape en nødvendig tillit hos fortelleren, klarer å motivere fortelleren til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer, og at analyse, tolkning og presentasjon av resultater er forståelig og tydelig for leseren (Lindahl & Juhl 2002).

## **8.2 Resultatenes betydning**

Informantene hadde et tilsynelatende behov for å knytte den psykiske lidelsen de hadde til en årsaksforklaring, gjerne i forhold til konkrete hendelser. Innen psykisk helsearbeid har det vært en viss kritikk mot mange teorier hvor det tilskrives et for stort fokus på årsaksforklaringer, diagnose, forløp og behandling, ofte forstått som naturvitenskapelige forklaringsmodeller. Motsatsen er å være orientert mer mot her-og-nå, og at mennesket har frihet til å velge. Utfra informantenes uttrykte opplevelser, var det av stor betydning å ha noe

konkret å knytte sin lidelse til, og at deres muligheter var påvirket av deres tidligere livshistorie.

Fra et faglig ståsted kan det i denne sammenheng være aktuelt å tenke seg disse hendelsene som utløsende, hvor det samtidig foreligger en personlighetsmessig sårbarhet og hvor den enkelte ikke hadde indre eller ytre ressurser til å mestre de aktuelle stressituasjoner som dukket opp. Det forundret meg for øvrig at de i så liten utstrakt grad reflekterte over bakenforliggende årsaksforklaringer. Alle hadde vært så pass lenge syk at de i løpet av sykdomsperioden antagelig hadde fått tilbud om psykoterapeutisk behandling av en eller annen form. Enten hadde denne behandlingen hatt så liten betydning for dem at det ikke var en del av deres selvforståelse, eller så var det et tema som var vanskelig å snakke med meg om eller at de ikke ønsket det av andre grunner. En annen mulighet er at de rett og slett ikke har fått et behandlingstilbud hvor dette inngikk som en del av det totale tilbudet. Svein Haugsgjerd sier at:

*”Retten til å være syk når man er det, henger sammen med det kravet man har på å få hjelp til å forstå **hvorfor** man ble syk.”*

(Haugsgjerd 1983, (2) s. 20)

Flere av informantene antyder imidlertid bakenforliggende årsaker som utrygge oppvekstvilkår som mye flytting, mangel på omsorg, eller arvelige faktorer, høy grad av sårbarhet, angst og usikkerhet.

Hvis jeg skal innta en mistenkers posisjon for en liten stund (jfr. kap. 6.4), vil jeg i forbifarten bare nevne at informantenes tendens til å tillegge seg selv en pasientrolle kan bygge på at hjelpeapparatet, de pårørende og samfunnet ellers har gitt dem en slik rolle. De kan ha lydigt innordnet seg etter de forventninger og krav som stilles til en slik rolle. Det kan gjelde både selve rollen som pasient og årsaksforklaringene til lidelsen.

Haugsgjerd mener imidlertid at noen er mer sårbare overfor spesielle typer livsproblemer, og at det avgjørende for mestring er om slike traumer eller sterkt press ”treffer” et sårbart punkt (Haugsgjerd 1983 (1)). Videre påpeker han at tenårenes overgang til voksent liv fører ofte med seg en form for repetisjon av tidligere dilemmaer i utvikling, samtidig som de blir



aktualisert innen en annen og nå sosial og kjønnslig sammenheng. Flere av informantene fortalte at tidsmessig skjedde ”sammenbruddet” i overgangen fra ungdom til voksen alder. Jeg opplevde at flere av informantene retrospektivt anså disse hendelsene som katastrofer. De ytre rammene for hendelsene, for eksempel stressfaktorer i forbindelse med skolegang, arbeid, kjærlighetsforhold, militærtjeneste o.s.v., vil kunne karakteriseres som allmenne og som en normal del av en psykologisk utvikling (Erikson 1981). Det vil således være av avgjørende betydning hvordan omgivelsen tolker disse overgangsfasene, spesielt overgangen til tidlig voksen alder. I det siste har det vært mye fokus på betydningen av nettopp tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS), hvor målet har vært forebygging av alvorlige psykiske lidelser (Joa, Larsen et al. 2001; Møller 2001; Hem 2002; Høie 2002; Johannessen 2002; Larsen 2002; Nilsen 2002; Møller & Husby 2003). Det kan imidlertid være problematisk å skille hva som er tidlige tegn på utvikling av en psykisk lidelse, og hva som er knyttet til normal og/eller situasjonsbestemt adferd i den aktuelle perioden (Jordahl & Repål 1999).

Lisbet Borge påpeker at mestring av disse konfliktene også er avhengig av en rekke faktorer på systemnivå (Borge 2000). Det vil derfor handle om forebygging ved å redusere både sosiale og psykiske risikofaktorer. I denne sammenheng kan det være viktig å trekke inn helsevesenets ansvar utfra et samfunnsperspektiv (jfr. kap. 5.2.4). Dette innbefatter også politisk påvirkning, for eksempel i forhold til oppvekstforhold generelt, både på mikro- og makronivå.

Jeg avgrenset ikke utvalget av informanter til mennesker med spesielle diagnoser, men fokusere på mennesker med psykisk lidelse generelt. For å få plass i et av bofellesskapene ligger det implisitt at en har en funksjonshemming p.g.a. en psykisk lidelse som gjør at en på det aktuelle tidspunkt er vurdert til å ikke klare seg i egen bolig. Den gruppen mennesker som inngikk i undersøkelsen kan således karakteriseres ved at de har en alvorlig, langvarig psykisk lidelse. Selve diagnosen var ikke noe tema som verken jeg eller informantene brakte på banen. Lidelsen er imidlertid nært knyttet til diagnosen (= ”gjennom erkjennelse”), som igjen henger sammen med rollen som pasient (= ”den som lider”) (Wifstad 1997; Borg 1999). Det var informantene selv som tok opp temaet omkring lidelsen og om de begrensningene den ga. Helt siden 60-tallet har det foregått en løpende fagdebatt om verdien og konsekvenser av bruken av diagnoser ved psykisk lidelser. Først i det siste har det vært gjort noen systematiske undersøkelser om hvordan pasientene selv opplever å få en alvorlig psykiatrisk diagnose (Monsen & Holte 2001). Professor Arne Holte ved Universitetet i Oslo

har vært ansvarlig for to slike undersøkelser (op.cit.). Begge undersøkelsene viser at pasientenes opplevelser er langt mer nyansert enn den faglige debatten gjenspeiler. Opplevelsene varierer mellom lettelse og fortrolighet til likegyldighet, sjokk og bitterhet. I tidlige faser etter at en har fått en diagnose, kan det å vite hva som feiler en, utløse en prosess som fører til mer innsikt og kunnskap om sykdommen. Diagnosen kan gi motivasjon til mestring. Pasienten kan oppleve kontroll med en tilværelse som tidligere var skremmende og uforutsigbar fordi han/hun ikke visste hva som var galt. Imidlertid opplevde mange at den på lengre sikt medførte en hindring i forhold til omgivelsene, tap av roller, stigmatisering og utstøting fra samfunnsaktiviteter. Noe som gikk igjen var at de fikk altfor liten mulighet til å få informasjon om lidelsen, alternative behandlingsformer, aktuelle medikamenter og bivirkninger, samt manglende innlevelse og formuleringsevne fra helsepersonellens side.

Rolf Sundet hevder at diagnoser er en nødvendighet innenfor psykisk helsevern og forfekter et både-og-standpunkt, hvor det sentrale blir hvordan man bruker diagnoser i den kliniske arbeid (Sundet 1997)(jfr. kap. 2.5). Han anvender Michael Whites` eksterialisering av problemet som innfallsvinkel (Selekman 1989). Med dette forstås at en i klinisk virksomhet oppmuntrer personer til å objektivisere, og noen ganger personifisere de problemene den lidende opplever som problematiske. Sundet trekker en parallell mellom White`s kliniske tilnærming og den en finner ved ”expressed emotion” (jfr. kap 4.1). Elementer i denne måten å mestre en psykisk lidelse, synes jeg lå implisitt i mange av de mestringsstrategiene informantene i undersøkelsen selv brukte. Det snakket om lidelsen som noe som lå på utsiden av de selv, og som de dermed kunne forholde seg til.

En del av den teoretiske referanserammen for undersøkelsen var knyttet til to antatte grunnleggende menneskelige behov, nemlig behovet for sosial støtte og for eget territorium. Begge handler mer eller mindre direkte i det store og hele om relasjoner; om forholdet en har til seg selv og til andre.

Å ha en opplevelse av sosial støtte var viktig for beboerne. Imidlertid kunne det synes som det viktigste var behovet for å vite at det var mennesker de kan henvende seg til for støtte og hjelp. Altså er vissheten om at denne støtten utenfra er tilgjengelig ved behov, en har tillit til at noen kan yte dem hjelp ved kritiske livshendelser det som er av størst betydning for en opplevelse av trygghet i tilværelsen.

Ut fra det de fortalte virket det som at de relativt sjelden selv tok kontakt med andre. De deltok stort sett bare i sosiale sammenhenger når de av personalet eller andre, rutinemessig eller tilfeldig, ble oppfordret til å delta i diverse slike arrangement. Psykiatrisk forskning har vist at nettopp evnen til å knytte varige og nære bånd til andre personer er et sentralt problem for mange psykiatriske pasienter (Dalgard, Føllesdal et al. 1982; Sørgaard 2000; Borge, Hoffart et al. 2001). Det dreier seg både om å opprette og å ivareta sosiale relasjoner. Det kunne virke som det var en sammenheng mellom hvor aktiv informantene selv var til å oppsøke sosiale situasjoner og deres sosiale kompetanse. Altså kan det være at de som fortalte at de inngikk i flest slike, også var de som størst behov for det, mestret det og/eller hadde dermed størst glede av å delta i slike sammenhenger. Bakgrunnen kan forstås utfra et psykodynamisk perspektiv i det Nielsen og von der Lippe kaller organiseringsprinsippet; altså der både defekter og konflikter i personlighetsutviklingen ligger til grunn for en kompleks forståelsesramme av psykiske lidelser.

Tom Sørensen fant i sin undersøkelse fra begynnelsen på 80-tallet (jfr. kap. 3.4.2), at beboerne i bofellesskap i stor grad utvidet sitt sosiale nettverk. Gjennom å komme i kontakt med de andres familie og venner, utviklet de sitt eget. I min undersøkelse var det lite som tydet på denne gevinsten var til stede. Bakgrunnen kan være at utvalget var så vidt forskjellig, for eksempel med hensyn til sosial fungering, og hvor aktive personalet var i denne prosessen.

Videre var også det kvantitative aspekt som ble trukket frem. Det virket som om det i seg selv var viktig å ha mange personer i sitt nettverk, selv om disse nødvendigvis ikke ble definert som særlig nære sosiale relasjoner. Forholdet til andre var preget av det jeg vil kalle en distansert nærhet. Dette gjaldt både forholdet til medbeboere, arbeidskollegaer, venner, det profesjonelle nettverk og familie. Heinrich Böll beskrivelser forskjeller på slike kvalitative nære og mer fjerne relasjoner i boken "Som en klovn ser det" (Böll 1973). Hovedpersonen Hans og venninnen Marie hadde gjensidig glede av bl.a. å spille ludo. Når hun etter hvert forlot han, først mentalt, merket han det ved at hun spilte ludo med han for å være hyggelig, av vennlighet og medlidenhet, og ikke fordi de begge hadde glede av det. I mange sammenhenger kunne det virke som om informantene foretrakk en slik "nærhet, - på avstand", hvor gjensidighet ikke var så viktig, og hvor mottagerrollen var viktigst.

I teoridelen har jeg presentert det Weiss mente var karakteristisk for begrepet sosial støtte utfra visse interaksjonelle betingelser (jfr. kap. 4.1). Disse oppfatter jeg kjennetegnes av en emosjonell relasjonell nærhet med tette kvalitative bånd preget av gjensidighet. Utfra det informantene fortalte om sitt nære nettverk, kan det virke som en slik nærhet altså ikke var karakteristisk i særlig stor grad i deres beskrivelse. Det er mer snakk om det Sørgaard (2000) betegner som sosial kontakt enn om sosial integrering. Videre virker det som at de nærmeste for beboerne i stor grad er personer i profesjonelle nettverket. Det viktige er imidlertid at beboerne opplevde at dette er "godt nok" for dem; de uttrykte at de opplevde tilværelsen som god, og således en god opplevd livskvalitet. Livskvalitet forstår jeg da som den subjektive opplevelsen og følelsen av psykisk velvære, slik Siri Næss uttrykker det (kap. 5.1.3). Referansen for beboerne sin egen tilværelse i bofellesskapet var i forhold til deres opplevelser og erfaringer først og fremst sammenlignet med institusjonstilværelsen, men også for noens del det å bo i egen leilighet og/eller hjemme hos foreldre. Undersøkelser bekrefter også at langtidspasienter som har flyttet ut, stort sett får et bedre liv utenfor institusjon og bedret livskvalitet (Borge, Martinsen et al. 2000).

Selv om informantene gjennomgående ga uttrykk for at de hadde det bra til tross for at det virket som de ikke hadde mange nære følelsesmessige nære relasjoner, var det imidlertid flere som uttrykte at de savnet og drømte om å oppleve slike nære forhold. Særlig var dette aktuelt i forhold til den nære familien. Samtidig er det viktig å erkjenne at det normalt er store individuelle forskjeller i forhold til i hvor stor grad vi som mennesker ønsker og er avhengig av dette, uten at det dermed er forbundet med en psykisk lidelse. For eksempel vet vi at mange velger å leve i sølibat uten at det er motivert av religiøse årsaker (Brown 1982), og selvfølgelig uten at det betegnes som unormalt. Hvorvidt valget for informantene er styrt utfra egne ønsker og behov, om det er mangel på kompetanse til å inngå slike relasjoner (mestring) eller eventuelt om frykten for å mislykkes på bakgrunn av tidligere erfaringer er det styrende, er i denne sammenheng et interessant spørsmål. En betydelig del psykiatrisk forskning har imidlertid vist at nettopp evnen til å knytte varige og nære bånd til andre personer er et sentralt problem for mange psykiatriske pasienter (Dalgard, Føllesdal et al. 1982).

Det var også noen som mer eller mindre direkte fortalte at de egentlig lengtet tilbake til institusjon. De uttrykte at de følte de trengte tryggere rammer rundt seg enn det de hadde i bofellesskapet. Særlig gjaldt dette i perioder de hadde det vanskelig. Noen av dem følte dette

som en stressfaktor, og at det ansvaret som fulgte den friheten de nå hadde, var på grensen av hva de maktet (jfr. kap. 2.4).

Slik jeg tolker informantene, har de som gruppe til felles en sårbarhet i forhold til relasjonelle forhold. Flere fortalte om hvordan akkurat negative relasjonelle erfaringer hadde gitt dem en stor grad av sårbarhet på dette området. Det kunne virke som om at flere av dem i utgangspunktet hadde mangel på tidlig positiv selvbekreftelser, slik Theophilakis beskriver det (kap. 3.1). Dessuten beskrev flere at de også hadde opplevd mange traumatiske relasjonelle situasjoner i løpet av livet, blant annet knyttet til miljø som virket direkte destruktivt på dem. Derfor hadde de stor motstand mot å ta kontakt med sitt gamle miljø, og de vegret seg også for å oppsøke nye miljøer hvor en forventet tette sosiale relasjoner. En tolkning kan være at de anså risikoen for å mislykkes og få nye nederlag som altfor stor.

Det kan også være relevant å henvise til begrepet Expressed Emotion (EE), hvor nettopp det psykososiale klima som preget det miljøet en levde i, påvirker direkte lidelsesforløpet til den enkelte (kap. 4.1). Selv om begrepet i første rekke er knyttet til familiebehandling og forholdene mellom den lidende og dennes familie, mener jeg det også kan overføres til livsmiljø generelt. Mennesker med psykiske lidelser er tradisjonelt og fremdeles som gruppe stigmatisert, og det er generelt knyttet mange fordommer til dem som gruppe. Flere av informantene hadde i så måte hatt en rekke negative erfaringer og opplevelser av traumatisk karakter tidligere i livet. Fremdeles, og kanskje i økende grad, preges vårt samfunn av krav om høy grad av konformitet, effektivitet og produktivitet, og implisitt liten toleranse for de avvik som mennesker med psykiske lidelser kan ha (Tveråmo, Dalgard et al. 2003). Å møte kritikk, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering, medfører høy grad av EE. Dette kan derfor påvirke deres levekår, som igjen virker inn på den enkeltes livskvalitet på en negativ måte. Derfor mener jeg det kan være relevant å påpeke at dette også er et aktuelt samfunnsproblem. For denne gruppen mennesker blir kravene til ”normalitet” for snervre og toleransen for avvik så liten, at integrering kan for dem virke utopisk. Det kan virke som at det er til dels stor avstand mellom idealene om integrering og normalisering slik en finner det i offentlige føringer og realitetene.

Et annet aktuelt fenomen er at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har en tendens til å unngå å knytte seg til noen eller har redusert opplevelse av tilknytning (Haugsgjerd 1983 (1)). Spesielt ved psykoseproblematikk kan dette forstås som en beskyttelsesmekanisme som sikrer

en ved å skape seg idealiseringer og tankemessige tilfluktssteder som er upåvirkelig av det som samværet med omgivelsene kunne bringe. Dette mener han, stammer fra defekter fra den tidlige grunnleggende symbiotisk avhengigheten. Det kan forstås utfra et traume-perspektiv slik Freud beskrev det (Hjort 1997). Hvis man unngår å knytte seg for tett til noen, risikerer man heller ikke å mislykkes i nære relasjoner. Men samtidig med denne tilbaketrekkingen, syntes det også å foreligge en intense lengsel etter å være en del av et større sosialt nettverk. Det kan virke som en del av informantene nettopp ikke vågde å involvere seg for mye i sosiale relasjoner.

Jeg vil i det følgende diskutere noen tanker hvor utgangspunktet er psykisk lidelser forstått som et resultat av traumatiske opplevelser. Et gjennomgående trekk hos informantene, var at de i det store og hele vegret seg i påfallende stor grad å omtale andre personer på en negativ måte, både familie, medbeboere, venner, mennesker i det profesjonelle nettverket deres generelt og ansatte i bofellesskapet spesielt. Dette gjaldt også når de åpenbart var utsatt for krenkende handlinger fra konkrete personer. Når de fortalte om traumatiske livssituasjoner de hadde opplevd, og jeg prøvde å få de til fortelle mer om de menneskene som inngikk i det som hadde vært konfliktsituasjoner, uttalte de seg på en måte som stort sett utelukket deres opplevelse av personene, altså de affektive aspektene, mens de konkrete kognitive, situasjonsbeskrivende og erfaringene kom for noen av dem muligens og uklart til uttrykk. En mulig forståelse kan være at det dreier seg om idealisering. Det er et kjent fenomen at ved sterke traumatiske opplevelser, spesielt for barn, kan en ofte ha en tendens til å idyllisere tilværelsen og omgivelsene. Dette kan fremstå som et vesentlig trekk ved personligheten. Nyere traume-stress-forskning har pekt på mennesker som har gjennomlevd store traumer, gjerne ofte utvikler en illusjon om en god verden som hjelper dem, og kompenserer således mangel på basal sikkerhet (Prager & Salomon 1995; Cohen, Brom et al. 2001; Dasberg 2003). Spesielt har det vært forsket på jødiske barn som overlevde Holocaust og som tilsynelatende stort sett har klart seg bra seinere i livet. Imidlertid kjennetegnes de ofte av et urealistisk syn på verden som mer meningsfull, rettferdig og kontrollerbar enn det som gjelder for kontrollgrupper. Ved nye traumer og stress har de en høyere sårbarhet for mentale sammenbrudd enn andre. Videre utvikler de ofte psykiske symptom som seinreaksjonsmønstre, ofte som posttraumatisk stresssyndrom, når de nærmer seg pensjonsalderen. Livssituasjonen endrer seg gjerne dramatisk i denne fasen av livet (pensjonisttilværelsen, ensomhet, fysisk sykdom, innskrenkinger i sosialt nettverk, mister ektefeller etc.). Sett på bakgrunn av Antonovskys kjernebegrep SOC, som han utviklet på

bakgrunn av forskning på samme populasjon som foran nevnte forskning, kan opplevelsen av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet også oppfattes som illusoriske og urealistiske. Det kan være bygget på en overveiende følelsesfokusert mestringsstrategi hvor mer primitive forsvarsmekanismer er virksomme, i stedet for overveiende problemfokusert mestring, slik det vektlegges i kriseintervensjon (Lazarus & Folkman 1987; Andersen 1994). Aaron Antonovsky har også i seinere artikler problematisert omkring dette (Antonovsky 1991; Antonovsky 1991; Antonovsky 1993; Antonovsky 1993; Antonovsky 1995).

Videre viste det seg at de av informantene som deltok i flere sammenhenger hvor de fikk mulighet til å inngå i sosiale relasjoner, også følte at de hadde flere fora hvor de opplevde sosial støtte. Det dreide seg i tillegg til fellesskapet internt i boligen, om arbeidsfellesskap, kontakter de fikk gjennom hobbyer, kontakt med familie og venner, fritidsaktiviteter o.s.v. Dette var arenaer som var viktige fordi de der fikk positive bekreftelser på egenverdi og dermed eget selvbilde, både gjennom opplevelse av egen mestring og direkte gjennom at de fikk positive bekreftelser fra omgivelsene. Spesielt arbeidsfellesskapet var svært viktig for dem, og jeg vil i det følgende diskutere noen aspekter vedrørende arbeidet.

Arbeidstilbud og psykiatriske pasienter har vært nært knyttet til hverandre tilbake til asylenes første tid og "arbeidsterapi" stod sentralt i det samlede behandlingstilbudet (Faurbye 1969). Michel Foucault beskriver arbeid som et vesentlig element i "Den store innesperringen" allerede på 16-1700-tallet og framover (Foucault 1991). I utgangspunktet mener han arbeid ikke var motivert utfra ønsket om å helbrede syke, men snarere som middel for å forhindre lediggang og tiggeri ("lediggang er roten til alt ondt"). Etter hvert fikk det en økonomisk og sosial funksjon. Når det var full sysselsetting og høye lønninger, medførte interneringen av psykiatriske pasienter at det eksisterte et potensiale av billig arbeidskraft. I perioder med arbeidsløshet reabsorberes de ledige og beskyttet samfunnet mot uro og opprør. Det var også delvis etisk motivert. Mennesket var religiøst sett dømt til å arbeide, og uvirksomhet var i seg selv umoral. Informantene i studien fortalte også at det var viktig å "ha noe gå til" (hindre lediggang) og at "jeg skal jo yte noe" (moralsk). Arbeidet bar således mer preg av å være sysselsetting og aktivitetstilbud, enn som nyttig for andre enn de selv.

Imidlertid virket det som om det var nyanseforskjeller i oppfattelsen av arbeidets art. De som hadde vernet arbeid innen ordinære bedrifter, framstilte selv det som bedre enn arbeid i vernede bedrifter. Et element var knyttet til lønn i forhold til den allmenne nytten arbeidet

utgjorde. Mens de som selv hadde arbeidstilbud i vernede bedrifter uttrykte stor tilfredshet med lønnen.

Men samtidig beskrev alle arbeidet som viktig fordi de derigjennom hadde sosiale relasjoner. Arbeidsfellesskapet var spesielt, kanskje nettopp fordi avstanden til kollegaene kunne være ”passelig stor” for dem. De fikk treffe andre mennesker uten at de behøvde å inngå i nære relasjonelle forhold. En vesentlig faktor, som flere også ga uttrykk for, var at arbeidsforholdene var spesielt lagt til rette for dem, både med henblikk på arbeidsoppgaver, oppfølging og arbeidstid. Vider var det tydelig at arbeid for dem var et godt middel til å skape en sosial rolle (Ahern & Fisher 2001). I seg selv kan det å ha et arbeid således ha en vesentlig potensiell terapeutisk effekt.

Det kan identifiseres flere sammenhenger mellom begrepene sosial støtte og det å ha et eget territorium. Imidlertid anser jeg behovet sosial støtte som mer komplekst og sammensatt enn behovet for eget territorium. Informantene uttrykte alle at det å ha en egen leilighet var av svært stor betydning for dem. Det virket som de var spesielt sårbare for inntrengen fra andre i deres private rom. Leiligheten hadde en stor symbolverdi ved at den var nært knyttet til identitet, personlighet og verdier. Dette kom til uttrykk på ulike måter. Jeg vil i det følgende trekke frem fire vesentlige faktorer knyttet til det å ha en egen leilighet.

For det første var det vesentlig for dem hvordan de hadde innredet og pyntet leiligheten. Alle hadde kommentarer og forklaringer på hvordan de hadde innredet rommene sine. De fleste hadde det svært ryddig og ordentlig i leilighetene sine, men uansett hadde de helt bestemte meninger om hvor ting var plassert, de enkelte møblene de hadde, bilder på veggen, bruks- og pyntegenstander, alt syntes å ha en spesiell historie og betydning for dem. Det dreide seg om ting de hadde arvet, minner fra reiser de hadde vært på, bilder av familie og ikke minst bilder og minner (som for eksempel pokaler, diplomer og medaljer) knyttet til episoder med positiv selvbekreftelse og mestring. Hos de som hadde en hobby preget dette også leilighet i stor grad. Jeg opplevde at det var med ikke så liten stolthet de tok imot meg i leiligheten.

For det andre var det tydelig at den sikkerheten og tryggheten som igjen ga et vesentlig element av forutsigbarhet var av svært stor betydning. Flere av dem hadde i til dels lengre perioder vært innlagt på institusjon. I perioder hvor de trengte re-innleggelse i institusjon, var de overhode ikke i tvil om at de fikk komme tilbake til leiligheten sin etter at de ble



utskrevet. De fleste av dem hadde tidligere også vært leietakere på det ordinære markedet og opplevd å ikke klare å få beholde leiligheten. Noen fortalte om turbulente perioder når de bodde sammen med foreldrene i barndomshjemmet. Sammenlignet med dette, var tilværelsen i bofellesskapet for dem ideelt. Ingen av dem ønsket med det første å flytte ut på det ordinære boligmarkedet. Samtidig trakk flere frem at de opplevde leieforholdet som helt vanlig, noe som ga dem en opplevelse av en eiendomsrett til boligen. Leiligheten oppfattet de i stor grad som ordinær, samtidig som de hadde en klar oppfatning om at den var spesiell i forhold til deres behov.

For det tredje var deres egen leilighet oppfattet som et viktig tilfluktssted. Det var et område hvor de kunne skjerme seg mot trusler. Truslene kunne ha sitt opphav både eksternt og internt. Med internt mener jeg i denne sammenheng de som var en del av lidelsen, gjennom symptomer som indre uro, angst, paranoide forestillinger og hallusinose. Retten og muligheten til å velge om de ville trekke seg tilbake med sine plager, eventuelt om de ville motta hjelp og støtte fra personalet, var viktig for dem. Og ikke minst vissheten om at slik hjelp var tilgjengelig. Med eksterne trusler menes påvirkninger fra omgivelsene som kunne oppleves som truende for deres sikkerhet. Spesielt var verbal og fysisk utagering skremmende. Svein Friis sier i sin beskrivelse av miljøterapi, at det må være en klar grense i forhold til hvor høy grad av sinne og aggresjon en kan tillate, og hvor mye en kan tillate tretter og krangler med hverandre og personalet (Friis 1981). Spesielt er dette viktig ved psykoseproblematikk. Hvis disse grensene overstiges, medfører det lett til en følelse av utrygghet. Dette hadde også stor betydning for tilværelsen i bofellesskapene.

For det fjerde var det et sted for frihet til å være seg selv. I sin egen leilighet var det helt legitimt å trekke klare grenser overfor andre og en hadde rett til å forsvare disse grensene. Flere hadde enten selv eller med hjelp og støtte av personalet, erfaringer hvor de helt konkret hadde nektet andre adgang til leiligheten. Slike erfaringer ble trukket frem som betydningsfulle. Den sosiale aktiviteten økte ved at de hadde mer ansvar for seg selv og sitt eget hjem. Opplevd økt personlig frihet og selvstendighet er en kjent og vesentlig faktor for en livskvalitet (Borge, Martinsen et al. 2000).

På den andre siden viser livskvalitetsundersøkelser at statistisk har psykiatiske pasienter lavere livskvalitet enn gjennomsnittsbefolkningen (Sørensen & Næss 1996). Mange trenger

også mye hjelp på viktige områder i livet (Borge, Martinsen et al. 2000). Jeg vil i denne sammenheng trekke frem et aktuelt problemområde, nemlig i forhold til ensomhet.

Ensomhet som fenomen er tradisjonelt oppfattet som et vesentlig samfunnsproblem, og for svært mange mennesker med psykiske lidelser vet en både utfra erfaring og forskning at isolasjon og ensomhet er et stort problem (op.cit)(Bondevik 1988; Throndsen 1996; Bondevik 1997; Heian 2002). Derfor er faren for å bli isolert i sin egen leilighet en reell fare. Flere av informantene hadde erfart dette og var derfor i stor grad oppmerksom på dette. Balansen mellom mulighetene til å være innenfor sitt egne fysiske område på den ene siden, og mulighetene for å inngå i meningsfulle sosiale sammenhenger på den andre siden, var vesentlig. I denne balansegangen er tidsaspektet vesentlig; altså hvilke muligheter en har til å disponere tiden i henholdsvis eget territorium og sammen med andre (Lillestø 1997)(jfr. kap. 4.2). Dernest er det et poeng at det foreligger muligheter for å invitere andre inn i eget, eventuelt å bli invitert inn i andres territorium. Dette dreier seg således om det foreligger autonomi og selvråderett i forhold til andre mennesker, tilgjengelige arenaer, og kompetanse og trygghet til å inngå i slike.

Eget territorium dreier seg ikke bare om det fysiske området som utgjør leiligheten. Også kroppen og den sonen hver enkelt omgir seg med, er en del ens territoriale område. Dette er en spesiell utfordring for personalet, og jeg kommer tilbake til det i neste kapittel.

### **8.3 Konsekvenser for psykiatrisk sykepleie**

Etter at sykepleieprosessen ble introdusert i sykepleien, har det vært vanlig å inndele den i to parallelle prosesser; den mellommenneskelige og den problemløsende prosess (Jensen 1994). Disse oppfatter jeg som komplementære prosesser. Den første omhandler først og fremst det relasjonelle forhold mellom hjelper og hjelpsøker.

I den teoretiske referanserammen har jeg vektlagt et slikt relasjonelt perspektiv, både i forståelsen av psykiske lidelser og dermed implisitt i hvordan det får konsekvenser for psykiatrisk sykepleie til denne gruppen. Dette innbefatter også kunnskap, erfaringer og holdninger, og utgjør en grunnlagstenkingen på det metateoretiske nivå. Mange hevder også at kvaliteten på relasjonen mellom hjelpsøker og hjelper er den viktigste faktoren for nytten

behandlingen har for hjelpsøker, uavhengig av teoretisk forankring (Braatøy 1947; Braaten 1994; Lundby 1998; Borg 1999; Næsje & Ristvedt 2001; Ekeland 2002; Nordby 2002; Oddli & Kjøs 2002; Reichelt 2002). Imidlertid er det viktig å presisere at terapeutens ekthet, empati og varme er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for at resultatet skal bli vellykket (Husby 1982; Nielsen 1982).

Videre er det hjelpers ansvar å bygge opp tilliten til hjelpsøker. Det er hjelper som har den nødvendige makt og myndighet (jfr. kap. 3.2.1). Informantene ga uttrykk for at de hadde behov for hjelp fra personalet og hjelpeapparatet ellers. Det var således en valgt assymetri fra beboernes side, og som en del av hjelpeprosessen må de to partene håndtere spenningsforholdet i denne makt-avmakt-situasjonen (Fog 1997). En utfordring for hjelperen er å tåle og være i denne maktposisjonen og være seg bevisst på dens muligheter og begrensninger. Tilsøring av maktens tilknytning til relasjonene kan føre til at hjelperen ikke vedkjenner seg maktaspektet han utøver som en del av den gode hjelp.

Omsorgsbegrepet er sentralt i sykepleien. I psykiatrisk sykepleie er forholdet mellom nærhet og avstand helt sentralt i ego-styrkende arbeid med mennesker som lider av alvorlige psykiske lidelser (Levander 1979; Strand 1990). Trusselen om at andre skal komme en for nær rent fysisk, er i seg selv truende for svært mange psykiatriske pasienter. Også nærhet i psykologisk forstand medfører gjerne angst, og ofte vil det være en sammenheng mellom den fysiske og psykiske nærhet. Liv Strand kaller dette "*... en trussel om "invadering" og utslettelse...*" (op.sit. s. 82). Normalt ansees det som et overgrep når noen trenger over våre territoriale grenser og vi reagerer gjerne med uro eller aggresjon. Henrich Böll (1973) bruker betegnelsen "politisk blotter" i en annen sammenheng. I forhold til omsorgsbegrepet har jeg omskrevet betegnelsen på en avart av en slik omsorgsgiver som en "psykologisk blotter", hvor resultatet blir at en krenker den andres bluferdighet. Dette kan medføre at mottakeren opplever omsorgen som en invaderende nærhet (jfr. kap. 5.2.1).

Fagpersonenes rolle skal være som overgangsobjekter, og målet er økt kompetanse og initiativ fra beboernes side. Hvis ikke er det en fare for at beboerne i stedet utvikler det Seligman kalte "lært hjelpeløshet" (Larsen 1984). Dette er også et av kjennetegnene ved den totale institusjon (kap. 3.2). En høy grad av bevissthet hos fagpersonene om at deres rolle skal være å være et overgangsobjekt, hvor målet er å gjøre seg selv i økende grad overflødig og ubetydelig som del av pasientens nettverk, vil være av største betydning for at pasienten selv

skal etter hvert finne seg naturlige og fruktbare relasjoner å gå inn i (Haugsgjerd 1983). Derfor vil psykiatrisk sykepleie i vesentlig grad være å utnytte de resursene og muligheten som er tilgjengelig, både hos pasientene selv og i de psykososiale sammenhengene de inngår i, og derigjennom skape muligheter for vekst og utvikling. Rollen som psykiatrisk sykepleier er avhengig av en høy grad av bevissthet om at en har makt og hvordan en utøver makt på en måte som gir tillit.

Hvis en tenker seg at tilværelsen i bofellesskap skal ha rehabiliterende muligheter og ikke bare være en plass for oppbevaring, mener jeg at personalet derfor må være bevisst på mulighetene for å gi beboerne trening og erfaring til å utvikle sin sosiale kompetanse (jfr. kap. 3.1, 3.3). Faren ligger i at bofellesskapet blir en arena hvor pasientrollen blir konservert, og dermed omdannes bofellesskapet til en institusjon med mange av de samme kjennetegn som den totale institusjon, bare i mindre format.

I jakten på helsefremmende faktorer og resurser hos pasientene, kan en på den andre siden også overse de problemene en alvorlig psykisk lidelse medfører. For store forventninger og tro på å realisere en vellykket rehabilitering fra behandlingsapparatets side, kan for den lidende oppleves som uoverstigelige krav, og faren for nye nederlag er overhengende. Et helhetlig menneskesyn mener jeg innbefatter og fordrer et rikt tilfang av teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Dette innbefatter at en har evnen til å innta ulike perspektiv samtidig. På den ene siden må en ikke overse resurser og muligheter. På den andre siden er det viktig å være åpen for de begrensninger som permanent eller temporært er knyttet til den enkeltes lidelse. Dette er viktig for å utvikle et konstruktivt samarbeidsklima mellom hjelper og hjelpsøker.

Sykepleieprosessens problemløsende framgangsmåte kan beskrives som det systematiske arbeidet gjennom leddene vurdering, planlegging, gjennomføring og evaluering (Jensen 1994). Målet er hele tiden rettet mot reduksjon av pasientens lidelse, men også mot den enkeltes livsverden og livskvalitet. Det første handler blant annet om ulike terapeutiske metoder og teknikker som er rettet mot deres lidelse. Her vil jeg imidlertid rette fokus mot den andre delen, som handler om levekår og livskvalitet.

Levekår har jeg forklart som de objektive forhold som utgjør viktige forutsetninger for livskvalitet (jfr. kap. 5.1.3). Boforhold er det helt sentrale utgangspunktet i denne oppgaven.

Videre har komponentene sosiale relasjoner, tilgang på tjenester og arbeids- og fritidstilbud en sentral plass, og som igjen påvirker den subjektive opplevelsen av den enkeltes livskvalitet. Disse faktorene er et definerte politiske tiltak som gjennom nasjonale føringer vi som samfunn er forpliktet til å følge opp (St.meld. nr. 37 1992 - 93; St.meld. nr. 25 1996-97; St. prp. nr. 63 1997-98). Psykiatriske sykepleiere har som pasientenes talsmann, også forpliktelser for å følge opp og påse at slike levekår er tilgjengelig.

Begrepet trivsel har det til felles med livskvalitetsbegrepet at det er den subjektive noenlunde stabile positive opplevelsen og vurderingen av tilværelsen som er vesentlig. Arne Næss har introdusert en "formel" for trivsel (Næss & Haukeland 1998):

$$T = \frac{G^2}{L_1 + L_s},$$

hvor T står for trivsel, G står for glød,  $L_1$  står for legemlig lidelse og  $L_s$  står for sjelelig lidelse.

Høy grad av glød garanterer høy grad av trivsel på tross av både legemlig og sjelelig lidelse. Hvis du har like mye glød som lidelse, vil likevel gløden alltid være den mest utslagsgivende for trivselen. Næss sier videre at hvis gløden er stor, kan vi tåle store byrder både av sjelelig og legemlig art. Det er nødvendigvis ikke de store ting som skaper denne, men ofte gjerne gjennom viktige småting som for eksempel sosiale relasjoner, hobbyer, skapende virksomhet og ulike aktiviteter av positiv art for den enkelte. Når gløden utfra formelen stiger fra 3 til 4 eller 6, skal det likevel mye smerte til for å true trivselen. Telleren stiger fra 9 til 16 eller 36, mens summen av smertene kun stiger fra 6 til 8 eller 12.

Med dette som utgangspunkt, indikeres en betydelig oppgave for psykiatriske sykepleiere, en oppgave som retter seg mot beboernes trivselsnivå og livskvalitet. Ut fra det informantene fortalte, trengte de tilgjengelige arenaer. De uttrykte også behov for hjelp og støtte fra personalet sin side til å skape slike og å motivasjon til å benytte seg av de. Således kan det igangsettes gode sirkler som igjen påvirker helheten, deriblant også lidelsen.

#### **8.4 Fremtidig forskning**

Målet med studien var todelt. Den skulle gi ny kunnskap om hvordan mennesker med psykiske lidelser opplever og erfarer tilværelsen i bofellesskap. Videre skal den alene eller

sammen med annen forskning bidra til et grunnlag for ny forskning. Derfor vil jeg her antyde aktuelle forskningsområder.

For det første vil en utfra resultatene fra denne studien, kunne det gjøres en kvantitativ tilnærming til problemstillingen.

Videre kunne det gjøres adskillige flere kvalitative livskvalitetsstudier. Jeg tenker på forskning hvor en retter fokus mot de enkelte arenaene som ut fra denne studien synes å være av betydning for livskvaliteten. Spesielt ville det være av interesse å undersøke hvordan økt livskvalitet virker videre inn på allmenn psykisk helsetilstand, psykososial fungering og på psykiske symptomer generelt.

Det er allerede gjort en del forskning på effekten av kvaliteten i relasjonen mellom hjelper og hjelpsøker (Rogers 1957; Husby 1982; Nielsen 1982; Borg 1999). De fleste er relatert til forskjellige typer terapeutiske behandlingsmetoder. Imidlertid er det gjort få studier knyttet til relasjonelle faktorer og spesifikke psykososiale tiltak.

## REFERANSER:

- Abrahamowitz, F. (1997). Freud. Et liv. København, Gyldendal.
- Ahern, L. & D. Fisher (2001). "Recovery at Your Own PACE (Personal Assistance i Community Existence)." Journal of Psychosocial Nursing 4(39): 22-32.
- Albretsen, C. S. (2002). "Grunnleggeren av det første terapeutiske samfunn i norsk psykiatri." Tidsskrift for Den norske lægeforening 122(20): 2000 - 2001.
- Almvik, A. (2000). Utvikling av psykisk helsearbeid i kommunene - sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk. I: A. Almvik & L. B. (red.) Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Bergen, Fagbokforlaget: 15 - 31.
- Alsaker, K. & V. Jakobsen (1999). Innhold i hverdagen. Brukerundersøkelse av arbeid, dag- og fritidstilbud. Mennesker med psykiske lidelser deler sine erfaringer og opplevelser av arbeid, dag- og fritidstilbud. Avdeling for helse- og sosialfag, videreutdanning i psykisk helsearbeid. Bergen, Høgskolen i Bergen: 1-19.
- Alsaker, K. & A. Ådland (1998). Brukerundersøkelse av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Et samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune og Høgskolen i Bergen, AHS, videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie. Høgskolen i Bergen. Bergen: 1-15.
- Alvesson, M. & K. Sköldbberg (1994). Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund, Studentlitteratur.
- Andersen, H. (1994). "Coping: Mestring eller afværgje." Udkast. Dansk tidsskrift for kritisk samfundsvidenskab 1(22): 48-61.
- Andrews, T. (1998). "Det utvidede helsebegrepet - begrepsmessig forvirrende og praktisk u håndterlig." Tidsskrift for Norsk Lægeforening 118(21): 3312-3318.
- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-being. San Fransisco, The Jossey-Bass social and behavioral science series.
- Antonovsky, A. (1990). Studying health vs. studying disease. Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin. <http://www.angelfire.com/ok/soc/aberlin.html>
- Antonovsky, A. (1991). The Implications of Salutogenesis: An Outsider's View. Colloquium on Cognitive Coping in Families with a Member with a Developmental Disability, Lawrence, Kansas. <http://www.angelfire.com/ok/soc/akansas.html>
- Antonovsky, A. (1991). The salutogenic approach to family system health: promise and danger. Mental Health in European Families, Prague. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agolem.html>
- Antonovsky, A. (1993). "Complexity, konflikct, chaos, coherence, coercion and civility." Social science & medicine 37(8): 969 - 981.

- Antonovsky, A. (1993). "The structure and properties of the sense of coherence scale." Social science & medicine **36**(6): 725 - 733.
- Antonovsky, A. (1995). "The Moral and the Health: Identical, Overlapping or Orthogonal?" Isr J Psychiatry Relat Sci **32**(1): 5 - 13.
- Antonovsky, A. (2000). Hebredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København, Hans Reitzel Forlag.
- Austad, T. (1979). Bidrag til etikken. Et utvalg artikler. Oslo, Skrivestua Menighetsfakultetet.
- Axelsen, E. & G. Sandberg (1980). Samspill i system. Synspunkt på psykiatriske institusjoner. Oslo, Tano.
- Axelsen, T. (1976). Det tause sykehuset: om kontaktforholdene på en sykehusavdeling. Oslo, Universitetsforlaget.
- Barbosa da Silva, A. (1998). Et holistisk paradigme for psykiatri i utvikling. Hummelvoll's holistiske sykepleiemodell og dens menneskesyn. I: A. J. W. Andersen & B. K. (red): Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo, Ad Notam Gyldendal: 29 - 64.
- Barth, S. (1999). Sam-taler og ekspert, kurs "Et salutogenetisk perspektiv på psykiatrien", Blakstad sykehus, oktober.
- Barton, R. (1976). Institutional Neurosis. Bristol, John Wright & Sons Ltd.
- Berg, E. M. (2000). "Grunnlaget for psykiatrisk behandling - retorikk i vitenskapsklær?" Tidsskrift for den Norske Lægeforening **120**(13): 1582.
- Berg, I. K. & S. D. Miller (1998). Rusbehandling. En løsningsfokusert tilnærming. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Berle, J. Ø. (2001). "Depresjoner lar seg behandle effektivt!" Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(18): 2202.
- Bettelheim, B. (1990). Freuds Wien og andre essays. København, Schönberg.
- Binder, P.-E. & H. Holgersen (1997). Det er nå det hele foregår. Dagbladet. Oslo.
- Binder, P.-E., H. Holgersen, et al. (2001). "Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **38**: 528-539.
- Bjørkly, S. (2001). Aggresjonens psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon. Oslo, Universitetsforlaget A.S.
- Blegen, H. M. & B. Nylehn (1979). Organisasjonsteori. Et bidrag til en totaloppfatning av organisasjoner sett som åpne, miljøavhengige systemer. Trondheim, Tapir Forlag.



- Bliksvær, T., J.-I. Hanssen, et al. (1999). Funksjonshemming, forsørgelse og inntektsnivå: en sammenlignende studie av fysisk og psykisk funksjonshemmedes forhold til de viktigste forsørgelsessystemene i samfunnet; arbeid, trygd og sosialhjelp i Nordland og Norge. Bodø, Nordlandsforskning.
- Boman, T. (1972). Europas kultur - og den jødiske arv. Oslo, Gyldendals Fakkell-bøker.
- Bondevik, M. (1988). Ensomhetsopplevelse. En fenomenologisk begrepsanalyse. Bergen, Alma Mater.
- Bondevik, M. (1997). The life of the oldest old. Studies concerning loneliness, sosial contacts, activities of daily living, purpose in life and religiousness. Department of Public Health and Primary Health Care. Division for Nursing Science. Bergen, UiB.
- Borg, M. (1999). Virksomme relasjoner. Hva innebærer dette sett fra psykiatriske pasienters ståsted? Seksjon for helsefag. Det medisinske fakultet. Oslo, Universitetet i Oslo: 1 - 193.
- Borg, M., C. Bjerke, et al. (1998). "Veier ut av alvorlig psykisk lidelse - en pilotstudie." Dialog 2: 7-20.
- Borge, F. M., A. Hoffart, et al. (2001). "En kognitiv modell for behandling av sosial fobi: Kliniske erfaringer." Tidsskrift for Norsk Psykologforening 38: 1141-1148.
- Borge, L. (2000). Verdigrunnlag, sentrale prinsipper og utfordringer i psykisk helsearbeid. I: A. Almvik & L. B. (red). Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Bergen, Fagbokforlaget: 51 - 66.
- Borge, L., E. W. Martinsen, et al. (2000). "Livskvalitet, ensomhet og sosial kontakt hos mennesker med langvarige psykiske lidelser." Tidsskrift for Den norske lægeforening 120: 52 - 55.
- Brown, G. (1982). Det nye sølibatet. Hvorfor mange menn og kvinner avstår fra sex - og nyter det. Oslo, J. W. Cappelsens forlag a/s.
- Braaten, L. J. (1971). Klient-sentrert rådgivning og terapi. Oslo, Universitetsforlaget.
- Braaten, L. J. (1988). "Humanistisk/eksistensialpsykologisk teoriutvikling innenfor klinisk psykologi." Tidsskrift for Norsk Psykologforening 25: 65-72.
- Braaten, L. J. (1994). "Rogers' klient-sentrerte modell for den terapeutiske Interaksjon." Norsk tidsskrift for logopedi 3(40): 125-129.
- Braatøy, T. (1947). De nervøse sinn. Oslo, J. W. Cappelen forlag.
- Buber, M. (1992). Jeg og du. Oslo, Cappelen.
- Bull, K. S. (1992). Forskning og taushetsplikt. I: O. Hole, B. Straume & F. Ø. Winther: Forskning på mennesker. Lover, regler og retningslinjer. Oslo, Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin.

- Böll, H. (1973). Som en klovn ser det. Oslo, Den Norske bokklubben.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books.
- Capra, F. (1996). Fysikkens Tao. En undersøkelse av parallellene mellom moderne fysikk og østlig mystikk. Oslo, Hilt & Hansteen AS.
- Caspari, S. (1997). "Holisme - mer enn et begrep å smykke seg med." Tidsskriftet Sykepleien(20): 56 - 58.
- Christensen, K. (1998). "Andre-orientering og offentlig omsorgsarbejde." Tidsskrift for Velferdsforskning 1(2): 82-96.
- Christoffersen, S. A. (1999). Etikk, eksistens og modernitet: innføring i Løgstrups tenkning. Oslo, Tano Aschehoug.
- Clark, D. H. (1975). Miljøterapi. Innføring i sosialterapeutiske behandlingsformer. Oslo, Cappelenes Alnabøker.
- Cohen, M., D. Brom, et al. (2001). Child Survivors of the Holocaust: Traits and Coping after 52 Years. Jerusalem, AMCHA: 1-10. <http://www.amcha.org/brom.html>
- Dager, G. (2002). "Jakten på lykke." Tidsskrift for Sjelesorg 22(4): 247 - 258.
- Dahl, A. (1994). Lærebok i psykiatri. Oslo, Universitetsforlaget.
- Dahlberg, K., N. Drew, et al. (2001). Reflective lifeworld research. Stockholm, Studentlitteratur.
- Dalgard, O. S. (1996). Psykisk helse relatert til sosialt miljø. I: Hurlen og Norhangen (red): Folkehelse i forandring. S. i. f. folkehelse. Oslo.
- Dalgard, O. S., D. Føllesdal, et al. (1982). Norsk psykiatri i 80-årene. Oslo - Bergen - Tromsø, Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S. & T. Sørensen, Eds. (1988). Sosialt nettverk og psykisk helse. Oslo, Tano.
- Damasio, A. R. (2001). Descartes' feiltakelse. Fornuft, følelser og menneskehjernen. Oslo, Pax Forlag.
- Dasberg, H. (2003). AMCHA The National Israeli Center for Psychosocial Support of Holocaust Survivors and Second Generation: Raisons d'Etre. Jerusalem, AMCHA: 1 - 7. <http://www.amcha.org/brom.html>
- Dyrendahl, G. (1995). Boligen - ble den et hjem? Oslo, Sosial- og helsedepartementets sammendragsserie.
- Egge, C. (2002). "Naturvitenskapens og humanismens menneskebilde - på kollisjonskurs? Professor Dag O. Hessen og cand. philol. Trond Skaftnesmo i samtale med Christian Egge om skole, livssyn, menneskebilde." Norsk pedagogisk tidsskrift 85(6): 480 - 498.

- Egidius, H. & A. Nordberg (1985). Teorier om omvårdnadsarbete. Stockholm, Esselte Studium.
- Einarsen, S. & B. I. Raknes (1991). Mobbing i arbeidslivet: en undersøkelse av forekomst og helsemessige konsekvenser av mobbing på norske arbeidsplasser. Forskningscenter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet. Bergen, Universitetet i Bergen: 132.
- Ekeland, T.-J. (2002). "Vitskap, evidens og makt." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **39**: 826 - 832.
- Elvsaa, E. (2000). "LØFT - en gjennomgangsmelodi, men ingen vidunderkur." Embla **7**: 28-29.
- Erikson, E. H. (1981). Barndommen og samfunnet. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksson, K. (1985). Vårddidaktik. Stockholm, Almqvist & Wksell.
- Faurbye, A. (1969). Psykiatrisk sygepleje. København, Dansk Videnskaps Forlag A/S.
- Fjelland, R. (1995). Vitenskapsteori: med spesiell vekt på naturvitenskapene. Oslo, Universitetsforlaget.
- Fog, J. (1992). "Den moralske grund i det kvalitative forskningsinterview." Nordisk Psykologi **44**(3): 212 - 229.
- Fog, J. (1997). Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. København, Akademisk forlag.
- Folkestad, H. (1997). Ramme inn og gi handlingsrom. Det medisinske fakultet og det psykologiske fakultet. Bergen, UiB.
- Fonn, M. (1990). "Myten om den farlige psykiatriske pasienten." Journalen Sykepleien **7**: 16 - 18.
- Foucault, M. (1991). Galskapens historie i opplysningens tidsalder. Oslo, Gyldendal.
- Freud, S. (1986). Jaget och detet: och tre andra skrifter om jagpsykologins framväxt. Stockholm, Natur och Kultur.
- Friis, S. (1981). "Hva slags postatmosfære er terapeutisk for psykotiske og for ikke-psykotiske pasienter? Om nødvendigheten av å differensiere behandlingsmiljøer." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **101**(14): 848-852.
- Fromm, E. (1947). Man for Himself. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Fromm, E. (1993). Det sunne samfunn. Oslo, Aventura.
- Furman, B., E. Riikonen, et al. (1991). "Fokus på lösningar - en ny megatrend inom terapi." Fokus på familien **1**: 26-33.

- Fyrand, L. (1994). Sosialt nettverk. Teori og praksis. Oslo, Tano.
- Færden, A. (2001). "Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(29): 3369-3374.
- Gedde-Dahl, T. W. (2001). "Empowerment - styrking av mestring?" Tidsskrift for Norsk Lægeforening **121**(5): 628.
- Glasser, W. (1979). Realitetsterapi. København, Gyldendals Pædagogiske Bibliotek.
- Glouberman, S., S. Kisilevsky, et al. (2000). Towards a New Concept of Health: Three Discussion Papers. Ottawa, Canadian Policy Research Networks: 1-41.
- Goffman, E. (1981). Anstalt og menneske, Paludans fiol-bibliotek.
- Grimen, H. (2001). "Tillit og makt - tre sammenhenger." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(30): 3617-3619.
- Grubrich-Simitis, I. (1997). Early Freud and Late Freud. Reading anew Studies on hysteria and Moses and monotheism. London, Routledge, Paperback.
- Gulbrandsen, P. (2000). "Styrking - det rette norske begrep for empowerment?" Tidsskrift for den Norske Lægeforening **120**(19): 2330.
- Guldbrandsen, T. (2001). "Makt og tillit." Sosiologisk tidsskrift **9**: 297-327.
- Gullestad, M. (1989). Kultur og hverdagsliv. Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Hansson, K. & M. Cederblad (1995). "Salutogen familjeterapi." Fokus på familien **1**: 3-18.
- Harding, C. M. & J. M. Zahniser (2001). "Empirisk korrigerering av sju myter om schizofreni med konsekvenser for behandlingen." Dialog **3**: 8-20.
- Hatling, T. & R. Østbye (1998). Kunnskapens kompleksitet - psykiatriens store utfordring. I: A. J. W. Andersen & B. Karlsson.: Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid. Oslo, ad Notam Gyldendal: 184 - 217.
- Haugen, K. H. (2000). "Galskapens historie. Fra internering til rehabilitering." BRIS rehabilitering i psykiatri **2**.
- Haugsgjerd, S. (1983). Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser (1 & 2). Oslo-Bergen-Stavanger-Tromsø, Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, S., P. Jensen, et al. (1998). Perspektiver på psykisk lidelse. Oslo, Ad Notam.
- Hayter, J. (1981). "Territoriality as a universal need." Journal of Advanced Nursing **6**: 79-85.
- H. D. (1998). Freud. Ei erindring. Oslo, Pax Forlag.

- Heian, H. (2002). Det er en myte at ensomhet rammer flest gamle mennesker. Størst er ensomheten blant ungdom. Bergens Tidende. Bergen: 28.
- Hem, E. (2002). "Schizofreni - gåte ved gåte." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(20): 1972.
- Hillestad, T. M. (1997). Kringlen og Freud. Dagbladet. Oslo.
- Hjort, H. (1997). "Freuds idèhistoriske kraft. Trekk ved psykoanalytiske teorier og deres mulige kulturelle virkninger." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **3**(34): 186-195.
- Hoem, S. (2000). "Momenter til en kritikk av løsningsfokuset terapi." Fokus på familien **28**: 67-80.
- Hoffman, L. (1987). "La oss legge makt og kontroll bak oss. Mot en 2. ordens systemisk familierapi." Fokus på familien **15**: 129 - 145.
- Hofmann, B. (2003). "Trenger helsevesenet begrepet sykdom?" Tidsskrift for Den norske lægeforening **123**(4): 487 - 490.
- Hole, O., B. Straume, et al. (1992). Forskning på mennesker. Lover, regler og retningslinjer. Oslo, Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin.
- Holgensen, H. (2000). ""Always look at the bright side of life". En vurdering av Steve De Shazers løsningsfokuserte terapi." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **37**: 637-641.
- Holgensen, H. (2001). "Løsningsfiksering og samtaler om følelser." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **38**: 39-40.
- Holterman, S. (2002). Han kan være farlig. Dagbladet.no. Oslo.
- Horney, K. (1945). Vore indre konflikter. København, Haase & Søn.
- Hughes, J. A. & S.-A. Månsson (1988). Kvalitativ sociologi. Lund, Studentlitteratur.
- Hult, S. & T. Waad (1999). "Känslan av sammanheng går att påverka. Den salutogena modellen i förändringsarbete med ungdomar." Ur-sinnet: 12 - 14.
- Hummelvoll, J. K. (1995). Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. Göteborg, Nordiske Hälsovårdshögskolan.
- Hummelvoll, J. K. (1997). Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Husby, R. (1982). Psykodynamisk psykoterapi. I: O. S. Dalgard & e. al.: Norsk psykiatri i 80-årene. Oslo - Bergen - Tromsø, Universitetsforlaget: 105 - 111.
- Hustad, A. E. (1997). "Total institusjon - total stillstand?" Nordisk Sosialt Arbeid **2**: 66-74.

- Høie, I. M. (2002). "Blå sjeler gis håp i Gerd-Ragnas hus." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(28): 2736 - 2737.
- Høyesteren, J. G. (2002). Psykiatriens egen hukommelse. Bergens Tidende. Bergen: 23.
- Innfjord, A. K. (1988). Om bolig og boservice for psykisk utviklingshemmede. Oslo, Sosialdepartementet, Temahefte nr. 11.
- Jensen, P. (1994). Ansikt til ansikt. System- og familieperspektivet som grunnlag for klinisk sykepleie. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Joa, I., T. K. Larsen, et al. (2001). "Oppdages psykiske lidelser tidlig, er de enklere å behandle. En presentasjon av "Tips"-prosjektet." Tidsskriftet Sykepleien **18**: 38 - 41.
- Johannesen, G. (1987). Rhetorica Norvegica. Oslo, Cappelen.
- Johannessen, J. O. (2002). "Schizofreni - omfang og betydning." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(20): 2011 - 2014.
- Johansson, K. A., C. Ohldieck, et al. (2001). "Skjebnezapping - medisinsk grunnopplæring, legestudenters dannelse og den etiske fordring." Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening **121**(13): 1618-1621.
- Johnsen, A. (2001). "En kulturpersonlighet i familierapien - Et møte med Helm Stierlin." Fokus på familien **29**: 87-97.
- Jordahl, H. & A. Repål (1999). Mestring av psykose. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø. Bergen, Fagbokforlaget.
- Jørstad, J. (1971). "Autoritet og kommunikasjon i et terapeutisk miljø." Särtryck ur Socialmedicinsk tidsskrift **6**: 1-10.
- Jørstad, J. (1971). "Det terapeutiske samfunn og jeg-svake pasienter. Noen erfaringer fra Dikemark sykehus, avd. Lien." Särtryck ur Socialmedicinsk tidsskrift **6**: 1-14.
- Kelstrup, A. (1983). Galskab, psykiatri, galebevægelsen - en skitse af galskabens og psykiatriens historie. København, Amalie - galebevægelsens blad.
- Killingmo, B. (1976). Den psykoanalytiske behandlingsmetode. Prinsipper og begreper. Oslo, Universitetsforlaget.
- Killingmo, B. (1999). "Den åpne samtalen." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **119**(1): 56-59.
- Kinney, C. K. & H. C. Erickson (1990). "Modeling the client's world: a way to holistic care." Issues en Mental Health Nursing **11**(2): 93 - 108.
- Kittang, A. (1997). Sigmund Freud. Oslo, Gyldendal.

- Kittang, A. & A. Aarseth (1979). Hermeneutikk og litteratur. Bergen - Oslo - Tromsø, Universitetsforlaget.
- Knudsen, S. & S. Grasli (1999). En individuell og inkludert hjemmetjeneste: Viktige forutsetninger for tjenester til mennesker med ulike hjelpebehov. Oslo, NFU.
- Kristiansen, R. & Å. K. Wilhelmsen (1992). Hva er nettverket? Hvordan er nettverket til mennesker med psykisk utviklingshemming ivaretatt i forbindelse med innflytting til egen bolig, avgrenset til bofellesskap? Hvilke faktorer bør en ta hensyn til i forbindelse med nettverksarbeid i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming? Oslo og Akershus vernepleierhøgskole. Oslo.
- Kristoffersen, K. (1990). Livskvalitet og sosial støtte. En studie av 112 psykiatriske pasienters livskvalitet og deres relasjoner til sine nærmeste. Bergen, Alma Mater.
- Kristoffersen, K. (1992). Troen og mistanken i det kvalitative forskningsintervju. Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag. Bergen, UiB: 27.
- Kristoffersen, K. (1998). Opplevelse av å være søster eller bror til en person med langvarig mental lidelse. Institutt for samfunnsmedisinske fag. Seksjon for sykepleievitenskap. Bergen, UiB.
- Kvale, S. (1979). "Det kvalitative forskningsintervju. Ansatter til en fænomenologisk-hermeneutisk forståelsesform." Nyt fra Samfundsvidenskaberne. København **50**: 160-195.
- Kvitfjell, A., A. Olsen, et al. (1994). Fra institusjon til egen bolig: har psykisk utviklingshemmede fått bedre boforhold som følge av HVPU-reformen. Spesialpedagogikk. Akershus, Høgskolen i Akershus, avd. Stabekk.
- Ladefoged, K. (2001). "Når omsorg bliver til krænkelser." Sosialpædagogen **21**.
- Laing, R. D. (1975). Knuter. Oslo, Gyldendal.
- Laing, R. D. (1976). Selvet og de andre. Viborg, Paludans.
- Laing, R. D., H. Phillipson, et al. (1966). Interpersonal perception: a theory and a method of research. London, Tavistock Publishing.
- Langeland, E. (1994). Sosial støtte og mestring. Institutt for samfunnsvitenskapelig fag, seksjon for sykepleievitenskap. Bergen, UiB.
- Langeland, E. (2000). Samtale om hverdagen. Erfaringer fra en samtalegruppe for personer med psykiske lidelser med fokus på salutogenese. Bergen, Høgskolen i Bergen.
- Langslet, G. J. (1998). "Løsningsfokusert tilnærming til konflikter." Fokus på familien **3**: 160-173.
- Larsen, E. B. (1984). Lært hjelpeløshet - en forklaring på kvinners sårbarhet for depresjon. I: Trine Anstorp, Eva Axelsen, Reidun Ingebretsen: Kvinne(p)syke. Kvinners psykiske

- problemer - forandring og utvikling gjennom terapi. Universitetsforlaget. Oslo - Bergen - Stavanger - Tromsø.
- Larsen, K. (2000). "Early Freud and late Freud." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **37**(3): 246-247.
- Larsen, K. (2003). "Nietzsche og Freud." Tidsskrift for Norsk Psykologforening(40): 128 - 130.
- Larsen, T. K. (2002). "Tidlig påvisning av schizofreni - er primærprofylakse mulig?" Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(20): 2015 - 2018.
- Lazarus, R. S. & S. Folkman (1987). "Transactional theory and research on emotions and coping." European Journal of Personality(1): 46-52.
- Levander, S. (1979). "Jag-stärkande psykoterapi - det kanske mest använda och minst definierade förhållningssättet i psykiatrin." Läkartidningen **5**(76): 299-301.
- Lichtwarck, W. & V. Vassbotn (1998). Organisering av tjenester for personer med psykisk utviklingshemming i egen bolig: en studie fra Ekeberg Bekkelaget bydel. Bodø, Nordlandsforskning.
- Lillestø, B. (1997). Når omsorgen oppleves krenkende. Institutt for Samfunnsvitenskap. Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- Lindahl, M. & C. B. Juhl (2002). "Vurdering af kvalitative artikler." Nyt om forskning(1): 17 - 21.
- Lingjærde, O. (2002). "Nevrobiologiske funn ved schizofreni." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(21): 2123 - 2127.
- Lov (1999-07-02 nr. 63).
- Lundby, G. (1998). Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier. Oslo, Tano Aschehoug.
- Løgstrup, K. E. (1963). System og symbol. København, Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (1991). Det etiske fordring. København, Gyldendal.
- Madshus, B. & J. Nærbøe (1989). Mangfoldighet i etablering av tilbud. Mestring av dagliglivets ferdigheter. Oslo, Sosialdepartementets opplæringsprogram: basiskunnskap om normalisering og psykisk utviklingshemming nr. 4.
- Malt, U. (2003). "U. F Malt svarer." Tidsskrift for Den norske lægeforening **123**(3): 366.
- Malt, U. F. (2002). "Fenomenologi, medisin og funksjonelle somatiske lidelser." Tidsskrift for Den norske lægeforening **122**(30): 2923.



- Malterud, K. (2002). "Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(25): 2468 - 2472.
- Martinsen, K. (1984). Freidige og uforsagte diakonisser: et omsorgsyrke vokser fram, 1860 - 1905. Oslo, Aschehoug.
- Martinsen, K. (1987). "Endret kunnskapsideal og to pleiegrupper." Sykepleien **74**(4): 20 - 25.
- Martinsen, K. (2002). "Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene." Omsorg **1**: 14 - 22.
- Mastekaasa, A., T. Modum, et al. (1988). Mangfoldighet i etablering av tilbud. Mestring av dagliglivets ferdigheter. Oslo, Sosialdepartementets opplæringsprogram: Basiskunnskap om normalisering og psykisk utviklingshemming.
- Mehren, S. (1977). Myten og den irrasjonelle fornuft. Del I - Ideologi og menneskebilde. Oslo, Aschehoug.
- Melby, K. (1990). Kall og kamp. Norsk Sykepleieforbunds historie. Oslo, J.W. Cappelens Forlag A.S.
- Merok, E. (2001). "Tema: Forstand og forståelse i medisinen. Om helsens skjulte natur." Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening **121**(13): 1610-1612.
- Mjølhus, K. (1992). Juridiske spørsmål ved forskning på mennesker. I: O. Hole, B. Straume & F. Ø. Winther: Forskning på mennesker. Lover, regler og retningslinjer. Oslo, Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin.
- Monsen, J. (1990). Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Oslo, Tano A.S.
- Monsen, M. & A. Holte (2001). "Nybrotsarbeid innen diagnoseforskning." BALANSE - magasin om psykisk helse.
- Møller, P. (2001). "Schizofreni." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(9): 1112.
- Møller, P. & R. Husby (2003). "Det initiale prodrom ved schizofreni - kjernedimensjoner av opplevelse og adferd." Tidsskrift for Den Norske lægeforening **123**(17): 2425 - 2429.
- Mølster, R. (1996). "I kveldens reportasje viser vi virkeligheten...": journalistisk retorikk i fjernsyn: Dokument 2 i et retorisk perspektiv. Bergen, Universitetet i Bergen, Institutt for medievitenskap.
- Neraal, T. (2002). "Integrering av psykiatrimodeller krever gjensidig faglig respekt." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(24): 2394.
- Nielsen, G. (1982). Virkning av psykoterapi. I: O. S. Dalgard & e. al.): Norsk psykiatri i 80-årene. Oslo - Bergen - Tromsø, Universitetsforlaget: 93 - 104.
- Nielsen, G. H. & A. L. v. d. Lippe (1993). Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo, Tano A.S.

- Nilsen, L. (2002). "Schizofrene kvinner fanges sent opp." Dagens Medisin **3**.
- Nordby, H. (2002). "Lege-pasient-interaksjon og to begreper om kommunikasjon." Tidsskrift for Den norske lægeforening **122**(29): 2812 - 2814.
- Nordby, K. E. (1987). Fra innsatt til utsatt: rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Oslo, Gyldendal.
- NOU (1993). Levekår i Norge. Er graset grønt for alle? Oslo.
- NSF (1989). Sykepleietjenesten i fremtiden. En innstilling fra Norsk Sykepleierforbund. Oslo: 1 - 180.
- Nyström, M. & K. Dahlberg (2001). "Pre-understanding and openness - a relationship without hope?" Scandinavian Journal of Caring Sciences **15**: 339 - 346.
- Næsje, P. & P. E. Ristvedt (2001). "Relasjon og ansvar. Ansvarlig relasjon. Et forsøk på å finne dører inn til behandlernes lukkede rom." Fokus på familien **29**: 50-68.
- Næss, A. (1974). Vitenskapsfilosofi. Oslo, Universitetsforlaget.
- Næss, A. & P. I. Haukeland (1998). Livsfilosofi: et personlig bidrag om følelser og fornuft. Oslo, Universitetsforlaget.
- Næss, S. (2001). "Livskvalitet som psykisk velvære." Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening **121**(16): 1940-1944.
- Oddli, H. W. & P. Kjøs (2001). "Ubehaget ved makt." Fokus på familien **4**: 285-291.
- Oddli, H. W. & P. Kjøs (2002). "Å velge i et mangfold av terapimodeller. Momenter til en interpersonlig integrering av terapi." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **39**: 403 - 410.
- Olsen, O. A. & S. Kjøppe (1996). Psykoanalysen etter Freud. Bind 1-2. København, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S.
- Opjordsmoen, S. (2001). "Psykisk helsevern i moderne tid." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(23): 2748.
- Patel, R. & B. Davidson (1995). Forskningsmetodikkens grunnlag: å planlegge, gjennomføre og rapportere en undersøkelse. Oslo, Universitetsforlaget.
- Prager, E. & Z. Salomon (1995). "Perceptions of world benevolence, meaningfulness, and self-worth among elderly Israeli Holocaust survivors and non-survivors." Anxiety, Stress and Coping **8**(4): 265 - 277.
- Reichborn-Kjennerud, T. & E. Falkum (2000). "Grunnlaget for psykiatrisk behandling - fra tro til vitenskap." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **120**(10): 1148-1152.

- Reichelt, S. (2002). "Samspill og selvopplevelse - nye veier i relasjonsorienterte terapier." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **1**(39): 46-47.
- Repstad, P. (1993). Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ricoeur, P. (1970). Freud and philosophy. An essay on interpretation. New Haven and London, Yale University Press.
- Ricoeur, P. (1999). Eksistens og hermeneutikk. Oslo, H. Aschehoug & Co./Thorleif Dahls kulturbibliotek og Norsk akademi for sprog og litteratur.
- Ringen, P. A. & A. A. Dahl (2002). "Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis?" Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(20): 2024 - 2027.
- Rogers, C. (1957). "The Necessary and Sufficient Conditions of the Therapeutic Personality Change." Journal of Consulting Psychology(21): 95 - 103.
- Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston, Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1980). A Way of Being. Boston, Houghton Mifflin Company.
- Rognes, W. (1979). Carl Rogers. Oslo, Dreyer.
- Romøren, T. I. (1995). HVPU-reformen i forskningens lys. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Rook, K. (1984). "The negative side of social interaction: Impact on psychological wellbeing." Journal of personality and Psychology **46**: 1097 - 1108.
- Rønning, R. & L. J. Solheim (1998). Hjelp på egne premisser? Om brukervedvirkning i velferdssektoren. Oslo, Universitetsforlaget.
- Råbu, M. & K. Hytten (1998). "Psykoanalysen hinsides Freud." Tidsskrift for Den Norske Lægeforening **118**(30): 4746-4750.
- Sandvin, J. T. (1993). En spørreundersøkelse blant helse- og sosialsjefer. Arbeidsnotat. Nordlandsforskning. Bodø.
- Sandvin, J. T. & M. Söder (1998). "Fullt og helt eller stykkevis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien." Tidsskrift for Velferdsforskning **1**(1): 37-51.
- Sandvin, J. T., M. Söder, et al. (1998). Normaliseringsarbeid og ambivalens. Bofellesskap som omsorgsarena. Oslo, Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.-L. (2002). En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie. Oslo, Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.-L. L. (1988). Familie. Tvang og mulighet. Oslo, Universitetsforlaget.

- Schibbye, A.-L. L. (2001). "Spåk og endring. Om å bruke språket for å skape endringsøyeblikk i psykoterapi." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **38**: 6629-6639.
- Schjelderup, H. (1988). Neurosene og den nevrotiske karakter. Oslo, Universitetsforlaget.
- Schaanning, E. (1993). Michel Foucault. Vestens tenkere, bind III. T. B. Eriksen. Oslo, Aschehoug.
- Selekman, M. (1989). "Om å temme kjemiske monstre. Kybernetisk-systemisk terapi i behandlingen av unge rusmiddelmissbrukere." Fokus på familien **4**: 202-209.
- Sjögren, L. (1990). Sigmund Freud. Mannen og verket. Oslo, Aschehoug.
- Skirbekk, G. & N. Gilje (1987). Vitenskapshistorie 2. Oslo, Universitetsforlaget.
- Skirbekk, G (1989). Reduksjonisme og holisme. Filosofiske dråpar frå det store symposium. 192 – 201. I: Lars Gule og Henning Langerud (red): Vitenskap og verdensbilder. Bergen. Ariadne forlag.
- Skram, A. (1984). Professor Hieronimus: en roman; På St. Jørgen: en roman. Oslo, Pax.
- Skumsnes, A. S. (1998). Kropp og kunnskap. Eit møte med tre tradisjonar og tre pedagogar - med hovudvekt på jødisk forståing av livet. Refleksjonar inn i helsefaga. Det medisinske fakultetet og Det psykologiske fakulteter, senter for etter- og videreutdanning. Bergen, Universitetet i Bergen: 1 - 102.
- Skårderud, F. (1998). Uro: en reise i det moderne selvet. Oslo, Aschehoug.
- Slagstad, R. (1967). "Filosofisk hermeneutikk." Norsk Filosofisk Tidsskrift **2**.
- Smuts, J. C. (1926). Holism and evolution. London, Macmillan and Co.
- Solem, O. (1985). Systemteori for administrasjon og ledelse. Oslo, Tapir.
- St meld nr 47 (1989-90). Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.
- St. prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet 1998.
- St.meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo.
- St.meld. nr. 37 (1992 - 93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Oslo, Sosial og helsedepartementet.
- Stavenes, A.-M. (2002). "Kan sjelesorgen være åndelig veiledning." Tidsskrift for Sjelesorg(2): 77 81.

- Store Norske Leksikon (1980). Kunnskapsforlaget. Oslo, Aschehoug og Gyldendal.
- Strand, L. (1990). Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Sundet, R. (1997). "Bruk av psykiatrisk diagnostikk som eksternalisering - kliniske og teoretiske innspill til familieterapiens selvforståelse." Fokus på familien **3-4**: 173-188.
- Swensen, S. H. (1991). Ansvar for seg selv: hjelp etter behov. Oslo, Kommuneforlaget.
- Syse, A. (2002). "Tvang og tilsyn i private hjem." Lov og rett **2**: 82 - 102.
- Szasz, T. S. (1974). The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. New York, Harper & Row.
- Söderquist, M. (2000). "Var boken i artikkelförfattarens hand eller inte? - det är frågan! Kommentar til Sverre Hoems artikkel: "Momenter til en kritikk av løsningsfokusert terapi"." Fokus på familien **3**: 217-221.
- Sørensen, T. (1998). "Lokalsamfunn, kriser og mental helse." Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening **118**: 1349.
- Sørensen, T. & S. Næss (1996). "To measure quality of life. Relevance and use in the psychiatric domain." Nordic Journal of Psychiatry **6**(50 (suppl 37)): 29 - 39.
- Sørgaard, K. W. (2000). "Sosiale relasjoner hos personer med schizofreni." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **37**: 25-32.
- Sørgaard, K. W. (2002). "Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg. Hva frambrakte reformene innen psykisk helsevern?" Tidsskrift for Norsk Psykologforening(39): 796 - 805.
- Theophilakis, M. (1974). Selvbildet. Skjulte sirkler. Erfaringer fra behandling av barn og ungdom med atferdsproblemer. Universitetsforlaget. Oslo-Bergen-Tromsø: 16-30.
- Thesen, J. & K. Malterud (2001). "'Empowerment" og pasientstyrking - et undervisningsopplegg." Tidsskrift for Den Norsk Lægeforening **121**(13): 1624-1628.
- Thomassen, J. S. (1989). Fra institusjon til egen bolig: Samspill om HVPU-reformen. Oslo, Kommuneforlaget.
- Thronsen, J. (1996). Verst å være enslig. Dagbladet. Oslo: 12.
- Thuen, F. & L. E. Aarø (2001). "Psykisk helse og forebyggende arbeid. En litteraturgjennomgang." Tidsskrift for Norsk Psykologforening **38**: 410-423.
- Topor, A. (2002). "Återhämtning från svåra psykiska störningar." Socialmedicinsk tidskrift **4**: 322 - 327.

- Tranøy, K. E. (1992). Om forskningsetikk - noen generelle retningslinjer. I: O. Hole, B. Straume & F. Ø. Winther. *Forskning på mennesker. Lover, regler og retningslinjer.* Oslo, Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin.
- Tveråmo, A., O. S. Dalgard, et al. (2003). "Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990 - 2000." *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 123(15): 2011 -2015.
- Underlid, K. (1997). *Gruppepsykologi.* Bergen-Sandviken, Fagbokforlaget.
- Utaker, A. (1982, 2. utgave). Under Strukturalismen, Bind 6. *Pax Leksikon.* Oslo, Pax forlag.
- Vaglum, P. (1981). "Miljøterapi av unge stoffmisbrukere i Norge." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 101(14): 852-855.
- Veil, D. (1972). Dehumanisering og institusjonslivet. I: Karl Grunewald (red): *Menneskemanipulering på totalinstitusjoner - fra dehumanisering til normalisering.* Thaning & Appels Forlag.
- Velle, V. (2000). "Terapi ut fra det friske." *Embla* 2: 10-11.
- Vetlesen, A. J. & P. Nortvedt (1996). *Følelser og moral.* Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Vetlesen, A. J. & E. Stänicke (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse. Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen.* Oslo, Ad Notam.
- Visnes, T. (1992). *Fra særomsorg til særlig omsorg.* Oslo, Universitetsforlaget.
- Vogt, J. (2000). "Empowerment - maktstyrking." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 120(26): 3195.
- Wahl, A., T. Rustøen, et al. (2000). "Livskvalitet. En diskusjon om hvordan ulike faktorer påvirker kunnskap om livskvalitet." *Vård i Norden* 55(20): 36 - 41.
- Weiss, R. S. (1974). *The provitions of social relationships. Doing unto others: joining, molding, conforming, helping, loving.* Z. Rubin.
- Weiss, R. S., D. Riesman, et al. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation.* Cambridge, The MIT Press.
- Wifstad, Å. (1994). "Møtet med Den Andre. Om ekspertkunnskapens grenser." *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 114(30): 3678-3680.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår og begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.* Oslo, Tano Aschehougs Fonteneserie.
- Wifstad, Å. (1998). Eklektisismen: problem og utforming. I: A. J. W. Andersen and B. Karlsson: *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid.* Oslo, ad Notam Gyldendal: 65 - 82.

- Wifstad, Å. (2002). "Medisin basert på informasjonsteknologi - effekt på autonomi og sårbarhet." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **122**(7): 720 - 722.
- Wifstad, Å. & T. Foss (1990). "Krise på avveie. Vitenskapsteoretiske problemer i dagens psykiatri." Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift **5**(44): 489-493.
- Willumsen, E. (1998). "Farvel til ekspertrollen." Embla **8**: 24-31.
- Wuttudal, K. (1994). Tjenesteyting i boliger til psykisk utviklingshemmede: nye idealer og dilemmaer. Allforsk, senter for samfunnsforskning. Dragvoll.
- Wyller, T. B. (1998). "Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning - til gagn eller ugagn?" Tidsskrift for den Norske Lægeforening **118**(27): 4247-4251.
- Wyller, T. B. (2001). "Begrepsrydding om livskvalitet." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(23): 2670.
- Wyller, T. B. (2001). "Livskvalitet." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(18): 2203-2204.
- Wyller, T. B. (2001). "Ullent om livskvalitet." Tidsskrift for den Norske Lægeforening **121**(23): 2670.
- Waad, T. & S. Hult (1997). "Det salutogena perspektivet legger tonvikt vid friskfaktorer." Vårdfacket **21**(6): 40 - 43.
- Waad, T. & S. Hult (2001). "Att arbeta med sociale nätverkskartor i ett salutogent perspektiv. En beskrivning av nätverkskartan, som utredningsinstrument i öppen och sluten vård." Psyche(4): 10 - 13.
- Yalom, I. D. (2003). Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter. Oslo, Pax Forlag A/S.
- Ytterhus, B. (2001). "Hvordan går det med Mead, Blumer, Goffman og barna? En diskusjon av symbolsk interaksjonisme som utgangspunkt for forskning og forståelse for barn." Barn. **1**: 29-45.
- Østerberg, D. (1993). Jaen-Paul Sartre: filosofi, kunst, politikk, privatliv. Oslo, Gyldendal.
- Øverås, S. (2000). Hva vet vi om psykiatriske pasienters levekår? En gjennomgang av kunnskapsstatus i Norge. Oslo, Forskningsstiftelsen Fafo.
- Ådland, A. & K. Alsaker (2000). Bofellesskap for psykiatriske langtidspasienter. I: Arve Almvik og Lisbeth Borge (red): Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Bergen, Fagbokforlaget.
- Aasland, O., O. S. Dalgard, et al. (2000). Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.