

UNIVERSITETET I STAVANGER

# Hvordan er det å bo i lavterskel bofelleskap?

---

Masteroppgave i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektiv 2009-2011

**Heidi Synnøve Hansen**

Juni 2011



(Boliglån u.å.)

I

En kvalitativ studie om hvordan mennesker med dobbeltdiagnose opplever å bo i lavterskel bofelleskap.

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I  
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**  
Vår 2011

**FORFATTER:**  
Heidi Synnøve Hansen

**VEILEDER:** Universitetslektor og PhD.kandidat ved Universitetet i Stavanger, Kristin Humerfelt

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE**

**Norsk tittel:** Hvordan er det å bo i lavterskel bofellesskap?

– En kvalitativ studie om hvordan personer med dobbeldiagnose opplever det å bo i lavterskel bofellesskap.

**Engelsk tittel:**

How is it to live in a low-demanded residence?

- A qualitative study about how persons with dual diagnosis experience how to live in a low-demanded residence.

**EMNEORD/STIKKORD:**

Dobbeltdiagnose  
Rusmiddelavhengighet  
Psykisk lidelse  
Lavterskel tilbud  
Bofellesskap  
Kvalitativ studie

**KEYWORDS:**

Dual diagnoses  
Drug addiction  
Mental disorders  
Low-demanded residence  
House care  
Qualitative research

ANTALL SIDER: 74 sider

ANTALL ORD: 21 450

STAVANGER, 29/06/2011: .....

*Heidi Synnøve Hansen*

## Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på to års studier i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv. Det har vært et spennende og lærerikt studium hvor jeg har tilegnet meg ny kunnskap. Den viktigste kunnskapen har imidlertid mine seks informanter gitt meg. Dette handler både om deres opplevelser, men også om egen erkjennelse av hvor betydningsfull brukerkunnskapen er. Jeg vil derfor rette en stor takk til informantene i studien som var villige til å sette av tid og meddele sine opplevelser. Uten dem ville ikke denne studien vært mulig og gjennomføre.

En takk til mine medstudenter for utveksling av kunnskap, inspirasjon og trøstende ord. Tusen takk til veileder og Cand. polit. ved Universitetet i Stavanger Kristin Humerfelt som har gitt meg god konstruktiv veiledning og strukturert meg når jeg ønsket å fortelle alt i en setning.

Å skrive en master er et heldøgns arbeid i perioder, noe familie og venner har måtte lide under. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke familie og venner som har gitt meg rom for å fullføre dette studiet. En spesiell takk til min tålmodige mann og støttespiller som har vært rolig når jeg ikke har vært det. Også en liten takk til vår kjære hund, Storm som har tatt meg med på lange lufteturer da jeg trengte det mest.

Til slutt vil jeg takke mine kjære kollegaer som har vært tålmodige med meg i mine verste perioder og for at dere hele tiden har hatt tro på meg og arbeidet mitt.

Stavanger, våren 2011

Heidi Synnøve Hansen

## Sammendrag

Denne masteroppgaven har til hensikt å gi mer kunnskap om hvordan mennesker med en dobbeltdiagnose, som vil si personer med rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, opplever det å bo i lavterskel bofellesskap for å få en bredere forståelse om hva som skal til for å skape en bedre hverdag for beboerne.

Helsedirektoratet ga midler til kommunene gjennom Prosjekt bostedsløse (2001-2004) for å kunne gi flere mennesker, som var uten bolig, et hjem. I flere av byene ble tilskuddene brukt til å støtte eksisterende tiltak som også hadde mottatt støtte fra andre statlige tilskuddsordninger rettet mot personer med en dobbeltdiagnose. I den forbindelse ble det iverksatt flere boligtilbud, blandt annet ble det opprettet lavterskel bofellesskap for bostedsløse mennesker med denne problematikken.

Et av de forhold som er sjeldent studert er brukernes egne opplevelser og meninger om tilbud som er tilrettelagt for dem. Studiens problemstilling er: *Hvordan opplever mennesker med dobbeltdiagnose å bo i lavterskel bofellesskap?*

Studien har et kvalitativt forskningsdesign og det ble gjennomført semistrukturert forskningsintervju av seks beboere i fire forskjellige bofellesskap.

Resultatene fra studien indikerte tre hovedfunn. *Det første funnet* var at det i utgangspunktet er tilrettelagt for at beboerne skal få dekket sine mangelbehov, og det er grunnleggende behov som mat og husly, sikkerhet og trygghet og følelse av sosial tilhørighet. Men beboerne benytter seg lite av det. *Det andre funnet* indikerer at det er tilrettelagt for brukermedvirkning, men beboerne har ikke en reell innflytelse på resultatet. *Til sist* indikerer funnene at det finnes en sammenheng mellom beboernes medvirkning og deltakelse ved aktiviteter i bofellesskapet. Beboerne får muligheten til å påvirke, men det viste seg å være vanskelig for beboerne å benytte seg av tilbudet.

Konklusjonen ble at beboerne trives i bofellesskapene da det er et bedre alternativ enn de hadde før de flyttet inn i leiligheten. Men tilbudene kan synes å være for generelle og det må rettes et større fokus på individet og dets behov før det kan fungere i fellesskapet.

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord

Sammendrag

|   |    |
|---|----|
| 1.0 INNLEDNING .....  | 1  |
| 1.1 Bakgrunn for studien.....                                       | 1  |
| 1.2 Tidligere forskning.....  | 1  |
| 1.3 Hensikt og mål.....   | 4  |
| 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen .....           | 4  |
| 1.5 Hva er en lavterskel bolig og hvem benytter seg av det .....    | 5  |
| 1.5.1 Hva er rusmidler? .....                                       | 7  |
| 1.5.2 Hva er rusmiddelavhengighet? .....                            | 8  |
| 1.5.3 Hva er psykiske lidelser? .....                               | 8  |
| 1.6 Oppgavens oppbygning.....                                       | 9  |
| 2.0 TEORETISK REFFERANSERAMME.....                                  | 10 |
| 2.1 Brukermedvirkning.....  | 10 |
| 2.1.1 Brukerperspektiv .....  | 12 |
| 2.2 Behovsteorier .....   | 13 |
| 2.2.1 Maslows behovshierarki.....                                   | 13 |
| 2.3 Omsorgsteori.....   | 14 |
| 3.0 METODE OG METODOLOGI.....                                       | 17 |
| 3.1 Metodologiske overveielser .....                                | 17 |
| 3.2 Valg av metoderedskap.....                                      | 18 |
| 3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju .....                      | 18 |
| 3.2.2 Utvalg .....  | 19 |
| 3.2.3 Rekruttering av informanter og gjennomføring av intervju..... | 19 |
| 3.3 En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.....                  | 21 |
| 3.3.1 Fenomenologisk perspektiv .....                               | 22 |
| 3.3.2 Hermeneutisk perspektiv .....                                 | 23 |

|  |    |
|--|----|
| 3.4 Redegjørelse for egen forforståelse.....   | 24 |
| 3.4.1 Transkribering av samtale til skriftlig tekst .....  | 25 |
| 3.5 Analyse av data .....  | 26 |
| 3.5.1 Kategorisering .....   | 27 |
| 3.5.2 Bearbeiding og tolkning av data.....   | 27 |
| 3.5.3 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.....  | 28 |
| 3.5.4 Etske overveielser.....  | 28 |
| 4.0 FUNN .....   | 31 |
| 4.1 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om fritidsaktiviteter som blir arranger i bofellesskapet? .....                            | 31 |
| 4.2 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om måltider i bofellesskapet? .....  | 32 |
| 4.3 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om tilbud til rengjøring i leiligheten? .  | 33 |
| 4.4 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om kontaktpersonene de har i bofellesskapet? .....   | 33 |
| 4.5 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om deres muligheter til å påvirke og forme tilbudene som blir gitt i bofellesskapet? ..... | 34 |
| 4.6 Hvordan opplever beboerne fellesskapet i boligen? .....  | 35 |
| 5.0 DRØFTING.....  | 37 |
| 5.1 Mangelbehov .....  | 37 |
| 5.1.1Grunnbehov .....  | 37 |
| 5.1.2Trygghet og sikkerhet.....  | 39 |
| 5.1.3 Sosial tilhørighet.....  | 40 |
| 5.2 "Herre i eget hus" .....   | 43 |
| 5.2.1 Rent og pent, eller? .....   | 44 |
| 5.2.2 Informere eller konsultere? .....  | 45 |
| 5.3 Dagsform og deltakelse.....  | 46 |
| 6.0 AVSLUTNING.....  | 49 |
| 6.1 Videre forskning .....   | 50 |
| 6.2 Metodiske overveielser.....  | 50 |

|                 |    |
|-----------------|----|
| REFERANSER..... | 51 |
|-----------------|----|

VEDLEGG 1: Intervjuguide

VEDLEGG 2: Forespørsel om deltakelse i studien

VEDLEGG 3: Samtykke til deltakelse i studien

VEDLEGG 4: Tilbakemelding fra REK

VEDLEGG 5: Godkjenning av NSD

VEDLEGG 6: Bekreftelse på endring NSD



## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for studien

Jeg har jobbet med mennesker med rusmiddelavhengighet siden 2006 og det er her min interesse startet. Jeg har arbeidserfaring med avrusning og behandling, men de siste årene har jeg jobbet i et bofellesskap med mennesker som kontinuerlig bruker rusmidler og er det en kan kalle storforbruker.

Tilbudet her er primært rettet mot dem som legen Bo Kielland (2002) identifiserte som de "sårbare" i forbindelse med sin kartlegging av rusavhengighet og psykiatriproblematikk på slutten av 1990-tallet. Det er blant annet mennesker med en psykoselidelse og alvorlige personlighetsforstyrrelser (St.prp. nr. 63 (1997–98)). Kielland fikk i oppdrag å kartlegge omfang og behov for tilbud til mennesker med denne problematikken. Hans funn resulterte i en rapport med anbefalinger som har vært med i utformingen av behandlingstiltak for mennesker med alvorlig rusavhengighet og psykiatriproblematikk i Norge (St.prp. nr. 63 (1997–98)).

*På rett vei*, er en evaluering av *Prosjekt bostedsløse* (Ytrehus, Sandlie & Hansen, 2008). Rapporten beregnet antall bostedsløse i Norge til å være 6100 personer. Omkring 60-70 prosent av disse var avhengig av rusmidler og rundt 40 prosent hadde tydelige psykiske problemer, og en firedel har en dobbeldiagnose (Ytrehus, Sandlie & Hansen, 2008). En dobbeldiagnose innebærer at en person har to selvstendige medisinske lidelser, og det er vanligvis brukt om alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelavhengighet (Evjen, Kielland & Øiern 2007, s. 9).

Helsedirektoratet ga midler til kommunene gjennom *Prosjekt bostedsløse* (2001-2004) for å kunne gi mennesker uten fast bolig, et hjem. I flere av byene har tilskuddene blitt brukt til å støtte tiltak som også har mottatt støtte fra andre statlige tilskuddsordninger rettet mot personer med en dobbeldiagnose (Ytrehus, Sandlie & Hansen, 2008). I denne forbindelsen ble det også iverksatt flere boligtilbud i kommunene, som lavterskel bofellesskap for mennesker med en dobbeltdiagnose.

### 1.2 Tidligere forskning

Søk i databaser viser at det finnes mye aktuell forskning om rusmiddelbruk og psykiatri, men lite går spesifikt på hvilke opplevelser og meninger disse menneskene har i forhold til det å bo i lavterskel bofellesskap. Søk i flere databaser som Medline, Psykinfo, SweMed, BibsysAsk og

med ulike kombinasjoner av søkeord som "dobbeldiagnose", "lavterskel tilbud", "bostedsløse", "rus + bolig", "bofellesskap" eller "rus + medvirkning" gir mange tusen treff. Søkeord som ble benyttet på engelsk var "dual diagnosis", "house care", "homelessness", "drug + addiction", "low-demanded residence" og "drug + abuse".

Studiens tema fanges likevel ikke spesifikt opp, da treffene dreier som om mennesker med *tidligere* erfaringer med rusmidler, eller sett bare ut i fra personalets perspektiv, men ut i fra beboerene selv. Litteraturen omhandler ofte mennesker med en rusmiddelavhengighet med fokus på behandling og det å være eller bli rusfri.

*Prosjekt bostedsløse 2001-2004* gir god dokumentasjon på hvordan prosessen med å utvikle boliger for personer med en rusavhengighet har fungert i praksis (Ytrehus, Sandlie & Hansen, 2008). Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) har også utarbeidet en del rapporter rundt temaet bolig og rusmiddelavhengighet, men her er det heller ikke satt fokus på brukernes opplevelser fra boliger i bruk, men mer boform og organisering. RIO består av tidligere rusmiddelavhengige og disse rapportene er gode for å få innsikt i hvilke meninger og opplevelser personer med en rusmiddelavhengighet har med å bo i det private boligmarkedet. *Prosjektet Boligsosialt brukerfokus* trekkes frem i denne sammenheng (RIO, 2010).

Et annet prosjekt er *Boliger for rusavhengige, erfaringer for boliger i bruk* (Askgaard, Eimhjellen, Olsen & Revå, 2008). Prosjektet beskriver hvilke boliger som er oppført for rusmiddelavhengige og hvilke erfaringer beboerne har gjort om selve utformingen av bygget, dets funksjon og beliggenhet.

Resultater fra Kielland (2002) sin studie, *Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig syke med rusmisbruk*, beskriver at behovet for skjermede boliger for pasienter med dobbeldiagnoser er betydelig og representerer en stor utfordring for både kommunen og spesialhelsetjenester. 51 % av de pasientene som ved innleggelsen bodde midlertidig (inkludert bostedsløse) eller hos nære slektninger, burde ideelt sett fått tilbud om bemannet bolig. En slik bolig ble også antatt å være ideell for 35 % av dem som ved innleggelsen bodde i egen bolig. Av dem som allerede kom fra en slik skjermet bolig mente behandler at det var en av de ni pasientene som heller kunne bo i egen bolig, mens de åtte andre fortsatt trengte en skjermet bosituasjon (Kielland, 2002).

Eksisterende undersøkelser har gitt gode bidrag til kartlegging, modelltenkning og problemformulering på feltet (Kielland, 2002). Kielland (2002) mener at for å komme videre må perspektiver som også ivaretar brukernes egenforståelser og egne opplevelser belyses.

*Housing first* er en metode utviklet i psykiatrien i New York på 90- tallet. Det var fokus på skadereduksjon og hadde en samarbeidsstrategi for å hjelpe mennesker med flere sammensatte problemer (Tsemberis, 2010). De viser til Maslows behovspyramide (1943) for å begrunne hvorfor mennesker må ha en bolig, før andre problemer settes i fokus. De viser også til reduserte utgifter til hospitsopphold, akutt- og sykehustjenester i psykiatri og somatisk helsevesen, rustjenester og avrusning, institusjonsopphold, juridisk bistand, rettsvesen, fengsel og politiarbeid (Tsemberis, 2010).

Margaretha Jarvinen (1998) presenterer resultatene fra et forskningsprosjekt om rusmiddelavhengighet i København, i boken *Det dårlige selskap*. Begrunnelsen for undersøkelsen var et ønske om å belyse den utviklingen som hadde funnet sted i rusbehandlingssystemet i løpet av de siste ti årene, som bestod av en høyere satsing på sosial integrering av brukere og en nedprioritering av personer med et langvarig rusmiddelmisbruk og alvorlige sosiale problemer (Jarvinen, 1998). Her ble personal og beboerne på omsorgsinstitusjoner i Danmark, intervjuet om hvilken rusmiddelpolitikk det var på stedene og hvilken hjelptilbud som eksisterte. Et av bofellesskapene hadde følgende prinsipper, *"Beboerne skal ha mulighet for å tydeliggjøre deres situasjon og ta stilling til tilbudene; beboerne skal gis aktiv støtte til å løse de oppgavene de stilles ovenfor i hverdagen; beboerne skal få hjelp til å bruke samfunnets institusjoner og deres demokratiske rettigheter; beboerne skal ha støtte til å styrke egen identitet og selverd. Det skal også være en aktiv "medinndragelse" av beboerne i utførelsen av alle oppgaver"* (Jarvinen, 1998, s. 157). I intervjuene med personalet beskrives beboerne som "så svake" og "så kroniske" at de ikke behøver noe annet enn elementær omsorg.

Hanne Thommesen (2008) skriver i sin doktoravhandling, *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose*, at det finnes forventninger i samfunnsstrukturen til hvordan rollen som rusmiddelavhengig skal spilles. Dette bidrar til at brukerne ikke ser seg selv, men spiller den rollen som omgivelsene forventer, til deres status som rusmiddelavhengig.

Margareth Randby (2010) har skrevet boken *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer, på vei mot en bedre hverdag*. Bakgrunnen for boken er en masteroppgave i sosialt arbeid fra 2008 som var basert på en empirisk brukerundersøkelse blant unge mennesker med

dobbeltdiagnoser. Temaet for undersøkelsen var pasientenes egne erfaringer og meninger om det å få et bedre liv med mindre bruk av rusmidler og bedre psykisk helse (Randby, 2010). Hun har et brukerperspektiv og gir brukerne en stemme. Men også dette er historier fra tidligere rusmiddelavhengige pasienter hvor fokuset er på behandling.

I henhold til eksisterende forskning og litteratur kan det synes som at det er et økende behov for denne typen boliger og at fagpersonenes synspunkt belyses, men det finnes lite materiale med innfallsvinkelen rettet mot de som bor i boligene. Jeg ønsker derfor med denne studien å bidra til ny kunnskap om et lite utforsket tema.

### 1.3 Hensikt og mål

Hensikten med studien er å få kunnskap om livet i bofellesskapet ut i fra et brukerperspektiv. Målet med studien er å gi økt forståelse om beboernes egne opplevelser og meninger om de daglige aktivitetene og rutinene i boligen.

På bakgrunn av dette er problemstillingen:

*Hvordan opplever mennesker med dobbeltdiagnose det å bo i lavterskel bofellesskap?*

For å få kunnskap om dette ønsket jeg å få tak i beboernes egen opplevelser og meninger gjennom forskningsspørsmålene:

- Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om hvilken rolle kontaktpersoner har i bofellesskapet?
- Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om deres muligheter til å påvirke og forme tilbudene i bofellesskapet?
- Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om fellesskapet i boligen?
- Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om fritidsaktiviteter som blir arrangert i bofellesskapet?
- Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om måltider i bofellesskapet?
- Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om tilbud til rengjøring i leiligheten?

### 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Studien er avgrenset til personer som bor i lavterskel bofellesskap. Beboerne i bofellesskapene har alle dobbeltdiagnoser. Definisjonen på dobbeltdiagnose er ofte en rusmiddelavhengighet kombinert med en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektive lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser (Evjen et al., 2007). Jeg benytter dette begrepet i min studie, men

har valgt ikke å skille mellom alvorlige psykiske lidelser og andre psykiske lidelser av den grunn at jeg ikke utdyper hvilke diagnoser informantene har.

Grunnen til at jeg bruker begrepet dobbeltdiagnose er at jeg også ønsker å belyse at rusmiddelavhengighet ofte ikke er et isolert problem, men ofte mye mer komplekst. Begrepet rusmiddelavhengighet blir benyttet i forhold til litteratur og steder hvor jeg vurderte dette var best. Begrepet rusmiddelavhengighet defineres her som skadelig bruk av rusmidler over lengre tid (Evjen et al., 2007).

Jeg har valgt å benytte begrepet beboer i de fleste sammenhenger i stedet for det mye brukte begrepet – bruker, av to grunner. For det første bor de i leide leiligheter. For det andre er begrepet bruker i denne studien noe misvisende og kan assosieres med brukere i forhold til ”brukerdoser”(Humerfelt, 2005). Jeg har brukt begrepet bruker i sammenhenger med litteratur hvor jeg vurderte dette var best. Begrepet bruker defineres her som mennesker som trenger, søker eller mottar hjelp fra helsetjenesten, hjelpeapparat og mennesker som er deres pårørende (Andreassen, 2005, s. 21).

Videre avgrensner jeg problemstillingen og begrepene som jeg har i studiens forskningsspørsmål. Ved aktiviteter i bofellesskapet søker jeg her etter det vi omtaler som fritidsaktiviteter, som for eksempel treningstilbud, turer, diverse spill aktiviteter og andre aktiviteter i og uten for bofellesskapet som måtte være aktuelle.

Måltider i bofellesskapet begrenser jeg til måltider som finner sted i boligen og er et tilbud til beboerne. Rengjøring i bofellesskapet er begrenset til den hjelpen personalet utøver til noen av beboerne i bofellesskapet, ved faste avtaler eller ved forskjellige situasjoner.

Kontaktpersoner i bofellesskapet er avgrenset til den/de i personalgruppen som har ansvar for oppfølging av beboeren. Ved å påvirke og forme tilbudene i bofellesskapet avgrensner jeg tilbudene til fritidsaktiviteter, rengjøring av leilighet og måltider. Når det gjelder fellesskapet i bofellesskapet er relasjonene beboerne i mellom og beboer og personal av interesse.

### **1.5 Hva er en lavterskel bolig og hvem benytter seg av det**

Tradisjonelt har tiltak for å redusere etterspørselen og tiltak for å redusere tilgangen vært de sentrale bærebjelkene i kampen mot rusmidler. I de senere år er en tredje gruppe tiltak knyttet til begrepet skadereduksjon stadig oftere blitt trukket fram i den internasjonale rusmiddeldebatten, noe som naturlig nok også har hatt ringvirkninger i Norge (St.meld. nr. 16 (1996-97)). Skadereduksjon viser til behandlingstilbud og prosjekter som har til hensikt å redusere helsemessige, sosiale og økonomiske skader og problemer forbundet med bruken av

tobakk og psykoaktive stoffer. I et folkehelseperspektiv velger man imidlertid å gjøre hva man kan for å redusere skader her og nå, i stedet for å vente på at de som i dag benytter rusmidler skal utvikle en rusmiddelavhengighet. For mange mennesker med en problematisk rusmiddelbruk vil det være uaktuelt å slutte helt med rusmidler, mens andre vil kunne motiveres til å redusere inntaket til et mindre skadelig nivå. Skadereduksjonen har to hovedelementer, en pragmatisk folkehelse tilnærming og en tilnærming basert på menneskerettighetstenking (St.meld.nr.16 (1996-97)). Det grunnleggende i begge elementer er at det å skulle endre menneskelig atferd må baseres på en prosess med tilrettelegging og samarbeid der hver enkeltpersons verdighet respekteres. Det finnes solid dokumentasjon for at skadereduksjonstiltak har en positiv effekt både på individ- og samfunnsnivå, og bidrar til økt opplevd livskvalitet, bedre helse og økt livslengde (Harm Reducion International, 2010).

Lavterskel bofellesskapene er et skadereduserende tiltak. Boligene er permanente botilbud med lavt ambisjonsnivå i forhold til behandling, men med et stort fokus på omsorg. Bofellesskapene aksepterer, men forsøker å stimulere til en mindre destruktiv bruk av rusmidler. Målet for bofellesskapene er å bedre helse, sosial inkludering, økt livsmestring og opplevelse av menneskeverd (Østnorsk kompetansesenter, 2007). Bofellesskapene er tiltak for å skape et hjem og skal dekke de grunnleggende behov som mat, dusj og seng (Rusmiddeletaten, 2011).

Det er vanlig i et bofellesskap at det noen ganger i året arrangeres beboermøter. Dette er et forum hvor beboerne blir informert om aktuelle saker og hvor de selv kan komme med innspill til ønsker, opplevelser og lignende. På denne måten ivaretas retningslinjenes krav til brukermedvirkning. Beboerne har rett til å bli hørt og bli tatt på alvor i forhold til sine meninger (Stavanger kommune, 2008). Det vektlegges høy grad av brukermedvirkning og målsettingen er å bygge på folks ressurser, bryte isolasjon, og legge til rett for meningsfulle aktiviteter, gode fellesskap og mennesker i byen skal erfare respekt, rettferdighet og omsorg (Aktivitetshuset Prindsen, 2011).

Retningslinjene for bofellesskapene som blir beskrevet i oppgaven er hentet fra flere bofellesskap med forskjellige plasseringer i Norge. Dette er for å bevare konfidensialiteten til de få bofellesskapene jeg selv har kontaktet. Dette har jeg kunnet gjøre da retningslinjene for bofellesskapene er svært like. Jeg har vurdert det som god nok informasjon for å belyse hvilke prinsipper bofellesskapene jobber for.

Menneskene som bor her er ofte i en vanskelig livssituasjon og mange sliter med fysiske, psykisk og/eller sosial helse. Dette er ofte en følge av langvarig rusmiddelbruk, men mange har

også hatt slike problemer fra ung alder av. Georg De Leon fant ut fra sin forskning ved Phoenix house i New York en serie med fellestrekk som karakteriserer mennesker med et rusmiddelbruk. Han beskriver at de ofte har dårlig toleranse for: frustrasjon, ubehag, utsettelse av behov tilfredsstillelse, lav selvfølelse, problemer med ansvar, dårlig impuls kontroll, vanskelig å mestre følelser, skyldfølelse overfor seg selv, andre og samfunnet. De kan også ofte mangle kunnskap som å lese, skrive, kommunikasjon og oppmerksomhet (Furuholmen & Andreassen, 2007). Som følger av injisering av rusmidler er Hepatitt B og/eller C vanlig for beboerne, samt også dårlig almenntilstand. Dette kan skyldes ulike infeksjoner som kanskje er ubehandlet, feilernæring og dårlig tannhygiene (Randby, 2010).

### 1.5.1 Hva er rusmidler?

#### *Narkotika*

En rekke narkotisk stoff har det til felles at de kort tid etter inntak fører til en form for ruseffekt hos brukeren. Disse stoffene kan være illegale rusmidler, men også stoffer som har vært tiltenkt andre funksjoner i utgangspunktet, som medikamenter eller løsemidler. Eksempler på rusmidler er: amfetamin, benzodiazepiner, cannabis, ecstasy, GHB, kokain, LSD og heroin. Felles for alle rusmidlene er at de kjennetegnes av konsentrasjonssvekkelse, hukommelses- og innlæringsvikt, kritikkløshet og endret stemningsleie (Helsedirektoratet, u.å.a). Ut over dette vil de enkelte rusmidler ha karakteristiske egenvirkninger som for eksempel sløvhet, økt sentralnervøs og motorisk aktivitet eller hallusinasjoner. Effekten kan da være til stede i få eller flere timer (Helsedirektoratet, u.å.a). omfattende rusmiddelbruk omfatter i oppgaven både skadelig bruk og avhengighet av rusmidler, både legale og illegale. (Evjen et. al., 2007, s.29).

#### *Alkohol*

Alkohol har vært kjent og brukt i uminnelige tider, og ble oppdaget i flere kulturer uavhengig av hverandre. Den tidligste kjente ølbrygging stammer fra Babylonia 6000 f Kr, mens brennevinsprosessen først ble kjent i Kina og India vel 1000 f Kr (Helsedirektoratet, u.å.b). Alkohol er det rusmiddelet som er mest utbredt i Norge og er i dag ofte forbundet med sosiale begivenheter (Frøyland, 2005). Norge har allikevel det laveste alkohol forbruket i Europa (Helsedirektoratet, u.å.b).

Alkohol er et stoff som kan skape avhengighet. Noen tegn på at en person er blitt avhengig av alkohol, er rastløshet og søvnproblemer i perioder man ikke drikker. Toleranse og hastighet økes og en kan glemme å spise. Flere føler seg uopplagt. De drikker for å dempe stress, angst

og depresjon. De deltar i fritidsaktiviteter der det drikkes alkohol (Helsedirektoratet, u.å.b). Jeg skiller i min studie ikke mellom avhengighet til alkohol eller andre rusmidler.

### 1.5.2 Hva er rusmiddelavhengighet?

Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2003) definerer avhengighet som en mental lidelse hvor en person misbruker et rusmiddel om og om igjen. WHO skiller mellom skadelig bruk av rusmidler og avhengighet av rusmidler, hvor avhengighet er en tyngre og mer alvorlig tilstand enn skadelig bruk. Hans Olav Fekjær (2009) skiller mellom fysisk avhengighet som gjør at en stadig må ha større doser rusmidler for å oppnå ønsket virkning. Ved fysisk avhengighet rammes en også av avvenningsproblemer som abstinenser. Psykisk avhengighet er preget av en avvikende, trist livsstil. De holder for det meste sammen med andre som har en rusavhengighet. Fekjær (2009) mener det er vanskeligere og avklare den psykiske avhengigheten av rusmidler.

ICD-10 (WHO internasjonale diagnosesystem) sier at minst tre av disse seks kriteriene må være tilstede for at en skal kunne bedømme det som avhengighet (NOU 2010: 3)

1. En sterk lyst eller følelse av tvang til å innta middelet
2. Problemer med å kontrollere bruken: mengde, tid, eller å slutte
3. Abstinensproblemer (kan beskrives som de fysiske og psykiske problemene en person opplever når rusmiddelet ikke lenger blir tilført kroppen for eksempel kvalme, skjelvinger, svetting, frysing, med mer)
4. Toleranse (vanligvis handler det om at en person må ha stadig mer/høyere doser for å oppnå den samme følelsen som tidligere.)
5. Gir avkall på andre fornøyer/interesser på grunn av bruk, bruker tid for å komme seg igjen etter bruken, eller bruker tid for å skaffe midlet.
6. Fortsatt bruk til tross av gjentatte negative konsekvenser

### 1.5.3 Hva er psykiske lidelser?

Det finnes to etablerte diagnosesystemer for psykiske lidelser. Det ene er *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), som forvaltes av American Psychiatric Association (APA) [4]. Det andre er F-kapittelet i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), som forvaltes av Verdens helseorganisasjon (Torvik & Rogmo, 2011) Begge inneholder systematiserte oversikter over kriteriene som brukes for å diagnostisere psykiske lidelser. Psykiske lidelser omfatter mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra kulturelle normer og som medfører lidelse eller uførhet. Begrepet psykiske lidelser rommer dermed en bred samling konsepter, som kan være svært forskjellige i



uttrykk, årsaker og konsekvenser. De mest utbredte psykiske lidelsene er forskjellige former for depresjon, angst og rusmiddelavhengighet (Torvik & Rogmo, 2011).

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

Studiens teoretiske referanseramme presenteres i kapittel 2, deretter følger redegjørelsen for metode og framgangsmåte i kapittel 3. Empiridel følger i kapittel 4 og drøfting av denne i kapittel 5. til slutt oppsummerer og konkluderer jeg i forhold til oppgavens problemstilling i kapittel 6.

## 2.0 TEORETISK REFFERANSERAMME

I dette kapittelet gis det en innføring om ulike teorier innenfor medvirkning, brukerperspektiv, behovsteorier og omsorgsteorier.

Et viktig prinsipp i sosialtjenesteloven § 1-1 b (1992) er at den hjelpen som gis skal være med å bidra til at bruker blir selvhjulpent: *” bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre”*. Det står i sosialtjenesteloven § 4-2 d (2004) at alle har rett til plass i institusjon eller bolig med hel døgns omsorgstjenester: *” det skal gis dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Hjelp til dem som ikke kan ha omsorg for seg selv”* (§ 4-3, 2004). De som ikke kan ha omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 a-d.

### 2.1 Brukermedvirkning

Ordet brukermedvirkning kom for fullt inn i det norske språket på slutten av 80-tallet, og har fra den tiden vært nevnt i flere politiske dokumenter (Vareberg, 1999, Humerfelt, 2005).

Brukermedvirkning defineres i stortingsmeldingen nr. 34 (1996) som: *”De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforminger av tjenestetilbudet”* (St. meld. nr. 34, 1996, 29). I denne definisjonen blir brukeren gitt en mulighet til å uttale seg før en avgjørelse blir tatt, men det blir her ikke lagt vekt på relasjoner mellom brukere og fagpersonell.

Fokuset på brukermedvirkning har endret seg fra implisitt å regne med at brukerne blir møtt på en måte som ivaretar menneskets iboende likeverd og imøtekommer behovet for medbestemmelse og autonomi, til eksplisitt å uttrykke at brukernes subjektive opplevelser av hjelpebehov skal ivaretas i størst mulig grad få konsekvenser for utfallet for å ivareta menneskeverdet (St. meld.nr 6 (2002-2003) NOU 2005:3, Humerfelt, 2005, s.21). Helse- og sosialpolitikken gir også viktige føringer og brukermedvirkning er rettslig regulert også i sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. *”Fagperson har plikt til å rådføre seg med klienten. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener”* (Sosialtjenesteloven § 8- 4).

Både Stortingsmelding nr. 25 (1997) *Åpenhet og helhet* og Pasientrettighetsloven (1999) slår fast at brukere av tjenester har rett til informasjon, innflytelse og medvirkning i tjenestene som de mottar. Retten til å medvirke forutsetter et samspill mellom bruker og fagpersonell. Brukermedvirkning handler om at brukerne bidrar, deltar eller er aktivt med i relasjonen med helse og sosialarbeiderne (Humerfelt, 2005).

Brukermedvirkning handler om etterlevelse av anerkjente og uttalte verdier i vår velferdsstat, for eksempel vern om personlig integritet og selvbestemmelse (Humerfelt, 2005). I det ligger det et element av egeninnsats fra brukernes side for å virkeliggjøre medvirkningen. Brukerne har rett til å medvirke når det skal tas valg om hva som skal gjøres og på hvilken måte. Retten til medvirkning gjelder alle former for helsehjelp og innbefatter både forebygging, undersøkelse, diagnostisering, pleie, behandling og rehabilitering (Andreassen, 2005). Grad av medvirkning vil være avhengig av personens evne og situasjon. Desto større faglig kompetanse som kreves, desto mindre vil ofte brukernes reelle medvirknings muligheter være. Hvordan brukeren medvirker, må tilpasses den enkelte brukers individuelle forutsetninger.

Brukermedvirkning kan foregå på forskjellige nivåer. På samfunnsnivå vil brukermedvirkning foregå i relasjonen mellom brukerne og den offentlige forvaltningen (Humerfelt, 2005). På gruppenivå vil medvirkningen skje i relasjonen mellom en gruppe brukere og helse- og sosialarbeidere (Humerfelt, 2005, ). I denne oppgaven er fokuset på individnivå, det vil si den medvirkningen som handler om hvordan den enkelte bruker får medvirke i relasjon med helse- og sosialarbeidere (Humerfelt, 2005).

Relasjon er et vesentlig begrep i brukermedvirkning. Det dreier seg om en relasjon mellom brukere og forvaltning, der brukerne som part skal være aktive. Gjennom økt brukermedvirkning ønsker en både å sikre brukernes interesser i hjelpeapparatet og utnytte brukernes erfaringer i faglig utvikling og kvalitetssikring av hjelpetjenesten (Nesvåg, 2005). Intensjonen er at medvirkning i form av aktivitet, diskusjon og omgang med andre mennesker skal gi dem en positiv emosjonell opplevelse (Humerfelt, 2005).

Christoffersen beskriver fem ulike nivåer for hvilken grad av påvirkning brukerne gis i prosessen med å utforme tjenestetilbudet og fatte beslutninger (Humerfelt, 2005). Det første er informasjon, hvor brukerne får informasjon om beslutninger som er truffet, uten selv å ha hatt innflytelse på behandlingen eller beslutningen. Det neste nivået er konsultasjon, hvor brukerne blir tatt med på råd eller konsultert, men har fortsatt ikke noe reell påvirkning på beslutningen. Det tredje nivået er partnerskap hvor kontrollen er lik mellom personal og bruker. Det fjerde er delegasjon, hvor brukerne faktisk har delegert myndighet til å treffe beslutninger. Helt til høyre i modellen er brukerstyring. Dette gjelder full kontroll over både prosess og beslutning fra brukernes side (Humerfelt, 2005).

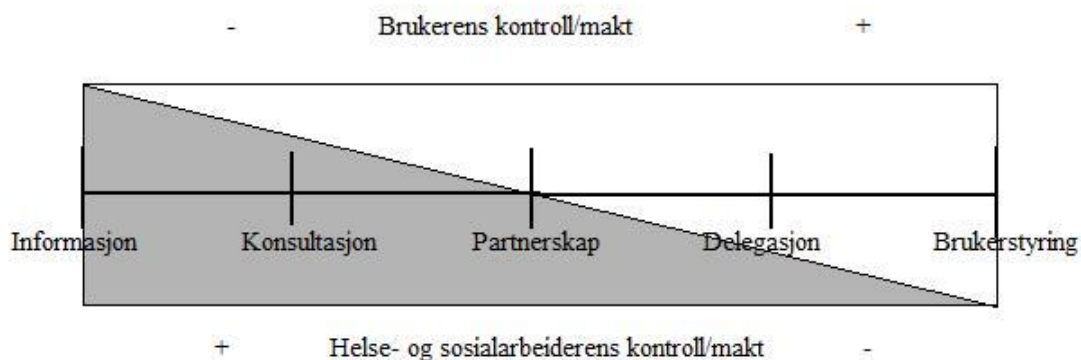


Fig. 1 Humerfelt viser i modellen over hvordan kontroll og makt kan variere mellom brukerne og personalet, og Christoffersens organisering av nivåer for brukermedvirkning (Humerfelt, 2005, s.32).

Kjellevold (2005) viser til grunnleggende verdier som menneskerettighetenes overordnede prinsipp som innebærer sentrale verdier som likeverd og respekt for personlig integritet og selvbestemmelse ligger bak verdiene om økt brukerorientering. Som Askheim (2009) skriver i sin artikkel er rusmiddelavhengige en av de mest forsømte gruppene i Helse Norge i forhold til brukermedvirkning.

### 2.1.1 Brukerperspektiv

Helsefagenes forståelses- og handlingsmodeller har i mange år fokusert på relasjonen mellom brukerne og helsearbeiderne. Dette innebærer et menneskesyn preget av brukerne som objekter med hjelpebehov og hvor helsearbeideren satt med kunnskapen om hva som ville kunne hjelpe brukerne. Relasjonsfokuset var knyttet til at det var sentralt og etablere en god relasjon basert på trygghet og tillit for at brukerne skulle kunne motta og nyttiggjøre seg den hjelpen helsearbeiderne tilbød, og at brukerne skulle bidra med egne meninger og erfaringer om hva som kunne bidra til en bedre livssituasjon (Humerfelt, 2005). Brukernes aktivitet i relasjonen består i å formidle deres forståelse i egen situasjon, som også kan defineres som brukernes perspektiv (Humerfelt, 2005).

*"Brukerperspektiv og brukermedvirkning er to begreper som har ulikt innhold og som er gjensidig avhengig av hverandre i praksis"* (Humerfelt, 2005, s. 18). Begrepet brukerperspektiv kan defineres som: *"Å anlegge et brukerperspektiv betyr at vi prøver å se tilbud, eller behovet for det, fra den potensielle brukerens side"* (Rønning & Solheim, 2000 s. 30). Begrepet kan og

defineres som brukernes forståelse av sin situasjon (Humerfelt, 2005). Brukerperspektivet kommer frem når brukerne formidler sin forståelse av situasjon (Humerfelt, 2005). For at brukerne skal ønske å legge frem sine synspunkter, er det viktig de profesjonelle yrkesutøverne mestrer å legge til rette for dette. Dette kan gjøres blant annet ved å være lydhør og skape trygghet i relasjonen (Humerfelt, 2010). Relasjonen mellom brukerne og helsearbeiderne må baseres på likeverd og maktutjevning mellom de berørte partene (Humerfelt, 2005).

## 2.2 Behovsteorier

Behovsteorier forklarer adferd og ytelse ut i fra grunnleggende behov, der adferden betraktes både skapt og drevet av ulike typer grunnleggende behov.

### 2.2.1 Maslows behovshierarki

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow startet i 1943 utviklingen av en motivasjonsteori for å forklare menneskelige behov og hvordan disse påvirker målrettet adferd (Maslow, 1943). Hans teori viser til at mennesker blir motivert til innsats av et ønske om å tilfredsstille indre behov. Maslow mener at menneskers behov kan påvirke deres adferd. Behovene er plassert i et hierarki fra de mest grunnleggende behov, til høyereliggende behov. Maslows sentrale spørsmål er hvilke behov mennesker søker å tilfredsstille med sin handling. Behovene som skal tilfredstilles er organisert i en pyramide, der lavere trinn må tilfredsstilles før en går videre til neste trinn (Helgesen, 2008).

Maslows peker på fem behov i sin behovspyramide som han mener er fundamentale for mennesket. De må ikke ses isolert fra hverandre, men i sammenheng. En viktig grunn er at mennesket ser ut til å være et søkende vesen. Når et ønske eller et behov er tilfredsstilt, melder ett nytt seg. Mennesket kan oppfattes som søkende. Det vil alltid søke etter noe mer. Hva individet søker etter, vil blant annet være avhengig av hvordan andre behov er tilfredsstilt.

Maslows behovspyramide er gruppert i fem nivåer, med grunnleggende og høyereliggende behov.



*Fig. 2 Maslows behovspyramide*

Menneskets grunnleggende behov kalles med en fellesbetegnelse for fysiologiske eller fysiske behov. Dette er behov som er nødvendige for vår eksistens, og er først og fremst behovet for mat, vann, luft, varme, hvile og søvn (Maslow, 1943). Videre søker mennesket behov for sikkerhet, trygghet og beskyttelse både i nåtid og i fremtid. Disse behovene kaller vi med en felles betegnelse for trygghetsbehov. Under denne betegnelsen finner vi beskyttelse, orden, stabilitet, forutsigbarhet og helse (Helgesen, 2008). Det tredje trinnet er sosialt behov for anerkjennelse, fortrolighet, vennskap og tilhørighet (Helgesen, 2008). De to høyeste trinnene dreier seg om egoistiske behov og selvrealisering kalles vekstbehov. De tre laveste trinnene er hva Maslow kaller mangelbehov og er nødvendige faktorer for alle mennesker for å ha et godt liv. Det er disse mangelbehovene som er i fokus i denne studien.

### **2.3 Omsorgsteori**

Begrepet omsorg er satt sammen av "om" og "sorg". Det er beslektet med det tyske ordet "sorgen" som kan oversettes med "å bekymre seg for" og "omtenksomhet" (Martinsen, 2003). Noe som kjennetegner omsorg er at den ikke lett lar seg definere, den er flytende og relatert til en "her og nå" situasjon. Omsorg innebærer å bry seg, og bør anvendes for å frigjøre og fremme personlig vekst og ressurser. Dette kan bety å legge til rette forholdene for å påvirke til endring og alternative handlinger, samtidig som man setter grenser når dette er nødvendig (Martinsen, 2003).

Den tyske filosofen Martin Heidegger (1889-1976), gjorde omsorgsbegrepet til noe av det mest sentrale i sin tenking. I følge Heidegger er visse strukturer felles i den menneskelige væremåten. Han hevder at disse strukturene som ligger til grunn for og konstituerer enkeltes menneskets konkrete eksistens. Disse strukturene gir Heidegger benevnelsen eksistensiale, som gjelder menneskenes spesifikke væremåte. Heidegger forsøker å sammenfatte denne rekke eksistensiale ved at han karakteriserer tilværelsen og væren som omsorg (sorgen) (Fløistad, 1993).

Heidegger beskriver omsorg som et begrep som handler om relasjoner mellom mennesker (Fløistad, 1993). Det er et begrep som kan innebære både positive og negative former. Den negative omsorgen karakteriseres av at mennesket gjør både seg selv og sine medmennesker til et objekt. Møte med den andre blir likegyldig og ikke forpliktende hendelse. Slik Heidegger ser omsorg, må hvert menneske inngå i en omsorgsrelasjon til det mennesket det kommer i kontakt med. Omsorg blir likestilt med relasjoner mellom mennesker.

I følge Kari Martinsens (2003) tolkning av Heideggers teoretiske analyse, kan de fundamentale kvaliteter i omsorgsbegrepet oppsummeres i tre punkter:

1. Omsorg er en sosial relasjon. Dette er knyttet til fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Utgangspunktet for all omsorg er et kollektivt basert menneskesyn der vi alle er avhengige av hverandre.
2. Omsorg har med en forståelse for den andre å gjøre, en forståelse som en tilegner seg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. En utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner en har erfaring fra en kan forstå. På en annen måte vil en skjønne den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon.
3. Skal omsorg være ekte, må en forholde seg til den andre med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet. En anerkjenner den andre uten nødvendigvis å vente seg noe tilbake.

Martinsen hevder at omsorgen er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, men omsorgen er mer en "grunnholdning" som reflekteres i forhold mellom mennesker. Hun understreker også at omsorg er en praktisk handling. Martinsen hevder det er tre sider ved omsorgsbegrepet som er viktige (Martinsen, 2005). Det er et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep (Martinsen, 2005).

I det relasjonelle begrepet er handlinger basert på relasjoner. En relasjon forutsetter to parter. Dette betyr at vi må være i relasjon til andre mennesker for å få bekreftet vår eksistens. Menneskets tilværelse er en "*medtilværelse med andre*" (Martinsen, 1991, s.69). Det praktiske begrepet hvor omsorg omfatter konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en forståelse av hva som er til pasientens beste (Martinsen, i Kirkevold 1992). Martinsen argumenterer for at det moralske begrepet er overordnet og at moralen viser seg i måten arbeidet utføres på. "*Omsorg er å knytte bånd, å inngå relasjoner*" (Martinsen, 2005, s. 137). Tillit blir da det bærende elementet i omsorg, som igjen forutsetter engasjement og innlevelse. Min holdning vil kunne bidra til å gjøre den andres liv truende eller trygt. Hun sier: "*Omsorg*

*har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv” (Martinsen, 1989).*

Martinsen deler omsorg inn i to kategorier: Vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg. Vekstomsorgen omfatter tilfeller med kort behandlingstid der målet er uavhengighet og egenomsorg. Behandling innen vekstomsorg er kostnadskrevende, spesialisert og det gir høy prestisje å arbeide med det. Vedlikeholdsomsorg omfatter tilfeller der helbredelse ikke er mulig og det settes større krav til reell omsorg og oppfølging. Målet er ikke at pasienten skal bli uavhengig, men at han skal få hjelp til vedlikehold og tilstand. Vedlikeholdsomsorgen er mindre spesialisert og kostnadskrevende, og det gir mindre prestisje å arbeide med det (Martinsen, 1989). Martinsen hevder at vedlikeholdsomsorgen er en spesiell utfordring for fagpersonell fordi den retter seg mot dem hun omtaler som de svake i samfunnet. Hun begrunner dette politisk med at solidaritet for de svake kan bidra til å endre vilkårene som forårsaker deres svake posisjon, for eksempel ved å lage et bedre omsorgstilbud.

Filosofen Milton Mayeroff forklarer omsorg som ”det å hjelpe folk å vokse”. Han mener omsorg er en utviklingsprosess som krever kontinuitet (Morrison & Burnard, 1992). Det karakteriseres av å være sammen med den personen. Mayeroff identifiserer det han mener er de viktigste ingrediensene i omsorgsbegrepet. Kunnskap, tålmodighet, ærlighet, tillit, ydmykhet, håp og mot. Kunnskap for å forstå den andres behov og være i stand til å respondere på dette. Vite hvem han er og hva hans behov er. Tålmodighet til å være til stede og lytte. Ærlighet i å se personen slik den er og respektere dette. Tillit til at den som blir gitt omsorg vil vokse i rett tid. Ydmyk til å være åpen som at læring går begge veier. Håp om at den andre vil vokse gjennom omsorg og mot til å gå inn i den andres situasjon uten den sikkerheten som kjente ”landemerker” gir (Morrison & Burnard, 1992)



### 3.0 METODE OG METODOLOGI

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan jeg metodisk har gått frem for å få svar på studiens problemstilling. Jeg vil presentere valg av metode for studien, fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, studiens utvalg og rekruttering av informantene. Videre vil jeg presentere datainnsamlingen, dataanalysen, validiteten og reliabiliteten. Jeg vil deretter presentere forskningsetiske hensyn og til slutt beskrive metodiske erfaringer.

#### 3.1 Metodologiske overveielser

Hvilken metode som egnet seg best for å studere virkeligheten er det stor uenighet om (Jacobsen, 2005). Malterud (2008) beskriver at målet for kvalitative studier er og utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte i deres naturlige sammenheng. Dette var også denne studiens hensikt og mål. Studien har hatt fokus på beboerens beskrivelser av sin opplevelse, et begrep som innbefatter følelser, tanker og refleksjoner. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming, fordi jeg søkte kunnskap om menneskers opplevelser og meninger. Jeg søkte dybdekunnskap, ikke bredde som jeg ville oppnådd ved en kvantitativ studie (Kvale & Brinkman, 2009). Den kvalitative tilnærmingen ga en mulighet til å gå i dybden og hadde som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tok sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2007).

Dette er forhold som kan kalles ontologiske subjektive fenomen. Det er fenomen som er avhengige av et erfarende subjekt for å eksistere, i motsetning til ontologiske objektive fenomen som vi kan ta på og måle og som ikke er avhengige av et erfarende subjekt for å eksistere i tid og rom (Barbosa da Silva, 2002). I følge Hummervoll og Barbosa da Silva (1998) undersøkes ontologiske subjektive fenomen best ved hjelp av kvalitativ metode og fenomenologisk perspektiv. Et kvalitativt design var dermed en forutsetning for ikke å foreta en ontologisk reduksjon (Barbosa da Silva, 2006) av den opplevelsen som beboerne beskrev. Dette ville blitt resultatet hvis beboernes erfaringer bare skulle beskrives kvantitativt i form av tall og statistikk.

Kritikk av kvalitativ metode går på at man gjerne får motstridende informasjon om samme fenomen og at opplysningene ikke er objektive. Dette er et fenomen som denne studien har sett en del av. Det blir ikke nødvendigvis et problem at to ulike informanter gir ulikt svar på samme spørsmål. Dette kan heller snus til en styrke ved metoden, fordi det fanger opp en variasjon i intervjupersonenes oppfatninger om tema. Dette gir et bilde av en mangfoldig og kontroversiell menneskelig verden, som vi ikke kan benekte oss at vi lever i. Med kvalitativ

metode søkte jeg ikke det objektive, men menneskers genuine opplevelser, og måtte derfor fungere subjektivt (Barbosa da Silva, 2002; Kvale & Brinkman, 2009).

## 3.2 Valg av metoderedskap

### 3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

I denne studien var det personer med dobbeltdiagnose sin erfaringskunnskap, oppnådd gjennom møte med forsker, som gir grunnlag for utvikling av ny kunnskap. Kunnskapen som søktes utviklet var kunnskap om beboernes opplevelser av det å bo i lavterskel bofellesskap. Jeg ønsket i intervjuene å fange opp deres opplevelser og meninger som ikke lot seg tallfeste eller måle (Kvale & Brinkman, 2009).

Det kunne vært aktuelt med tilnærminger som fokusgruppe eller case. Fokusgruppe ble vurdert som mulig design i starten av studien, men jeg som forsker møtte mange utfordringer i forhold til å få informantene til å stille opp samtidig. Mennesker med en dobbeltdiagnose har ofte problemer med å forholde seg til tid, noe som gjør det vanskelig å holde avtaler (Mueser et. al., 2006). En mulig fordel med fokusgruppe ville vært den interaksjonen som ville oppstått mellom beboerne, den nye kunnskapen som beboerne kunne tilegne seg (Kvale & Brinkman, 2009).

Forskningsintervju som metode i datainnsamlingen ble brukt da formålet var å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra deres eget perspektiv. Dette var med på å åpne for at informantene fritt kunne utdype meninger og svare med egne ord, dette var med på og sikret studiens mål. Formålet var å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuer oppmuntret her deltakerne til å formulere i egne ord opplevelser og meninger som var relevante for problemstillingen. Dette gjorde jeg ved å holde et nøytralt men interessert uttrykk gjennom alle intervjuene.

Jeg valgte individuelle forskningsintervju som metode for å favne brukerperspektivet.

I intervjuene mine søkte jeg etter mening, og det å forstå det den intervjuede snakket om og mening med det som ble sagt. (Barbosa da Silva, 2002; Thornquist, 2006). Det ble viktig å ha informantene på tomannshånd slik at de ubesværet kunne si det de ønsket å si.

Forskningsintervjuets struktur var likt den dagligdagse samtalen, men hadde som profesjonelt intervju et formål (Kvale & Brinkman, 2009). Dette var med å bidra til at informantene slappet av og ikke hadde følelsen av å måtte svare "riktig".

### 3.2.2 Utvalg

Utvalgstrategier ble valgt på en vurdering av hvilken kunnskap jeg ønsket å innhente, hvor kildene til kunnskapen fantes og hvilken overførbarhet kunnskapen ville kunne ha i forhold til den aktuelle problemstillingen (Malterud, 2008). Utvalget jeg fikk når jeg benyttet kvalitative metode er ikke representativt i forhold til populasjonen, men de er kategorirepresentative. Det vil si at de er representative i forhold til de kategoriene jeg forventer å finne informasjonen hos (Tjora, 2010). I denne sammenheng beboerne i lavterskel bofellesskap.

Inklusjonskriteriene for beboerne i studien er at de er over 18 år og bor i et lavterskel bofellesskap med døgnbemanning. Beboerne må ha leid leilighet i bofellesskapet i minimum seks måneder. De får mat og tilbud om fritidsaktiviteter. Beboerne får tilbud om å delta på beboermøter, husmøter eller lignende arena for å høre beboernes stemmer. De skal også være knyttet til en kontaktperson/team i personalgruppen. De måtte også ha samtykkekompetanse og gitt sitt samtykke til deltakelse i studien.

|   |
|---|
| <b>Informantene i studien:</b> 6 mennesker med dobbeltdiagnose<br>4 ulike bofellesskap    |
| <b>Aldersspredning:</b> 29 år – 48år  |
| <b>Bodd i aktuell bofellesskapi antall år:</b> fra 2 år – 6 år                            |
| <b>Tidligere bosted:</b> Akutt avdeling, kommunal leilighet, hospits/venner og insitusjon |

*Fig. 3 viser til utvalget jeg har intervjuet*

### 3.2.3 Rekruttering av informanter og gjennomføring av intervju

Avdelingsledere ved de utvalgte bofellesskapene ble informert og godkjente studien. Jeg avtalte tid for intervju gjennom avdelingslederne som videre tok kontakt med informantene. Intervjuene ble utført i bofellesskapene. Informanten valgte selv om han ønsket å være i egen leilighet eller benytte seg av fellesarealet som var reservert. Det ble lagt til rette slik at utenforstående forstyrrelser ikke skulle påvirke intervjuene, ved at et fellesareal var stengt av til intervjuet. Det ble også hengt opp et informasjonsskriv om at stuen var stengt. Noen av bofellesskapene ble også døren låst.

I et intervju ble samtalen brutt ved at en person, påvirket av rusmidler banket på vinduet og ville inn i stuen. Informant ba han fint om å gå, noe han også gjorde. Det var vanskelig å unngå

noen form for forstyrrelser ved intervjuene. Det ble noen forstyrrelser da andre beboere ikke var informert om reservasjonen av fellesområdet.

Jeg har valgt å gjennomføre forskningsintervju av 6 informanter for å få tak i beboernes opplevelser om det å bo i lavterskel bofellesskap, og om det er eventuelle forbedringsområder og tilfelle hvilke dette er. Det er ikke tatt hensyn til kjønnsperspektiv og opplyses ikke om kjønnsfordelingen på bofellesskapet av hensyn til anonymisering. Informantene bruker i varierende grad rusmidler kontinuerlig. For å gjennomføre intervjuet skulle ikke informanten være synlig påvirket av rusmidler eller være psykotisk. Personal ved boligene ble informert om dette og det ble laget en avtale om at de tok kontakt med forsker hvis informant på intervju dagen, ikke var hjemme, psykotisk og/ eller synlig påvirket av rusmidler.

Jeg møtte noen utfordringer i forhold til avtaler i forbindelse med intervjuene. I to av intervjuene reiste jeg i utgangspunktet ut for å treffe to andre beboere, men den ene beboeren trakk seg og han andre var ikke hjemme på det avtalte tidspunktet. Men det var to andre i bofellesskapet som meldte seg til intervju.

Intervjuene startet etter en presentasjon av meg og målet med intervjuene ble gjennomgått. Jeg la vekt på å understreke at det var informantenes opplevelser og meninger omkring tema som var av interesse. Samtykkeerklæringen ble igjen gjennomgått og deltakerne ble minnet om at de når som helst kunne trekke seg under intervjuet uten at det ville få noen negative konsekvenser for dem. De ble også minnet om at samtalen ble tatt opp på digital lydfil. Jeg tenkte mye gjennom hvordan jeg skulle gjøre det mest mulig trygt for informantene i intervjusituasjonen. Jeg valgte å presentere meg og fortelle litt om min bakgrunn som sykepleier. Jeg opplevde at dette ble positivt tatt i mot, ettersom "(...) du skjønner litt hva det går i", som den ene informanten uttrykket. Jeg serverte noen forfriskninger og snacks for å forsøke å gjøre intervju situasjonen så trygg som mulig for informantene.

Det ble gjort et bevisst valg i forkant om og ikke å gi informantene intervjuguide på forhånd. Dette fordi jeg var interessert i å få tak i de spontane refleksjonene rundt tema. Jeg valgte å sette meg på skrå for den jeg intervjuet, slik at blikkontakten ble mer selvbestemmende.

Jeg forsøkte å ha en åpen fremtoning under intervjuet samtidig som jeg møtte på utfordringer som da en av informantene begynte å fortelle historier og detaljer om andre beboere. Jeg valgte da å avbryte for å komme tilbake til intervjuguiden. En annen gang ble vi avbrutt ved at informanten sin telefon ringte. Han spurte om han kunne svare da det var veldig viktig. Jeg svarte at det var greit og skrudde av den digitale lydfilen, da dette ikke var relevant for studien min og det kunne være sensitive opplysninger som ble sagt.

For å ikke miste noe informasjon og for å forsikre meg om at det er beboernes ord og stemme som kommer frem i studien ble hele samtalen tatt opp med digital opptaker i fire av intervjuene. Fordelen med å bruke digitalt opptak var at jeg som intervjuer kan ha fokus på intervjupersonene, og ikke på skrivearbeidet, altså nedtegnelsen av intervjuet. Slik kunne jeg som intervjuer også kunne få med meg om intervjupersonen uttrykker noe nonverbalt. Det heter at forskeren ikke skal forsøke å eliminere seg selv og egen rolle, men identifisere sin påvirkning og drøfte betydningen av denne (Malterud, 2008). Dette var viktig for å gjennomføre videre bearbeiding av materialet på en måte som ivaretok det som ble sagt, hørt og gjort i møte med informantene. Jeg som forsker har forsøkt å være bevisst på dette under intervjuene, for å påvirke informantens svar i minst mulig grad. Dette gjorde jeg ved å forsøke å stille meg mest mulig nøytral til hvert intervju. Jeg passet på å ikke trekke inn erfaringer fra egen arbeidsplass. Jeg prøvde å holde igjen når jeg kjente den overivrige følelsen tok overhånd. Det kunne ha påvirket informanten til å gå mer i den retningen av svaret han ønsker hvis det fikk en god respons, selv om han ikke mente det. Det ga en følelse av å svare "riktig".

Det var en åpen intervjuform, det vil si at intervjuene baserte seg på en emneliste og hvilke emner samtalen skulle gå inn på. Jeg som intervjuer prøvde i størst mulig grad å la informanten fortelle fritt om sine opplevelser og meninger, innenfor emnet, uten å avbryte. Mennesker med langvarigrusavhengighet har ofte mange assosiasjoner. Rusmiddelavhengighet kan også gi konsekvenser som konsentrasjonsvansker og dårlig hukommelse (Evjen et. al., 2007). Alt dette kunne føre til at samtalen lett kunne spore av. Jeg valgte derfor et semistrukturert intervju, da det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale og ble utført i overensstemmelse med en intervjuguide (Kvale & Brinkman, 2009).

Å bruke en intervjuguide var også en fin måte å strukturere intervjuet på og det sikret at jeg kom innpå de temaene som var aktuelle for å svare på forskningsmålene. Intervjuguiden ble brukt til å følge informantene gjennom bestemte tema og hente dem tilbake til tema ved behov, men jeg hadde ingen fast rekkefølge og var åpen for digresjon. Den fungerte som en veileder, ikke som et fastsatt regelverk. Det er viktig å bevare spontaniteten i intervjuet (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuguiden erfartes som god hjelp da informantene ofte gikk inn på tema utenfor studien min. De semistrukturerte forskningsintervjuene var inspirert av en fenomenologisk filosofi (Kvale & Brinkman, 2009).

### **3.3 En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming**

Denne studien hadde et "neden fra og opp" perspektiv, hvor menneskers sosiale subjektive virkelighet ble beskrevet. Et fenomenologisk perspektiv har kunnet ivareta dette fordi det har et innenfra perspektiv det vil si fra subjektet, som i følge Barbosa da Silva (1996) er den

opplevende persons ståsted. Ut fra dette perspektivet er da en metode med en fenomenologisk tilnærming valgt.

For å forstå opplevelsene hos mennesker med dobbeltdiagnose, er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming valgt som vitenskaplig forankring. Beskrivelsen av den intervjuedes livsverden referer til en fenomenologisk fremgangsmåte, mens fortolkningen jeg gjør meg av det informantene beskriver, er den delen av forskningsprosessen som forholder seg til hermeneutisk teori. Begge disse vitenskaplige tradisjonene utgjør et grunnlag for metodene innenfor kvalitativ forskning.

Med et fenomenologisk blikk er fokus på den forståelige meningen av opplevelsen og subjektets opplevde virkelighet. En hermeneutisk prosess brakte inn en systematisk fortolkning av fenomenene. Jeg så på delene ut fra helheten og ser helheten i lys av delene. I analysen ser jeg både på intervjuene hver for seg, men også på alle svarene som en helhet. Jeg passet på at sitatene jeg trakk ut ikke ble tatt ut av konteksten. Dette gjorde jeg ved å gå tilbake hvor sitatene var hentet og sjekket at det stemte. Dette var en valideringsprosess med mål om å sørge for at delene jeg hadde trykket ut stemte overens med helheten. Dette var en prosess som kjennetegnes av en dynamikk der stadig nye innsikter trer frem med bakgrunn i at vår forståelse stadig øker (Lindseth & Norberg, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Med denne bakgrunnen hadde jeg gjennom en kombinasjon av fenomenologi og hermeneutikk et redskap for å frembringe kunnskap ut fra et brukerperspektiv.

### **3.3.1 Fenomenologisk perspektiv**

Fenomenologien er en filosofisk retning som ble grunnlagt av den tyske filosofen Edmund Husserl i begynnelsen av forrige århundret (Thornquist, 2008). Han ønsket å skape et grunnlag for vitenskapen gjennom en analyse av menneskers opplevelse. Husserl mente at forskeren burde fokusere på den enkeltes opplevelse og de forutsetninger de hadde istedenfor å samle mange opplevelser og observasjoner sammen og forsøke å ta ut viten fra denne mengden av data. Fenomenologiens basale spørsmål er hvordan bestemte fenomener oppleves av mennesker (Thornquist, 2008).

Med et fenomenologisk perspektiv settes det erfarende subjekt i fokus, fordi vi i følge dette perspektivet ikke oppfatter verden direkte, men gjennom vår bevissthet (Thornquist, 2008). Det var derfor naturlig å velge dette perspektivet for å få svar på studiens problemstilling.

Studien hadde et fenomenologisk perspektiv som også kan kalles et innen i fra perspektiv (Barbosa da Silva, 1996). Det vil si at en søker å se et fenomen fra den opplevende persons ståsted, og så langt som mulig forsøker å forstå personen slik han eller hun forstå seg selv (Barbosa da Silva, 1996). Dette samsvarer med problemstillingen min da jeg søkte kunnskap hvordan beboerne selv opplever å bo i bofellesskapet. I følge Kvale og Brinkman (2009) fokuserer et fenomenologisk perspektiv på personens livsverden, som i denne sammenheng er beboerne. Kvale (2007) skriver at dette perspektivet er ”åpent for intervjupersonens erfaringer, framhever presise beskrivelser, forsøker å se bort fra forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsenes sentrale betydning” (Kvale, 2007, s.39). Informantenes egne erfaringer var fokuset i studien, og det var derfor viktig å få tilgang til informantenes egne beskrivelser i intervjuene.

### 3.3.2 Hermeneutisk perspektiv

For Hans Georg Gadamer (1900- 2002) var hermeneutikken en filosofisk teori om all forståelse. Han hevdet at det dreide seg om en lære om den menneskelige tilværelse. Hovedpoenget hans var at vi må forstå mennesket som en del av verden. All denne forståelsen og tolkningen forutsetter antagelser på bakgrunn av tidligere opplevelser (Thornquist, 2008). Dette er også gjeldene for den som søker å framskaffe ny kunnskap gjennom forskning. Disse antagelser er en del av det som i hermeneutisk sammenheng ofte omtales som forforståelse. Den hermeneutiske metode er ifølge filosofen Gadamer den eneste adekvate metode i humanistiske disipliner hvor empiriske og naturvitenskapelige metoder er uegnet (Gadamer, 2010).

Ordet hermeneutikk ble som utgangspunkt benyttet om den metodiske fortolkningen som er nødvendig når vi vil forstå tekster riktig. Hermeneutikk betyr fortolkningskunst eller forståelselære (Krogh, 2009). Benevnelsen hermeneutikk blir også brukt når mennesker lærer om hva som er typisk for menneskenes forståelsesevne, og noen bruker begrepet om den fortolkningsaktivitet som er nødvendig for å forstå de utsagn som uttrykkes gjennom ord og handlinger og alt det menneskene gjør som handlende vesener. Det vil si meningen bak handlingene, som kan være flertydige og tillater derfor flere tolkninger (Thornquist, 2008).

Et sentralt begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske spiral. For å forstå noe som har mening må vi alltid fortolke delene ut fra en viss forhåndsforståelse eller før-forståelse av helheten som delene hører hjemme i (Lægreid & Skorgen, 2006). Den beskriver helheten av det som skjer når vi fortolker en tekst og danner oss en mening av innholdet i den, fra vår vurdering av avsenderens bakgrunn, situasjon og intensjon, til vår vurdering av teksten selv og

mediet den når oss gjennom, og videre til vår egen selvrefleksjon (Lægroid & Skorgen, 2006). Det oppstår et gjensidig utvekslingsforhold mellom helhet og del. Vår forståelse av både helheten og delene utvides og forandres gjennom forståelsesprosessen (Krogh, 2009). Ved å bruke den hermeneutiske spiral bevisstgjorde jeg mine egne og tekstens horisonter, og lot denne bevisstheten være en del av den prosessen det var å skape mening av en tekst. Slik anstrengte jeg meg for at delene ble forstått og fortolket ut fra helheten – og helheten ble forstått og fortolket ut fra delene (Krogh, 2009). Altså som en spiral, med et gjensidig utvekslingsforhold mellom deler og helhet. Slik forandret og utvidet jeg min oppfatning og forståelse av delene og helheten gjennom tolkningsprosessen. Det dreide seg om hvordan forståelse og mening var mulig. Eksempelvis anvendte jeg den hermeneutiske sirkel ved at for å forstå sitater i empirikapittelet(del) så jeg disse stadig i forhold til hele intervjuet (helhet), for å undersøke om forståelsen av sitatene stemte med konteksten. På samme måte gikk jeg motsatt vei for å undersøke om helhetsinntrykket kom til uttrykk i sitater.

### **3.4 Redegjørelse for egen forforståelse**

All forståelse er betinget av den konteksten eller situasjonen noe forstås innenfor (Krogh, 2009). Jeg som forsker bringer med meg mine egne erfaringer inn i forståelsen og jeg skaper selv den konteksten noe forstås innenfor. Disse erfaringene er med på å bestemme hvilke forventninger eller for-fordommer jeg har til det jeg skal tolke. I løpet av denne forskningsprosessen har jeg både som menneske og fagperson blitt utfordret på å reflektere kritisk over egen rolle. Repstad (1993) poengterer at det viktigste er ikke å gå ut i felten uten faglig eller hverdagslig forut forståelse, men å være åpen for å justere den forståelsen underveis.

Min forforståelse har sammenheng med mine kunnskaper, erfaringer og opplevelser. Flere års erfaring i arbeid med mennesker med rusmiddelavhengighet er det avgjørende i en forskerrolle at jeg er bevisst min – før forståelse. Min erfaring som sykepleier innenfor dette fagfeltet har gjort meg bevisst på den vanskelige historien som ofte ligger bak et menneske med en rusmiddelavhengighet. Gjennom min utdanning, master i helsefag har jeg også blitt mer bevisst rundt det å sette brukerperspektivet i fokus samt hvordan jeg kunne ha mer fokus på brukermedvirkning og viktigheten av dette.

Min utdanning og erfaring som sykepleier og arbeid i rusfeltet er med på å påvirke mitt forskningsarbeid, i forhold til hvilke spørsmål jeg stiller og hvilke observasjoner jeg gjør meg. Med denne bakgrunnen innebærer det at jeg har tilgang til mye informasjon om hvordan ting fungerer, og ikke fungerer i praksis.



Jeg må være bevisst min relativt nære posisjonering i forhold til problemstillingen siden jeg kontinuerlig arbeider med beboere i denne situasjonen (Tjora, 2010). Det at jeg allerede har kunnskap om temaet er en fordel for å stille presise spørsmål, men kan også være en ulempe ved at jeg har med meg mange forutinntattheter og vil kanskje gå glipp av viktige poenger da jeg ikke stiller spørsmålet.

Jeg som forsker brukte meg selv som instrument for å få tilgang til intervjupersonens livsverden. Jeg hadde også en hermeneutisk forankring til intervju, analyse og fortolkning til analysen i studien. Mine erfaringer var med på å påvirke tolkningene av resultatene. Dette samsvarer med den hermeneutiske tradisjonen som viser til at verden ikke kan forstås uten en forforståelse (Gadamer, 2010). Spørsmålet er ikke om jeg som forsker påvirker prosjektet, men hvordan (Malterud, 2008), og det er det jeg har anstrengt meg for og redegjør for her. Men ved refleksjon og synliggjøring av egen forforståelse vil jeg redusere mulighetene for skjevtolkning.

#### **3.4.1 Transkribering av samtale til skriftlig tekst**

Analysen startet med at intervjuene ble skrevet ut ord for ord så korrekt som mulig. Når materialet strukturertes i tekstform, ble det lettere å få oversikt over det og at denne struktureringen er en begynnelse av analyseprosessen (Kvale, 1997). Jeg noterte også følelser som kom til uttrykk ved latter. Kvale og Brinkman (2009) fremholder verdien av det at intervjuer selv skriver ut intervjuene. Jeg valgte å gjøre dette arbeidet selv. Opptakene var av god lyd kvalitet, dette reduserte risikoen for misforståelse. Noen steder på lydfilen var det vanskelig å høre hva som ble sagt. De uhørlige ordene blir her markert med (...). Hvis det var helt tydelig hva sekvensen skulle uttrykke, ble dette sagt i mine ord i parentes. Når jeg i sitatene bruker disse tegn, (...) betyr at noe informanten sier er utelatt for at ett eller flere poenger i sitatet skal komme tydeligere frem. Jeg valgte å skrive sitatene på bokmål for å anonymisere informantene ytterligere, samt gjøre dataene mer leservennlige. I tradisjon med fenomenologien prøvde jeg å sette meg selv i parentes. Det vil si at jeg prøvde å lese intervjuene med så åpent sinn som mulig. I selve analysen ble intervjuene lest gjennom flere ganger, noe som ble et utgangspunkt for den naive beskrivelsen, som kan sies å være den skriftlige nedtegnelsen av førsteinntrykket av intervjuene som helhet.

To av intervjuene ble ikke tatt opp på lydfil, da informantene selv ikke ønsket dette. Jeg noterte da underveis, samtidig som jeg umiddelbart etter intervjuene skrev ned alt jeg husket fra intervjuet. Jeg har også med noen notater fra møter jeg hadde med personalet rundt i bofellesskapene, før jeg fikk kontakt med beboerne. Disse er med da de blir sett på som av interesse og av betydning.

### 3.5 Analyse av data

Som det finnes ulike kvalitative forskningsmetoder, finnes det også ulike måter å utføre kvalitative dataanalyser på. Kvale (1997, s. 118) sier at *”Intervjuanalysen ligger et sted mellom den opprinnelige fortellingen som ble fortalt til intervjueren og den endelige historien som forskeren presenterer for publikum”*. Analyse innebærer abstraksjon og generalisering både i kvalitative, så vel som kvantitative tilnærminger (Malterud, 2008, s. 95).

Fremgangsmåten for analyse av kvalitative data vil variere avhengig av hva slags kunnskap man leter etter og materialet man har til rådighet. Analysen kan være teoristyrte eller datastyrte. Den teoristyrte analysen sorterer teksten i forhold til kategorier bestemt på forhånd hentet fra teorier, mens den datastyrte analysen tar utgangspunkt i teksten og identifiserer enheter der som videre grunnlag for utvikling av kategorier (Kvale, 2007).

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en datastyrte analyse. Selve analysen er inspirert av Giorgi (1985) gjennom trinnsvis fortetting av teksten, kalt kondenserte meningsenheter. Videre er analysen inspirert av Lindseth og Nordbergs (2004) fenomenologisk- hermeneutiske metode. Det hermeneutiske perspektivet anvendes på to måter. Jeg leste først igjennom for å danne meg et hovedinntrykk av hva teksten handler om, også kalt *”naiv lesning”*. I neste fase på bakgrunn av denne helhetlige forståelsen, utførte jeg en strukturanalyse hvor jeg delte teksten inn i meningsenheter som fremkom i setninger eller avsnitt. Meningsenhetene ble kondensert og tema eller undertema fremkom av teksten.

Kvale (1997) skriver at han bruker analyse og tolkning om hverandre i boka si, men reserverer tolkningsbegrepet for mer omfattende og dypere meningstolkninger, inspirert av den hermeneutiske filosofien. Denne prosessen er en form for hermeneutisk sirkel mellom del og helhet. Diskusjonen var den siste fasen av analysen, der sammenflettes forforståelsen, den første tolkningen, resultatene og relevante teorier for å forstå ytterligere de funn som fremkom. Her er metoden hermeneutisk ved at annen litteratur benyttes i utvikling av en omfattende forståelse av funnene, samtidig som funnene på sin side kan utdype forståelse av litteraturen (Lindseth & Norberg, 2004).

Jeg skriver inspirert da jeg ikke fulgte *”oppskriften”* slavisk, men måtte trekke noe av tilnærmingene fra begge for å gjøre analyseprosessen mer passende for datamaterialet jeg selv hadde.

### 3.5.1 Kategorisering

Første delen i prosessen var å dele teksten opp i meningsenheter. Disse ble deretter fortettet uten at meningen i enheten ble mistet eller endret, og formulert i et alminnelig språk nært den opprinnelige teksten. I neste steg sorterte jeg disse meningsenhetene, slik at de som omhandlet de samme temaene ble stående sammen. Disse ble deretter betegnet i nye fortattede enheter som kunne betegne alle de lignende meningsenhetene. Det viste seg noen ganger å være flere meningsenheter, noe som førte til ny lesing av intervju teksten for å komme til en mer eksakt forståelse av tema. Av disse sorterte og deretter fortettete meningsenhetene ble det formulert tema og subtema.

For å strukturere dataene laget jeg en oversikt der jeg samlet utsagn fra informantene som hadde likhetstrekk og ulikheter. Jeg samlet de utsagnene som omhandlet fritidsaktiviteter, måltider, kontaktpersoner, fellesskap og påvirkning hver for seg. Jeg hentet sitater fra transkriberingene som omhandlet de forskjellige kategoriene og satte dem inn i oversikten for å se i sammenheng hva alle informantene fortalte om nettopp dette tema. Ut i fra disse naturlige enhetene som viste seg, laget jeg sentrale tema om hva sitatene handlet om.

### 3.5.2 Bearbeiding og tolkning av data

Jeg har valgt å bruke en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming basert på Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996), av min analyse. Som forsker vil jeg i møte med forskningsmateriale være påvirket av teori og egne erfaringer. Tolkningen blir slik sett gjort i en vekselvirkning mellom empiri, teori og erfaringer. Den vil alltid inneholde et nyskapende element som tas med og implementeres i egen forforståelse. Prosessen er dynamisk slik at hver gang jeg forstår noe nytt vil det utvide min forståelse av delene og helheten. Gadamer (2010) hevder at det ikke skjer noen fullstendig forståelse før det skjer en horisontsammensmeltning; en trer inn i den andres tankeverden, lytter og beriker gjennom dette sin egen verden. Min tilnærming baseres på en slik forståelse. Fenomenologi og hermeneutikk står i et forhold til hverandre. Begge er opptatt av mening selv om de har ulik forståelse av begrepene. Den fenomenologiske beskrivelsen vil brukes som utgangspunkt for den hermeneutiske tolkningen.

Jeg hadde en tilnærming til informantenes opplevelser av å bo i bofellesskapet ved at jeg ikke har kommet med påstander om at der er en sannhet, noe som er i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg søkte ikke å komme frem til rene fakta, men å komme frem til en forståelse av teksten som i neste omgang kunne generere ny kunnskap (Alveson & Shøldberg, 1994). Denne tolkningen var inspirert av den hermeneutiske filosofien, da det ble utarbeidet struktur og meningsrelasjoner som ikke umiddelbart er synlig i teksten (Kvale, 1997).

### 3.5.3 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Ofte benyttes de tre kriteriene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet som indikatorer på kvalitet. I kvalitativ forskning har man i noen grad snakket om troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet som de tilsvarende tre indikatorene (Thagaard, 1998).

Med bekreftbarhet menes hvorvidt en studie undersøker det den sier den skal undersøke (Kvale, 1997). I en kvalitativ studie er det få personer som blir intervjuet og disse kan oppleve sin livsverden på helt forskjellige måter. Disse er unike historier som ikke kan generaliseres, men som er viktige funn for at helse- og sosialpersonale bedre kan sette seg inn i og forstå beboernes sin livssituasjon (Kvale, 1997). Når det er samsvar mellom svarene hos ulike informantene, så styrker dette validiteten (Kvale & Brinkman, 2009). For å sikre gyldighet i studien, forsøkte jeg å være nøye under transkriberingen. Ved å bruke direkte sitater vil det være med på å styrke troverdigheten til undersøkelsen fordi informantenes "stemme" gjøres synlig i noen grad helt frem til leseren (Tjora, 2010). For å validere svarene ytterligere stilte jeg også spørsmål som " Forstår jeg deg riktig når..." og " Er det slik å forstå ..." (Kvale, 1997).

Troverdighet dreier seg om funnenes pålitelighet og i hvor stor grad vi kan stole på de innsamlede data. Dette er avhengig om prosessen med å transkribere intervju og analyse arbeid er korrekt og nøyaktig utført. Jeg styrker gyldigheten ved å være åpen på hvordan jeg praktiserer forskningen, ved å redegjøre for de valgene jeg tar, og ved å være sensitiv for faktorer som er vesentlige innenfor tematikken min, og det som endrer seg. Forskningen min pågår innenfor rammene av faglighet, forankret i relevant annen forskning.

En vanlig kritikk av materialet ved bruk av kvalitative forskningsintervjuer er at funnene ikke er valide fordi informantenes informasjon kan være usanne (Kvale, 1997). Dette kan jeg som forsker i denne type studie ikke kontrollere. Mitt inntrykk under intervjuene var imidlertid at informantene var åpne og etter beste evne fortalte om sine opplevelser. Det er imidlertid heller ikke slik at det er mulig å gjøre en objektiv kontroll av menneskers opplevelser og meninger. Dette så jeg imidlertid når jeg så deler av intervjuet opp, mot hele intervjuet, at det var stor grad av konsistens og sammenheng mellom delene og helheten, noe som styrker validiteten.

### 3.5.4 Etske overveielser

Etske refleksjoner vil inngå som en del av hele studien og knyttes til alle intervjustadiene. Som forsker vil jeg ha fokus spesielt på tre forhold; det vitenskapelige ansvar, forholdet til informantene og det å ivareta en uavhengighet som forsker (Kvale, 2007). Hummelvoll (2004)

utdyper og sier at en etisk refleksjon skal sikre informantenes autonomi, at forskningen er til nytte, at den ikke er til skade for informantene og at den yter informantene rettferdighet.

Studiene er meldt av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Da jeg intervjuet mennesker med dobbeldiagnose i deres hjem, kunne dette aktivere ulike etiske problemstillinger og visse etiske prinsipper måtte overholdes.

Ettersom intervju er et moralsk foretakende, måtte jeg foreta etiske overveielser i alle faser av studien. Kvale og Brinkman (2009) viser til tre aspekter som må tas hensyn til ved forskning på mennesker; samtykke, konfidensialitet og redegjørelse for konsekvenser.

### *Samtykke*

Det er nødvendig med fritt informert samtykke ved forskning på spesielt utsatte eller sårbare grupper og hvis forskningen innebærer noen form for risiko eller sensitiv informasjon (Gjærum, 2010). Et informasjonsskriv sammen med muntlig gjennomgang av hva prosjektet inneholder og hvilken data jeg skal samle (Tjora, 2010). Deltakerne ga skriftlig informert samtykke i henhold til Helsinki deklarasjonen (Ruyter, Førde & Solbakk, 2000). Med opplysninger om deres rettigheter og betydningen av taushetsplikt. Det skal også informeres og understrekes at deltakerne har rett på å trekke seg, når de selv ønsker i prosessen. Både før, under og etter intervjuet.

### *Konfidensialitet*

Konfidensialitet i en studie betyr at man ikke offentliggjør personlige data som kan føre til at informanten identifiseres (Kvale, 1997). Dette handler om min taushetsplikt i forhold til informasjon jeg hentet fra informantene. For å anonymisere hvem som sier hva har jeg valg å omtale alle som "han" i studien. Konfidensialiteten har også betydning for hvor og hvordan jeg oppbevarte datamaterialet i etterkant av intervjuene. Informantenes identitet er i denne studien kodet for å sikre at konfidensialiteten overholdes. Intervjuene og kodene er oppbevart innelåst hver for seg og opptakene slettes etter studiens slutt. Det er bare jeg som forsker som har tilgang til materialet. Jeg har også oversatt intervjuene til bokmål for ytterligere anonymisere informantene i studien.

### *Redegjørelse for konsekvenser*

Det er viktig å ivareta integriteten til de personene som ble intervjuet både under selve intervjuet og i etterkant, når resultatene skal presenteres og fortolkes. Jeg beskyttet mine informanter da jeg behandlet dem med respekt og høflighet. Jeg spør ikke informantene om sensitive data og ser derfor ikke at det vil ha noen konsekvenser for informantene å være med

i studien. Alle informantene ble informert om når studien avsluttes og ble tilbudt å lese oppgaven når den er ferdig.

## 4.0 FUNN

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for funn i studien. For å sikre at brukerstemmen løftes opp slik intensjonen med studien er, presenterer jeg funn hovedsakelig som direkte sitat av deres utsagn med forskningsspørsmålene som overskrift. Både positive og negative brukererfaringer blir presentert under de ulike kategoriene. Jeg har tilstrebet å gjengi informantenes uttalelser og meninger, slik at de får komme til orde i størst mulig grad.

### 4.1 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om fritidsaktiviteter som blir arrangert i bofellesskapet?

I intervjumaterialet kommer det fram at informantene har noen sammenfallende og noen ulike opplevelser med fritidsaktiviteter som arrangeres i bofellesskapene. Aktiviteter som blir nevnt er tur, biljard, trening, konserter og diverse spill.

#### 4.1.1 *Liten deltakelse*

Dårlig oppmøte er en fellesnevner for alle bofellesskapene. Begrunnelsene for dette er; "det kommer helt ann på formen liksom (...)". En annen sier; " (...) er dagsformen dårlig så er den jo det". Avtaler er vanskelig å holde og de følte noen ganger at de skuffet personalet når de ikke møtte. "Men de tar det som regel veldig fint og vi lager heller en ny avtale", forteller en av informantene. Beboerne peker her på viktigheten ved å få en ny sjanse hvis de feiler. En annen forteller det er vanskelig å planlegge; "plutselig står det en på døren min med noe "godt", da greier jeg jo ikke å si, sorry, jeg skal på kino ... skulle ønske jeg kunne liksom.

Informantene forteller også at det er lett og ikke å gjøre noe. (...) når du er i min situasjon så trenger du noen til å sparke deg i rompå å ta deg med ut på tur... ellers blir du liggende her".

Det er lite initiativ av beboerne selv, men det vises at det verdsettes hvis personal bidrar til å gjøre noe for og med beboerne.

#### 4.1.2 *Ressurspersoner*

En annen fellesnevner ved fritidsaktiviteter er ulike typer ressurspersoner som informantene forteller om. Det var ved flere plasser en som skilte seg ut som en ressursperson når det kom til å arrangere fritidsaktiviteter. En forteller: (...) hun er en ressurs person her som tilfører og gir oss veldig mye, hun er med på alt i sammen". Det kom også kommentarer fra personalet om at det ofte var mye som skjedde når det var noen som tok ansvaret for det. Flere av informantene forteller om tilbud som har vært og som en informant sier; " I perioder vil de ha oss med på alt mulig (...).

En annen forteller; "(...) det var ei som gikk inn for at vi skulle ha en fast treningsdag, men det var ingen som stilte på det". De forteller også at hvis denne personen forsvinner fra bofellesskapet en stund "dabber" det fort av.

### **4.1.3 Individuelle tilbud**

“Noen av informantene forteller om individuelle og spontane tilbud. *“jeg liker godt sånn han ene personalet her gjør det. Han kommer og banker på og spør om vi skal gå tur, spille biljard eller om jeg vil være med å se en fotballkamp. Det er ganske kult. Ikke alltid jeg er i form, men han spør uansett”*.

Beboeren opplever en trygghet av ikke å bli avvist om han sier nei. Informantene gir uttrykk for at de liker å få tilbud av personalet, gjerne et tilbud som er rettet bare mot den ene informanten. En av informantene liker å spille gitar og liker veldig godt når et personal som også spiller sitter på rommet med han for å “jamme” litt.

### **4.1.4 Rimelige ønsker**

Da en av informantene blir spurt om det er noe han ønsker seg av tilbudet i fremtiden, svarer han; *“det er jo noe jeg kunne tenke meg, men alt innen for rimelighetens grenser”*. Da jeg spurte litt nærmere hva han mente da kom det frem at han skulle ønske der var en gitar som han kanskje kunne låne på huset. Et inntrykk var at beboerne syntes det var rart å svare på hva mer de ønsket seg, som om de ikke følte de kunne velge å vrake i tilbud og viste lite om hva mer de selv hadde ønsker om.

## **4.2 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om måltider i bofellesskapet?**

Fellesmåltider var i varierende grad i bofellesskapene. Noen hadde tilbud om mat hverdag, mens andre noen faste måltider i uken. Maten var noe som ble satt stor pris på av beboerne. *“det er luksus her altså (...)”*, sier en av informantene. En beboer fremhever de gode assosiasjoner når det gjaldt mat og matlaging. *“Hun ene laget sånn blodpudding en gang, og det smakte sånn som bestemor laget”*.

En informant sier; *“at når du har brukt opp alle pengene på rus og tull så har du i alle fall mat”*. Flere av informantene hadde lignende utsagn og peker må at grunnleggende behov til en hvis grad blir dekket.

### **4.2.1 Deltakelse etter dagsform**

Når det gjaldt fellesmåltidene var deltakelsen veldig varierende. De forteller om noen ganger det er flere rundt bordet til de gangene de sitter alene. Flere av informantene at også dette avhenger av dagsformen om de deltar ved fellesmåltidet eller ikke. *“Plutselig har du kjørt i deg noe amfetamin og har mindre appetitt og da er det jo ikke noe vits i å delta”*.

Maten ble ofte servert og laget til av personalet i boligen. Men en av informantene forteller at han tidligere har jobbet på kjøkken og kunne veldig gjerne tenke seg å være med å lage litt av maten selv. *“(...) men jeg skjønner jo at det er vanskelig når vi ikke har tilgang til personalkjøkkenet... hm, men kanskje noen kunne kommet og hjulpet meg i leiligheten, så*



*kunne vi laget boller der".* Årsaken til at maten ble laget av personalet ble i hovedsak begrunnet med smitte problematikk.

#### **4.2.2 Mer tilgang til mykere mat**

En informant forteller at han gjerne kunne tenke seg mat oftere, en annen ønsker litt mykere mat da han ikke har så mange gode tenner igjen. Det som også nevnes er døgnrytmen. *"Vi er jo noen ganger våkne midt på natten og da blir jeg ofte sulten, men da er der ikke mat. Når jeg ligger sulten sovner jeg jo i alle fall ikke".*

### **4.3 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om tilbud til rengjøring i leiligheten?**

Det ble tilbudt hjelp til rengjøring i varierende grad mellom boligene. Noen hadde fast avtale i uken, mens andre fikk hjelp etter behov fra personalets synsvinkel eller beboeren selv. Det ble også utført på forskjellige nivåer. Informantene forteller om ganger hvor personalet kommer og vasker for beboeren, mens andre ganger er beboeren nødt til å bidra selv.

#### **4.3.1 Ulik forståelse av rengjøring**

To av informantene forteller at de synes rengjøringen kan være et "mas"; *"På tirsdag kom hun ene inn og sa at nå er det tid for rydding, men da syntes jeg det var helt unødvendig. Kunne hun ikke se at jeg nettopp hadde rydda liksom?"*

En av informantene kommer også inn på at han er usikker på hva som forventes ved ryddingen, han har aldri gjort så mye slikt da han ikke har bodd for seg selv noen ganger. Han forteller at han vet egentlig ikke helt hva de mener når de sier at de skal rydde, men roser han alltid når han bærer ut søppelet.

#### **4.3.2 Flaut**

Et par av informantene ønsker veldig gjerne å greie seg selv på dette punktet og sammenligner hjelpen med og *"spør mor om å få vaska rommet ditt liksom. Altså har du klart deg selv i 30 år så er ikke det så greit (...)"*. Jeg sitter med et inntrykk at dette er et sårbart tema for noen av beboerne. Hygiene er et grunnleggende behov som mange føler som et nederlag når de kjenner at de selv ikke greier å dekke dette behovet.

Når informantene blir spurt om ønsker for fremtiden så svarer alle at de vil greie seg selv når det kommer til dette tema.

### **4.4 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om kontaktpersonene de har i bofellesskapet?**

I alle bofellesskapene hadde hver beboer en kontaktperson, primærkontakt eller et primærteam rundt seg. Dette ble bekreftet av personalet på boligene.

#### **4.4.1 Lite informasjon**

En fellesnevner for informantene er at de ikke viste eller ofte var svært usikre på hvem som var deres kontaktperson(er). Noen av informantene opplever at de til tider får litt ekstra oppmerksomhet av de som er deres kontaktpersoner, men er veldig usikre på hva de egentlig kan bruke dem til. Informantene beskriver dette som; *"Det er liksom de du kan snakke med om ting som for eksempel NAV og slikt. Lege og ansvarsgruppemøter tror jeg(...)."*

Når vi pratet litt mer rundt dette med kontaktpersoner kunne det virke som de ofte kom på noen det kunne være, noen de trodde var deres kontakt. De forteller at; *"De er med på kjøreturer og kjøper røyk og slikt", "de kommer på besøk og drøser litt... jeg vet ikke, de sjekket til meg" og "godt de kommer selv når jeg ikke går ut til dem".*

#### **4.4.2 Nye relasjoner**

En av informantene forteller at kontaktpersonen hans ikke er så mye til stede og føler selv at han ikke blir fulgt opp. Han uttrykker en viss misunnelse på relasjonene mellom med beboerne og deres kontakter; *"De andre er ofte ute på tur og en her var på kino nettopp".*

En informant forteller også om aldersforskjell; *"Kontaktpersonen min er ganske gammel, litt kjipt når hun skal følge meg noen plasser. Ser litt ut som jeg går med moren min liksom".* Han peker her på behovet for ikke skille seg ut, men å være som alle andre i sin aldersgruppe. Funn forteller også at kontaktpersonene ofte ble byttet ut og det var derfor vanskelig å huske på.

### **4.5 Hvilke opplevelser og meninger har beboerne om deres muligheter til å påvirke og forme tilbudene som blir gitt i bofellesskapet?**

I alle bofellesskapene forteller personalet at det arrangeres beboermøte ca en gang i måneden og oppmøte blant beboerne er dårlig.

#### **4.5.1 Føler ikke det er nødvendig**

To av informantene forteller at det ikke arrangeres noe slikt i deres bofellesskap. De andre informantene forteller at det er holdes beboermøter en gang i måneden *"men noen ganger skli det litt ut"*, som en informant forteller. En annen forteller *"vi hadde noen møter før. Men det var vel helst slik at personalet fortalte hvis noen hadde sluttet eller hadde begynt."* En informant forteller også at han ikke føler møtene er for han, men for personalet.

#### **4.5.2 Opplever ingen forandring**

En informant erfarer oppfølgingen av beboermøtene på denne måten.

*"jeg vet jo de skriver ned i rapporten sånn som fra sist gang. Nye små ting som er blitt forandret og som vi er blitt enige om og skal begynne fra med i dag. Og da forventer jo jeg at de som kommer på vakt har lest rapporten. Men sp har jeg tenkt det skjer jo ingen ting en må jo gå og spørre om de har lest de. Da har de jo faen ikke gjort jobben sin. Du kan jo minne de*

om det, men det kan bli slitsomt det også. Vi har jo regler og de har regler jeg forventer at hvis vi tar opp noe så må jo det respekteres(...)"

Jeg får inntrykk av at saker som blir tatt opp av beboerne er noe personalet har hørt mange ganger før og derfor lett bagatelliserer det og glemmer det. Noe som kan virke lite for dem kan ha stor betydning for beboeren. Som informanter her også peker på, det å måtte gjenta seg selv flere ganger kan være slitsomt.

#### **4.6 Hvordan opplever beboerne fellesskapet i boligen?**

I alle boligene er det utarbeidet et fellesareal og satt fokus på å kunne være sammen med andre i en positiv relasjon. Personalet forteller at de prøver å skape denne relasjonen både med fellesaktiviteter, måltider og tid til bare å sitte og prate.

##### **4.6.1 Ensomhet**

En fellesnevner for alle informantene er at de er mye alene. *"folk her ruser seg mye (...) folk er mye på forskjellige plasser."* Flere av informantene forteller at beboerne er lite sosiale seg i mellom, det går oftest på avtale om rus, røyk eller kaffe. *"Det er jo litt ensom i leiligheten inni mellom, så da sitter vi av og til sammen og tar en blås.. det er en her som alltid kommer og spør etter røyk. Jeg låner ham av og til fordi da kommer han inn, men noen ganger er det greit å være alene også."*

En informant nøler litt før han forteller at de som bor i bofellesskapet tilbringer mesteparten av tiden på huset. Men selv om det er mange folk rundt ham kan det allikevel bli ensomt. *"det er lett og bare å være i leiligheten"*.

##### **4.6.2 "Foreldrerollen"**

Og selv om de ikke alltid er så veldig sosiale med personalet så føles det som en trygghet å ha dem der. *"Jeg ser for meg litt sånn når du er liten og vet at mor og far er hjemme i huset, da sover du mye bedre. For skulle du våkne midt på natten å ha det jævlig så er der noen der som kan bistå om det skulle gjelde legevakt eller..."* En annen beskriver det som; *"her er det folk som vil ha det trygt. Der er tryggheten."*

En annen informant forteller at han ikke har så mange venner; *"(...) ikke som er rusfri i alle fall"*. Han peker på personalet som den rusfrie omgangskretsen han har.

##### **4.6.3 "Gjennomtrekk"**

Et annet funn kan tyde på at det fort kan bli brutte relasjoner i et slikt bofellesskap, det er en gjennomtrekk av personalet. En av informantene forteller at det er veldig mange forskjellige på jobb og forteller han har helt gitt opp å huske navnene. Han sier; *"(...) det er studenter, vikarer og så videre."* Han forteller videre at han gjerne sjekker hvem som er til stede og synes det kan

være slitsomt å søke kontakt hvis det er noen han ikke kjenner så godt, eller som ikke kjenner han så godt.

## 5.0 DRØFTING

I dette kapittelet diskuteres funn i studien i lys av politiske dokumenter og teoretisk rammeverk innen aktuell tematikk, samt tidligere forskning.

### 5.1 Mangelbehov

Maslow (1943) hevder at de mest basale behov for føde og livsopphold må dekkes før en person kan være motivert for å få dekket sosiale behov og behov for selvhevdelse og selvrealisering. Maslows behovspyramide er en teoretisk fremstilling av hvordan vi mennesker forsøker å tilfredsstille våre behov i en prioritert rekkefølge.

Funn kan peke i retning av at beboerne i lavterskel bofellesskapene veksler mellom de tre laveste trinnene og informantene nevnte alle disse tre elementene i intervjuene. Det kan tolkes som de hele tiden kjemper for å få tilfredsstilt et av disse behovene.

#### 5.1.1 Grunnbehov

Det første nivået i Maslows pyramidehierarki (1943) tar for seg de basale behovene for mat, vann, luft, søvn og husly. En tilrettelagt bolig der beboeren kan føle seg trygg, tilgang på livsnødvendigheter som mat, klær, varme og et rusfritt nettverk, er å betrakte som et nødvendig fundament (Maslow, 1943). Evjen (2007) henviser også i sin litteratur til det å ha et sted og bo, er en grunnleggende forutsetning for å delta i samfunnet. Mennesker med en dobbeltdiagnose kan ofte ha store problemer med å klare å holde på en bolig. For å leie bolig på det private boligmarkedet kreves visse ferdigheter, og mange opplever utfordringer knyttet til blant annet botrening, naboforhold og ensomhet. Det er mennesker som i varierende grad er i stand til å forholde seg til rutiner og forventninger fra det lokale hjelpeapparatet (Randby, 2010). Funn peker i retning av at dette behovet, som også er nedskrevet i Sosialtjeneste loven § 4-2 d (1992), blir dekket ved at hver beboer her har egen leilighet disponibel.

Mennesker med en dobbeldiagnose har ofte levd i kaos og brudd siden fødselen, uten å ha tillært seg noe som ligner en stabil og selvstendig boligsituasjon i voksen alder (Evjen et al. 2007). En informant forteller at han tidligere har vært kastet ut fra flere hospitser og lignende og ikke vært ønsket tilbake. Informantene fortalte om en trygghet med alltid å vite at de har en plass å komme til, hvor de føler seg trygge. Prosjektet "Housing first" (Helsedirektoratet), viser til reduserte utgifter til hospitsopphold, akuttjenester i psykiatri, sykehustjenester i psykiatri, rustjenester og avrusning, institusjonsopphold, juridisk bistand, rettsvesen, fengsel og politiarbeid ved at mennesker har en stabil plass å bo.

Teorien viser at dersom en ikke har lært å ta ansvar eller sette grenser over egen livsførsel som for eksempel ved å bo, vil normen og forpliktelsene for tiltaket som overgang til egen bolig

muligens være vanskelig for mange. Det kan føles svært krenkende for mennesker å akseptere det at en ikke har tilegnet seg botrening i en voksen alder.

Et viktig element i botreningen er ernæring. Underernæring er viktigste dødsårsak etter overdoser blant rusmiddelavhengige (Evjen et al., 2007). Bofellesskapene hadde også rutiner på mat. I rutinene inngikk fellesmåltider og eventuelle handleavtaler. Slik var det tilrettelagt for at også dette grunnleggende og livsnødvendige behovet skulle bli dekket. Funn viser at maten ble satt pris på av beboerne. De uttrykket det som en trygghet å vite at uansett om pengene ble borte så var det mulig å få tak i mat.

Matlagingen var noe som personalet hadde ansvaret for og beboerne ble inkludert ved å komme med ønsker for måltidene. En informant uttrykket at han gjerne ønsket å lage maten selv, da han tidligere hadde jobbet i matbransjen. Funn peker her blant annet på en av de mange ressursene beboerne har, men ikke får brukt. Det er en viktig del av botreningen det å mestre å tilberede mat på egenhånd eller anvende allerede eksisterende kunnskap. Beboeren uttrykte en forståelse for hvorfor han ikke kunne lage mat i fellesrommet. Dette ble av personalet begrunnet med hygieniske årsaker og at kjøkkenet var personalets ansvar. Beboeren begrunner det også selv med smittefare, men han understrekte også muligheten for å gjøre det i leiligheten. Det er viktig å se beboernes ressurser og gi dem mulighet for å mestre noe. Det terapeutiske argumentet for brukermedvirkning kan ses i denne sammenheng. Det har som utgangspunkt, at brukernes medvirkning vil øke prognosene for mer vellykket terapi (Humerfelt, 2005). Personalet kan ved å utvikle beboernes ressurser, hjelpe dem til å bli mer selvstendige og bedre mestre sin livssituasjon. Humerfelt (2005) påpeker at i enkelte situasjoner kan brukerne være i stand til å ha full kontroll, mens de i andre situasjoner kan være på nivå med konsultasjon, hvor de spørres til råd, men trenger mye støtte. Funn kan peke i retning av at dette også kan være aktuelt for beboerne i bofellesskapene. Denne beboeren kunne lage mat, den delen av livet hadde han kontroll på. Mens han i andre sammenhenger trengte mer hjelp. Personalet bør hele tiden jobbe for at brukerne skal bevege seg i faser mot høyre i modellen.

Det er først når en har et sted og bo, hvor andre faktorer kan legges til rette for et bedre liv. Dette kan være faktorer som medisiner, mat, hjelp og omsorg. Undersøkelser viser at flere tiltak der brukerne bor, kan gi mulighet til et bedre liv på lengre sikt (Mueser et al. 2006). Ved slike botilbud gis mennesker med dobbeldiagnose muligheten til å dekke de grunnleggende behovene i Maslows behovspyramide (1943).

### 5.1.2 Trygghet og sikkerhet

Det andre trinnet er behovet for å føle en sikkerhet og trygghet i forhold til vær, vind og andre farer. I dette ligger også fravær av angst og frykt (Maslow, 1943). Litteratur viser til at mennesker med en dobbeldiagnose har ved siden av avhengigheten en diagnose eller ikke diagnostisert diagnose og sliter med psykose, angst, depresjon og lignende (Berg, 1994). Mange bruker rusen som selvmedisinering for at "stemmene" og skjelvingen skal forsvinne (Berg, 1994). Mange med dobbeltdiagnose sliter også ofte med angst og kan ha problemer med å være blant andre mennesker, dette kan ofte føre til isolasjon (Mueser et al., 2006; Evjen et al. 2007). En beboer fortalte at det var vanskelig å være alene samtidig som han slet med angst når det var mange mennesker rundt ham. Dette er mennesker som ofte lever i konstant utrygghet, der overordnet målsetting ofte er å overleve fra den ene dagen til den andre. Funn peker på en trygghet i den forstand at de kan skjerme seg for andre mennesker, påvirket av rusmidler, som ønsker å få kontakt med dem. En informant fortalte at selv om han ikke alltid var så sosial med personalet så følte det som trygt å ha dem der, han sammenlignet dem med foreldre som passet på. Den tryggheten å vite at det er noen der, som oppsøker deg hvis du ikke har vært til stede på en stund. Tryggheten med å være savnet. Omfattende bruk av rusmidler kan føre til dårlig allmenn tilstand og til overdose. Beboeren uttrykket også en trygghet over at noen kunne hjelpe ham hvis han skulle bli dårlig. Mange av beboerne har ofte slektninger, venner og bekjente som har mistet livet der rusmiddelbruken har spilt en sentral rolle.

Mange av de faktorene som nasjonal og internasjonal forskning på området fremhever som viktig for at mennesker med en dobbeldiagnose skal kunne få en bedre tilværelse, er allerede til stede i informantenes liv ved de faste rammer med boligen som et utgangspunkt (Mueser et al., 2006; Evjen et al., 2007). Dette kan samsvare med funn fra studien som viste at beboerne uttrykte takknemlighet for å bo der. De følte seg trygge ved at de hadde tilbud om mat og plass til å sove. De opplevde at personalet brydde seg om dem. Det kan tolkes som at beboerne følte seg beskyttet i bofellesskapet. En beboer som ikke har fått oppfylt sine grunnleggende behov for trygghet, vil i sin grunnholdning overfor tilværelsen være engstelig og opptatt av å trygge seg selv framfor alt annet i følge Maslows pyramidehierarki (1943).

#### 5.1.2.1 Omsorg

Når vi forholder oss til mennesker med dobbeldiagnose kan det være viktig å ikke ha for høye mål. I Danmark har de hva de kaller kravløse boliger og stiller her ikke noen krav om forbedring hos beboerne.

Martinsen (2006) skriver om det hun definerer som en vedlikeholds omsorg. Omsorg og hjelp skal gis uten forventning om bedring av tilstanden. Man skal få hjelp til vedlikehold og oppfølging. Omsorgsbegrepet kom tydelig frem i mine funn. Det var ikke et ord beboerne selv brukte, men det kom frem i alle intervjuene at personalet brydde seg og at det følte trygt å ha personalet tilstede. Det er viktig at personalet gir omsorg i forhold til å se til at deres behov blir dekket, uten at dette skal bety at de slutter og bruke rusmidler. Omsorg er å ta ansvar for den andre, men ikke ta ansvar fra vedkommende (Martinsen, 1996). Dette kan ses i sammenheng med disse funnene. Det pekes på at personalet legger til rette for fritidsaktiviteter og samhandlinger i form av gode relasjoner. Men de setter også grenser, det kan være i forhold til hvem som er ønsket på huset av besøkende hvis noen kommer med mye rusmidler. Det kan også være å begrense samvær i fellesområder hvis beboerne er veldig påvirket av rusmidler, for ikke "å drite seg ut" som en informant sier. Det krever evne til å leve seg inn i beboerens livssituasjon. Det er beboernes subjektive opplevelser av situasjonen som skal danne grunnlaget for videre tiltak. Beboeren får da en følelse av at hans opplevelse av situasjonen er unik og gis mening. Dette krever en fenomenologisk tilnæringsmetode.

På den andre siden er det Martinsen omtaler som negativ omsorg. Den karakteriseres ved at mennesket gjør både seg selv og sine medmennesker til et objekt. Møtet med den andre blir da likegyldig og ikke en forpliktende hendelse. Slik Heidegger ser omsorg på, må hvert menneske inngå i en omsorgsrelasjon til det mennesket det kommer i kontakt med. Omsorg blir likestilt med relasjoner mellom mennesker.

### **5.1.3 Sosial tilhørighet**

Maslow (1943) beskriver mennesket som et søkende vesen. Vi er alltid på søken etter det vi har mest behov for i øyeblikket. Når behovet for husly, mat og trygghet er dekket er trinn tre, sosial tilhørighet. Det er det behovet vi har for å ha en sosial tilhørighet, vennskap og kjærlighet, og for å tilhøre eller ha et fellesskap (Maslow, 1943).

En del fagfolk legger vekt på relasjonsbrist som en av hovedårsakene til misbruk. Beboerne bor tett på hverandre og personalet er tilgjengelig hele døgnet. Menneskene som bor her er mennesker som har erfaring med mange brutte og dårlige relasjoner fra fortiden og nåtiden. Mennesker med dobbeltdiagnose mangler ofte en grunnleggende trygghet fordi de tidlig ble skadet i sin evne til å ha relasjoner med andre (Furuholmen & Andreassen, 2007). De har opplevd forskjellige typer omsorgsbrist, som manglende emosjonell kontakt og trygghet, avvising, grenseløshet og vold (Furuholmen & Andreassen, 2007).



Funnene peker i retning av at fellesskapet i boligen er todelt. Den ene relasjonen er fellesskapet mellom beboerne. De trengte hverandre i forhold til "vennetjenester" og for støtte i ett tøft miljø. Samtidig som beboerne hele tiden etterstrebet seg å tilpasse fellesskapet og relasjonene med personalet som utgjorde det rusfrie nettverket.

### *5.1.3.1 Relasjoner mellom beboerne*

Nøkkelfortellingene om mennesker med en rusmiddelavhengighet beskriver personer som verken har kontroll over sitt rusmiddelbruk eller seg selv, og misbruket beskrives å være det organiserte prinsippet i deres hverdag (Thomassen, 2008). Fortellingene formidler også at rusmiddelavhengige ofte har vansker på skolen, at de kommer fra ressursvake familier, at de begår lovbrudd, har dårlig arbeidsmoral, dårlig kosthold, få fritidsinteresser, og at de legger skylden for deres rusmiddelbruk på samfunnet og bistandsapparatet (Thomassen, 2008). Dette kan beskrive flere av menneskene som bor i bofellesskapene, men de er allikevel unike enkeltmennesker.

En beboer forteller at han ikke følte beboermøtene var aktuelle for han, da han ikke er som de andre, han hørte ikke til. Grunnen til dette kan være at han ikke følte han hadde noe til felles med de andre beboerne. Funn peker på at informantene omtalte de andre beboerne som sykere og svakere enn seg selv. "Stakkars" og "tragisk" er ord som bruktes til å beskrive "naboene". Dette var ikke et fokus jeg hadde i intervjuguiden, men samtalen ble ofte ført inn på dette emnet av informantene. En beboer fortalte at tilbudet i bofellesskapet hadde vært bra for han, men sier han nå var rusfri og ville videre. En annen informant tok flere ganger samtalen inn på andre beboere i boligen. Han omtalte dem som "tragiske tilfeller" og forteller at det er "synd i dem". Han uttrykket medlidenhet for dem. To av beboerne fortalte også at de en gang har vært i arbeid og hatt omsorg for sine barn og fortalte at de ikke alltid har vært "slik". De fortalte også at de vet hva har hatt og savner det livet, de andre viste ikke noe annet enn det livet de levde nå. Funn kan synes som at informantene fryktet å bli sammenlignet med de andre beboerne i boligen og prøvde å hevde seg for å skille seg ut.

Det kan synes som at det fellesskapet som eksisterer mellom beboerne er basert på tjenester. En av beboerne fortalte at han av og til lånte bort kaffe til en annen beboer fordi han satte han seg ned noen minutter. Deltakerne i rusmiljøet kan ofte bli avhengige av hverandre ved å opprettholder gjensidige forpliktelser gjennom blant annet gjeld og vennetjenester (Evjen et al., 2007). Det så ut til at de oppsøkte hverandre, ofte i en tilstand påvirket av rusmidler, hvor de ønsket selskap eller hvis de trengte hjelp, penger og andre tjenester. Maslows pyramidehierarki forteller om behov for sosial tilhørighet og funn kan peke på at det er dette

beboerne søkte etter ved å være sammen med "naboene" sine. Men den sosiale tilhørigheten begrenser seg ofte til bruk av rusmidler. En av grunnene til dette kan være at de føler avhengigheten av rusmidler er det eneste de har felles.

Personalet må bidra til at beboerne kan skape et positivt fellesskap seg i mellom. Ved å skape en tilhørighet til bofellesskapet kan det synes å være viktig med individuell tilbakemelding og bekreftelse fra personalet om at hver og en beboer er unik. Ved å delta ved fritidsaktiviteter sammen, som å gå turer sammen, se en film eller spille biljard, kan føre til et fellesskap uten at hovedfokuset alltid er rusmidler. Beboerne har en rusmiddelavhengighet som fellesnevner. Men bak denne avhengigheten er det et unikt individ. Det er derfor viktig å ha individuell oppfølging for den enkelte.

#### *5.1.3.2 Relasjoner mellom fagperson og beboer*

Forskning har vist at et fungerende nettverk nærmest er en forutsetning for at beboerne skal finne mulighet og motivasjon til å redusere sitt rusmiddelbruk, gjennom det å få et bedre liv (Mueser et al., 2006). Mange av beboerne har alvorlige relasjonsskader og bruker mye tid på å opparbeide tillit til nye mennesker. Løgstrup (1956) tar utgangspunkt i at vi mennesker er født med en grunnleggende tillit til hverandre og livet generelt. Mange har likevel en grunnleggende mistro og mistillit til andre mennesker. Beboerne bar ofte med seg mange negative erfaringer fra samhandlingssituasjoner med andre mennesker. Personalet utgjør en viktig del av deres nettverk. For enkelte av beboerne utgjorde det kanskje det eneste rusfrie nettverket, noe informantene også bekreftet. Personalet og kanskje da spesielt kontaktpersonene spiller derfor en viktig rolle i beboerne sitt liv og det er viktig med kontinuitet i oppfølgingen. Ofte utskiftning i personalgruppen er derfor ikke heldig ved slike bofellesskap. En beboer fortalte at han trakk seg tilbake når det var mange, eller ukjente mennesker, i fellesrommet. Disse faktorene kan være med på å skape usikkerhet og beboerne kan trekke seg tilbake fra det "lille" nettverket de har, noe som videre kan føre til isolasjon og økt bruk av rusmidler.

Topor (2006) mener at i virksomme relasjoner vil fagpersonen se noe i brukeren som tiltaler ham, og som brukeren ikke trodde han var i besittelse av. Brukeren blir sett, hørt, respektert og akseptert som individ. Topor (2006) skriver også at kjennetegn ved virksomme relasjoner er at en fagperson gjør noe utover det brukerne forventer, at han gjør noe for brukerne som han ikke gjør for alle de andre brukerne. Kontaktpersonene i bofellesskapene ble ofte pekt ut som denne personen. Den som var litt deres, som brukte litt mer tid på dem enn de andre beboerne. Alt i fra å reise på konsert, til kjøretur til butikken for å kjøpe røyk eller som bare

kom inn for en prat. De pekte på verdien av å bli sett og følte at disse handlingene var rettet spesielt mot dem. Fagpersonen viste en omsorg for beboeren ved å vise en interesse for han uten nødvendigvis å vente noe tilbake, som Kari Martinsen (2003) skriver er denne tillitten, engasjementet og innlevelsen i beboernes liv en viktig faktor for å gi omsorg. Skal omsorg være ekte, må en forholde seg til den andre med en holdning som anerkjenner den andre ut i fra hans situasjon. I dette ligger gjensidighet. En anerkjenner den andre uten og nødvendigvis å vente seg noe tilbake (Martinsen, 2003).

Beboerne fortalte også om kontaktpersoner som ikke var til stede og at dette førte til at de fikk mindre oppfølging enn de andre beboerne. Det kan tyde på at rammene rundt beboerne ble opprettholdt av noen få nøkkelpersoner. Dette viste seg å være svært sårbart da disse skulle bli syke eller være fraværende over tid, da raknet opplegget gradvis. Samtidig som forskning understreker betydningen av relasjonsbygging og kontinuitet i oppfølging av mennesker med en dobbeldiagnose (Mueser et al., 2006). Dette begrunnes med at disse brukerne er mest sårbare. De bruker lang tid å bygge opp nye relasjoner. Derfor bør man ikke involvere for mange ulike hjelpere rundt den enkelte (Mueser et al., 2006; Evjen et al., 2007).

## 5.2 "Herre i eget hus"

Mange brutte og dårlige samhandlingsrelasjoner kan ha ført med seg konsekvenser som dårlig selvbilde og liten tro på egen mestringsevne (Berg, 1994). Dette kan være en årsak til at beboerne hadde vanskelig for å uttrykke deres meninger. Retningslinjene som ligger i bunn i samtlige av bofellesskapene er at beboerne skal være mest mulig selvstendige og har selv ansvaret for hver sin leilighet noe som samsvarer med målet med pleie- og omsorgstjenester, hvor brukerne så langt som mulig skal opprettholde selvråderett i hverdagen i forhold til omgivelsene (Helsedirektoratet 11:2004). I alle omsorgstjenester må det tas individuelle hensyn. Det innebærer at tjenestene i størst mulig grad skal skje på beboeren premisser. Personalet i boligene skal utføre et arbeide som er tilrettelagt den enkeltes individuelle behov.

Når et personal er i leiligheten til en beboer, er en der som gjest. Beboerne fortalte at personalet i utgangspunktet ikke kunne gå inn i leilighetene uten at beboerne selv var til stede og at de inviterte dem inn. Men det var unntak hvor personalet hadde låst seg inn til beboere hvis en ikke har sett personen i et tidsrom. Noen av beboerne fortalte at de hadde individuelle avtaler med personalet om dette. Funn viser til at beboerne, at når personalet låste seg inn til dem, ga ingen uttrykk for at det var vanskelig; "De bryr seg jo bare", som den ene informanten fortalte.

### 5.2.1 Rent og pent, eller?

Vi som fagpersoner kan se på det samme som beboerne, men fra en annen posisjon enn dem. Dette medfører at vi lett kan oppfatte beboernes situasjon og behov på en måte som ikke alltid samsvarer med hvor beboerne er og hvordan de opplever sine behov (Evjen et al., 2007).

Funnene i studien peker på forskjellige oppfatninger av behov for renhold av leilighet, samt personlig hygiene. Noen har kanskje aldri lært hvordan gjøre rent, noen har aldri hatt ett sted hvor de måtte vaske og rydde. Noen av beboerne må kanskje starte helt på nytt med å lære å støvsuge og ikke minst forstå hvorfor det er nødvendig, noe personalet har lært i sin oppvekst og vil ta som en selvfølge. På grunn av dette, kan personalet og beboere være i samme leilighet samtidig, men med helt forskjellige utgangspunkter. Det vil da være naturlig å se på leiligheten på forskjellige måter. Dette stemmer overens med litteraturen som indikerer at omsorgsgiverens oppfatning av hvordan beboeren opplever sin situasjon ikke alltid samsvarer med beboernes egne beskrivelser. Dette bør personalet være bevisst i samhandling med beboerne i forhold til rengjøring. En av beboerne fortalte at han følte seg skamfull over at personalet måtte hjelpe ham med dette, han var jo en voksen mann som han selv påpekte. Dette viser til viktigheten av å tilnærme seg slike situasjoner med stor ydmykhet. Det er viktig at beboerne føler at de mestrer situasjonen med rengjøringen, det er derfor viktig at det ikke blir for mange oppgaver på samme tid. Kanskje det holder at beboerne selv tørker bordet og bærer ut søppel den første tiden før neste oppgave tildeles. Slik vil læringskurven stige samtidig med beboernes mestrings følelse.

Mennesker med en psykiatriproblematikk kan lettere bli psykotiske ved bruk av diverse rusmidler (Mueser et al., 2006). Det vil derfor komme perioder hvor personalet må ta beslutninger for noen av beboerne. En beboer fortalte om en periode hvor han hadde vært svært dårlig og personalet kom inn til han flere ganger til dagen og ryddet. Han fortalte at han forstod hvorfor de gjorde det og var takknemlig for dette i ettertid. Men var det virkelig en ryddig leilighet han trengte? Brukte personalet ryddingen som unnskyldning for å se til ham?

Personalet må gjøre det de mener er best for beboerne. Men ansvaret skal ikke tas fra den andre heller ikke hans selvstendighet (Løgstrup, 1999). Det kan ofte være lettest og bare gjøre det selv, fortalte ofte personalet i bofellesskapene, når det gjaldt rengjøring. En beboer fortalte at han alltid fikk gode tilbakemeldinger når han gikk ut med søppelet, men har forstod ikke helt hvorfor. Det vil være av stor betydning at personalet ikke utnytter denne makten, men åpner opp for medbestemmelse og innflytelse, samtidig som behov for omsorg blir dekket (Stang, 1998).

### 5.2.2 Informere eller konsultere?

Det kan være ulike grader av innflytelse og medvirkning, fra informasjon til full brukerstyring (Humerfelt, 2005). Personalet i bofellesskapene var opptatt av at beboerne skulle få anledning til å gi tilbakemeldinger som kunne gjøre hverdagen og botilbudet bedre for beboerne. Dette viser til argumentet treffsikkerhet i forbindelse med brukermidvirkning (Humerfelt, 2005). På den andre siden viste funn til at det kunne være vanskelig å motivere beboerne til å komme med tilbakemeldinger. Som tidligere nevnt fortalte en beboer at han ikke følte han passet inn i boligen. Det kan tolkes som at en av grunnene til dette var liten forståelse for hva hensikten for møtene egentlig var.

Beboermøtene som ble arrangert i bofellesskapene var ment som et forum hvor beboerne kunne ta opp det de måtte ønske relatert til bofellesskapet. En beboer fortalte at det som ble tatt opp på møtet ikke alltid ble fulgt opp. Funn kan peke i retning av brukermidvirkning i en konsulterende grad (Humerfelt, 2005). Beboeren ble her tatt med på råd eller konsultert, men hadde fortsatt ikke noe reell påvirkning på beslutningen som ble tatt (Humerfelt, 2005). En annen beboer fortalte at han følte beboermøtene var for at personalet skulle informere dem om endringer i bofellesskapet. Hvis innflytelsen hovedsakelig bestod av informasjon, vil den i følge Humerfelts modell (2005, s. 32) befinne seg på det laveste nivået for brukermidvirkning som er informasjon. I følge Arnstein er ikke dette reell innflytelse hvis en bare blir lyttet til uten at det får konsekvenser for hvilke bestemmelser som foretas (Arnstein, 1969). Funn peker på at personalet hadde en annen intensjon med brukermidvirkning enn det som reelt ble oppfattet av beboerne.

Beboerne har både rett til å medvirke, men samtidig også rett til å reservere seg og ønsker dermed eventuelt ikke å benytte seg av brukermidvirknings rett (Ørstavik, 2002; Humerfelt, 2005). Ørstavik retter et kritisk blikk mot brukermidvirkning ved å hevde at det er et tvetydig begrep. Hun stiller spørsmålsteget ved de profesjonelles holdninger og rolle ved implementering av brukermidvirkning. Hun undrer seg også over om den profesjonelles rolle kan bli passiv i møte med brukeren, og videre kan føre til det som oppfattes som en form for ansvarsfraskrivelse (Ørstavik, 2002). Grytnes (2002) skriver at brukermidvirkning kan bli forbundet med ansvar og forpliktelser, noe som ikke alle brukerne er i stand til å mobilisere til enhver tid. Og Evjen (2007) påpeker at det ser ut til å være viktig å ha muligheter til å delta i utformingen av tilbudet, men også kunne la være. Funn i studien min viste at beboerne noen ganger trakk seg tilbake og ikke deltok. Men er det virkelig slik at de ikke ønsker å være med i utformingen av tilbudet? Funn peker på at det ofte kunne være vanskelig for beboerne å uttrykke sine meninger.

En av grunnene til dette kan ses i forbindelse med at det lenge har vært tradisjon for ikke å spørre dem. Det kan da være vanskelig å vite hvordan det skal gjøres. Kanskje de er redde for å si noe galt, noe de sannsynligvis har opplevd tidligere. Litteraturen henviser også til lavt selvbilde hos mange mennesker med dobbeltdiagnose.

En annen grunn kan være at de selv ikke er klar over hva de mener, da de ofte har blitt fortalt hvordan det skal gjøres. Beboerne har kanskje ikke tenkt over hva de mener om forskjellige saker. Det kan synes som en må trene på å gi et svar og ytre sine meninger. Kanskje det er noe som kan legges inn som trening i de daglige aktivitetene. I starten kan en gi to valgmuligheter. Når ønsker du hjelp til rengjøring av leilighet, mandag eller onsdag? Hva vil du ha til middag, hvor vil du gå tur og så videre. Personalet må legge til rette for å gi beboerne flere muligheter til å ta avgjørelser i hverdagen.

I følge Humerfelt (2005) dreier brukermedvirkning seg om en relasjon som kan bidra til likeverd og maktutjevning. Beboerens beste mål alltid være et mål fra fagpersonens side. Måten vi møter den andre på, vil være med på å forme den andres verden og bilde av seg selv. Ved å forme et bedre selvbilde vil dette være med på at beboerne i høyere grad er med og tar avgjørelser, en vil føle seg tryggere og våge å fortelle meningene sine når en får spørsmål som kan være med å påvirke deres hverdag.

### 5.3 Dagsform og deltakelse

Alle beboerne og personalet jeg kom i kontakt med i boligene pekte ut dagsformen som en viktig faktor i forhold til deltakelse ved fellesmåltider, beboermøter eller fritidsaktiviteter.

De fortalte alle om dårlig oppmøte til fellesmåltidene. Litteraturen viser til at mennesker med dobbeldiagnose ofte har vanskelig for å holde avtaler (Mueser et al., 2006; Evjen et al., 2007). Men var dette grunnen, eller var det andre grunner for at de til tider ikke valgte å benytte seg av fellesmåltidene, som er et grunnleggende behov for å overleve. Noe vi i følge Maslow (1943) hele tiden søker.

En av grunnene til dette kan være døgnrytmen, som en informant påpeker så er han ofte oppe på natten og sover på dagen da maten var tilgjengelig. En annen informant forteller om dårlige tenner. Mennesker med dobbeldiagnose har ofte store problemer relatert til dårlig tannhygiene (Evjen et al., 2007). Dette kan føre til at en mister tenner i tidlig alder og har hyppig tannverk som gjør det vanskelig og vondt å spise. Noen kan oppleve det som skamfullt å mangle tenner. En annen grunn kan da være at det føles skamfullt å sitte sammen med andre å spise. Eller så kan maten være vanskelig for dem å tygge. Julemat med ribbe er eksempel på mat som ble servert, og som ikke alltid er like lett å tygge med dårlige tenner. Funn peker i

retning av at personalet ikke alltid legger til rette for de årsakene som gjør at beboerne ikke deltar.

Angst er en vanlig tileggsdiagnose for mennesker med rusmiddelavhengighet (Mueser et al., 2006). Funn viser til at beboere lettere trekker seg tilbake hvis det er mange eller ukjente mennesker i fellesarealet. Det kan være vanskelig å sitte sammen rundt spisebordet, delta på beboermøte eller andre aktiviteter sammen med ukjente mennesker, eller noen en ikke føler seg trygg med.

Beboerne fortalte at dagsformen var en viktig årsak til om de kom til måltidet eller ikke. Er fellesmåltidene et rasjonale for beboerne, eller er det mennesker uten angst og dårlige tenner som er utgangspunktet? Kan personalet tilrettelegge for beboerne i større grad ved måltider, møter og fritidsaktiviteter? Mykere mat, mindre mennesker ved måltidene og tilbud av mat på andre tider av døgnet kan være aktuelle tiltak. Individuelle aktivitetstilbud, ikke alltid i grupper kan også være aktuelt.

Behovet for trygghet og sikkerhet kan ses i sammenheng med det de grunnleggende behovene. Hvis en ikke føler seg trygg, vil en heller ikke delta på noe felles sammen med andre i boligen. Kan fellesmåltidene være rettet mot dem som allerede får dekket det første og andre behovet i pyramiden. Blir dette da vanskelig for dem som ikke føler trygghet nok til å kunne benytte seg av måltidet, er dette tilbudet mer rettet mot dem som har fått tilfredsstilt sine primære behov i forhold til dem på et lavere trinn i pyramiden? Dette kan tolkes som Maslows (1943) teori om at vi er på et trinn om gangen, stemmer for menneskene i boligene. Fellesmåltid blir derfor en aktivitet for dem som allerede har dekket sine to første behov og for å opprettholde behovet for mat, men går også videre til behovet for fellesskap gjennom å være sammen med andre rundt måltidene. Tilbudene må gjøres mer individuelle. Kan det være at de som ikke kommer inn til fellesmåltidene og som ikke har tilgang til mat kan få et annet tilbud, lagt til rette for dem slik de kan få dette behovet dekket før de kan føle trygghet og sikkerhet nok til å delta i fellesskapet.

Når beboerne ikke deltar på fellesmåltidene, må andre tilbud forsøkes. De som ikke deltar ved fellesmåltidene deltar heller ikke ved andre sosiale aktiviteter i fellesskapet. Det kan tolkes som at funn samstemmer med Maslows (1943) teori om at er vi svært sultne så tenker vi ikke på noe annet, og man er heller ikke motivert til for å få dekket andre behov de får ikke dekket sitt mest grunnleggende behov for mat og greier da ikke å fokusere på andre behov som fellesskap, trygghet og sikkerhet.

Funn peker på dårlig tannhygiene, skam, redsel som grunner til at beboerne ikke deltar ved de forskjellige aktivitetene i boligen. Det kan tolkes som betegnelsen "dagsform" ikke bare er rusmiddel relatert, men kan også relateres til psykiske og ikke minst fysiske årsaker. Funn kan videre tyde på at det bedre kan legges til rette for at beboerne får dekket de individuelle behovene etter hvilket behov de befinner seg på i pyramiden. Det kan tolkes som at vi ikke kan ta snarveier med å *hoppe* over noen trinn eller samle behovene sammen for å få dem dekket. Maslow (1943) sier at det første behovet må være dekket før fokuset blir satt på neste behovstrinnet. Det kan vise seg å være vanskelig for beboerne å delta ved fritidsaktiviteter i bofellesskapet hvis en ikke føler trygghet og sikkerhet. En vil heller ikke føle seg trygg hvis en ikke har mat og husly lagt til rette for en.

Det kan være viktig for personalet i bofellesskapene å være bevisst hvilket behovstrinn de forskjellige beboerne er på for å legge opp til et individuelt tilbud til hver enkel ut i fra hvor de er. Funn viser at fellesmåltidene ble satt pris på, selv om deltakelsen var liten. Det kan tolkes som at beboerne ønsker å være med, men noe stopper dem. Det er viktig å finne ut hva grunnen kan være, for så å jobbe målrettet med dette. Trenger en beboer å gå til tannlegen på grunn av tannverk, men har angst for å gå til tannlegen vil det ikke fungere å bare bestille en time. Personalet må da bygge opp relasjoner rundt beboerene, sterke nok til at han føler seg trygg på dem. Det vil også være viktig å passe på at han får i seg nok mat, til at dette behovet føles dekket. Kanskje å være med han å handle suppeposer i en periode og eventuelt hjelpe ham med å tilbrede det. Slik går det, sakte videre til neste trinn som er å føle seg trygg og deretter videre til kanskje å spise i fellesskapet med personalet og andre beboere.

Atferd må alltid ses i sammenheng med situasjonen den utspiller seg i, og en må være nøye med å tenke gjennom det mangfold av mulige forklaringer som fins. Hele tiden må en ta med i betraktning at behovene ikke styrer mennesket direkte. Mennesket er et rasjonelt vesen, og alle behov kanaliseres gjennom et filter av refleksjon, vurdering og mer eller mindre realisme i forhold til den ytre verden (Maslow, 1943). Hovedfokuset i sykepleier utdanningen er å se "hele mennesket". Dette er svært aktuelt også i sosialt arbeid. Vi må se alle sider ved mennesket, rusmiddel avhengigheten, psykiske og fysiske sykdommer, behov, personlighet og det unike mennesket for å kunne gi et godt tilbud til beboerne i lavterskel bofellesskap. For å kunne gi et tilpasset tilbud til mennesker med rusmiddel avhengighet er vi igjen avhengige av å få frem deres opplevelser og meninger og se tilbudet ut i fra et brukerperspektiv er helt nødvendig.



## 6.0 AVSLUTNING

Problemstillingen i denne studien var å finne ut hvilke opplevelser og meninger mennesker med en dobbeldiagnose har med å bo i lavterskel bofellesskap. Mine tanker rundt tidligere forskning var at tilbudene i bofellesskapene var satt stor pris på og grunnen til dårlig oppmøte var på grunn av rusmidlene alltid var "første prioritet".

Resultatene bekrefter at tilbudene i bofellesskapene ble satt pris på, men deltakelsen var dårlig. Årsaken til lite utnyttede ressurser i boligen var mer kompleks enn forventet. Beboerne viser til at det ikke er tilstrekkelig for mennesker med en dobbeldiagnose å bare få tildelt en plass å bo. Det dreier seg ikke bare om et behov for tak over hodet, men også om struktur på dagen, sosialt nettverk og relasjoner. Funn peker i retning av at det er helheten i bofellesskapene som skapte denne tryggheten beboerne uttrykte i intervjuene.

For mange vil langsiktige døgntiltak, hvor omsorgsaspektet er fremtredende, rammene er fleksible og kravene nedtonet, være et langt skritt på veien til et bedre liv. Men det er viktig å være bevisst på de forskjellige behovstadiene beboerne er på og tilbudet må tilrettelegges deretter. Resultatene viser til at beboerne kommer fra forskjellige steder med veldig forskjellige utgangspunkt. Deres behov vil da også være svært individuelle og hvis ikke disse behovene dekkes vil beboerne heller ikke utvikle seg videre noe som samsvarer med Maslow behovshierarki (1943).

Rammene i bofellesskapene ligger til rette for å dekke det som Maslow omtaler som mangelbehov. Det kan tyde på at tilbudene ikke ble benyttet av beboerne slik de var ment fra personalets side. Resultatene viser at en grunn til dette, kan være at tilbudet ikke var tilrettelagt beboernes livsstil. Tilbudene må også gjøres mer individuelle for å dekke alle beboernes mangelbehov. Det kan bli lett å glemme dem som aldri er tilstede og funn i studien peker på at det ikke alltid er rusrelaterte årsaker til at beboerne ikke deltar. Det er behov for livslang oppfølging av mennesker med en dobbeldiagnose og vi må ta oss tid.

Vi lever i et resultatorientert samfunn. Det stilles krav om raske og dokumenterte resultater for å begrunne økte ressurser. For å kunne gi klar tilbakemelding om resultatene av tiltakene som iverksettes, må vi følge beboerne over tid. Med de rette tiltakene vil vi etter hver kunne måle positive resultater i form av færre akuttinnleggelser, færre overdoser og færre innbringelse til politiet.

Jeg mener at denne studien viser nødvendighet av å øke kunnskapen om det sammensatte bildet av mennesker med dobbeldiagnose. Studien viser også til nødvendigheten med økt bevissthet rundt deres individuelle behov i bofellesskapene. Dette er fordi funn peker på

forskjeller mellom hvilke forventninger personalet hadde til beboerne og hvordan beboerne oppfattet dette.

## 6.1 Videre forskning

Etter å ha jobbet med denne problemstillingen, er det dukket opp flere forskningsområder. Et aktuelt tema ville være å studert nærmere på bofellesskapet fra personalet perspektiv.

Hvordan opplever personalet beboerne og hva opplever de som utfordringer i møte med beboerne? Hva tenker personalet rundt brukernes tidvise manglende deltakelse, brudd på husregler og utagering? Hvilke forventninger har personalet til beboerne? Det ville også vært av interesse å utdype nærmere, hvilke yrkesgrupper som jobber i bofellesskap med rusmiddelavhengige og hva deres funksjon er. Dette viser til at forsker selv opplevde at det var store forskjeller i hvilke yrkesgrupper som var representert i de utvalgte bofellesskapene.

## 6.2 Metodiske overveielser

Jeg vurderte det som nødvendig å forandre tema under skriveprosessen, fra medvirkning i bofellesskapet til beboernes opplevelser og meninger av det å bo i bofellesskapet. Grunnen til denne forandringen var da jeg ønsket økt fokus på brukerperspektivet. Slik opplevde jeg å oppnå mer dybde i beboernes utsagn gjennom denne kvalitative studien. Opplevelser og meninger kan også ses i større sammenheng med den fenomenologiske – hermeneutiske tilnærmingen som ble valgt for studien.

Fremgangsmåten som er brukt i studien er forskningsintervju. Det blir beskrevet som en god metode på grunn av nærhet mellom forsker og deltaker i studien (Kvale, 2007 ). Jeg som forsker opplevde at intervjuene også ga tilleggsopplysninger som ble brukt som grunnlag for tolkning og diskusjon av resultatene. Metoden var tidkrevende og krevde nøye planlegging fra forskerens side, men tilstedeværelsen ved innsamlingen av data var svært nyttig og interessant.

En av utfordringene var å få tak i informanter. Dette var da personalet i boligene ofte mente deres beboere var for dårlige til å kunne delta. Det kan ses på som en form for beskyttelsesmekanisme, hvis ikke personalet beskytter beboerne i bofellesskapene, hvem skal da gjøre det? Men kan dette også være med på å undervurdere dem?

Hvis jeg skulle gjort noe annerledes ville det vært å ha et fokusgruppe intervju med personalet fra de utvalgte boligene. Dette for i større grad kunne sammenligne personalets brukerperspektiv på beboerne og brukerperspektivet fra beboerne. Dette kunne jeg ha gitt mer dybde i drøftingen.

## REFERANSER

- Referansene og henvisninger er utarbeidet i samsvar med APA- kildehenvisning fra Høgskolen i Lillehammer: hentet fra [http://www.hil.no/hil/biblioteket/kurs\\_og\\_veiledninger/oppgaveskriving/apa\\_kildehenvisning\\_er](http://www.hil.no/hil/biblioteket/kurs_og_veiledninger/oppgaveskriving/apa_kildehenvisning_er)
- Alm Andreassen, T. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal
- Alvesson, M., & Sköldbberg. (1994). *Tolkning och reflektion vetenskapsfilosofi og kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur
- Arnstein, S. (1969). *A ladder of citizen participation*. Journal of the American institute of planners, 35, 216-224
- Askgaard, L.K., Eimhjellen, L., Olsen, L.M. & Revå, C. (2008). *Boliger for rusavhengige, erfaringer for boliger i bruk (AAR-4912)*. Trondheim: Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)
- Askheim, Ole Petter. (2009). *Brukermedvirkning – kun for verdige trengende?* Psykisk helsearbeid vol. 6. Nr 1.2009.
- Barbosa da Silva, A. (1996.) *Analys av texter*, in *Kvalitativa studier i teori och praktikk*. B. Starrin & P. G. Svensson (red.) (s. 169-206). Lund: Studentlitteratur
- Barbosa da Silva, A. (2002). *An Analysis of the Uniqueness and Theoretical Foundations of Qualitative Methods*, in *Qualitative Methods in Public Health Research. Theoretical Foundations and Practical Examples*, L. R.-M. Hallberg (red) (s.39-70). Lund: Studentlitteratur
- Barbosa da Silva, A. & Hummelvoll. J.K. (1996). *Den kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjensten*. *Vård i Norden* 1996:16(2)25-32 D
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Berg, J. E. (1994). *Ressursorientert (re)habilitering av rusmiddelmisbrukere*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Evjen, R., Kielland K, B. & Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fekjær, H.O. (2009). RUS. Oslo: Gyldendal akademiske
- Fløistad, G.(1993). Heidegger: En innføring i hans filosofi. Oslo: Gyldendal
- Furuholmen, D. & Andresen, A.S. (2007). *Fellesskapet som metode*. Valdres: Cappelen akademiske forlag.
- Gadamer, H.G. (2010) *Sannhet og metode, Grunntrekk av en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax forlag AS.
- Giorgi, A. (1985). Phenomenology and psychological research. Pittsburg: Duquesne University Press.
- Gjærum, R. (2009). *Usedvanlig kvalitativ forskning. Metodologiske utfordringer når informantene har utviklingshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grytnes, R. et al. (2002). *Værested for Stoffmisbrugere og tidligere stoffmisbrugere i Danmark*. Aarhus universitet: Center for rusmiddelforskning.
- Hanssen, H. (Ed.). (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgesen, L.A. (2008) *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Humerfelt, K. (2005). *Brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå*. E. Willumsen (red.), *Brukernes medvirkning - Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s.15-31). Oslo: Universitetsforlaget
- Humerfelt, K. (2005). *Verdige historier, men uverdige bruk?* E. Willumsen (red.), *Brukernes medvirkning - Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (75-92). Oslo: Universitetsforlaget
- Hummelvoll J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.
- Jackobsen, D.I. (2005). *Hvordan å gjennomføre undersøkelser? – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

- Jarvinen, M. (1998). *Det dårlige selskab. Misbrug, behandling og omsorg*. Holte: Forlaget Socpol.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2007) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kielland, K.B. (2002). *Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk*. Tidsskrift for den norske legeforening, Nr 25.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjellevold, A. (2005). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Krogh, T.(2009). *Hermeneutikk om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching*. Nordic college of sciences.
- Læg Reid, S. & Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk – en innføring*. Spartacus forlag.
- Løgstrup, K. E. (1956/2000). *Den etiske fordring*. Trondheim: AIT Trondheim AS
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: TANO AS.
- Martinsen, K.(1990). *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring*. K. Jensen (red). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K.(2003). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 370-396
- Morrison, P. & Burnard, P. (1992). *Omsorg og kommunikasjon – mellommenneskelige relasjoner i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mueser, K.T., Drake, R. E., Fox, L. & Noordsy, D.L. (2006). *Rusmisbruk og alvorlige psykiske lidelse. Integreert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nesvåg, S. (2005). Alkohol kulturer i norsk arbeidsliv. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo, Oslo.

Polit, F. D. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. [Ebook] Philadelphia:

Lippincott, Williams & Wilkins. Tilgjengelig på :

[http://books.google.com/books?id=5Lzme0a7j1wC&printsec=frontcover&dq=definition+qualitative+research&source=gbs\\_similarbooks\\_s&cad=1#v=onepage&q=definition%20qualitative%20research&f=false](http://books.google.com/books?id=5Lzme0a7j1wC&printsec=frontcover&dq=definition+qualitative+research&source=gbs_similarbooks_s&cad=1#v=onepage&q=definition%20qualitative%20research&f=false)

Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer, på vei mot en bedre hverdag*.

Oslo: kommuneforlaget.

Repstad, P. (1993). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Ruyter, K.W., Førde, R. & Solbakk, J.H. (2000). *Medisinsk etikk - en problembasert tilnærming*. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS

Rønning, R. & Solheim, L.J. (2000). *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*.

Oslo: Universitetsforlaget

Sverdrup, S., Kristoffersen, L.B. & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse (NIBR-rapport 06/05)*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Thommesen, H. (2008). *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose- om mennesker med uvanlige erfaringer*. Doktorgradsavhandling. Høgskolen i Bodø, Bodø.

Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Tjora, A. (2010). *Kvalitativ forskningsmetode i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veien til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo:

Kommuneforlaget AS.

Torvik, F.A. & Rogmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser (Rapport 04/11)*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt

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

Ytrehus, S., Sandlie, H.C. & Hansen, I.L.S. (2008). *På rett vei, en evaluering av Prosjekt bostedsløse to år etter* (Fafo-rapport 2008:06). Oslo: Allkopi AS

Ørstavik, S. (2002). *Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse*. R. Norvoll (red.). Psykiske lidelser. Samfunn og psykiske lidelser – en introduksjon (s . 145- 160). Oslo: Gyldendal akademisk forlag AS.

## Offentlige dokumenter

Norges offentlige utredninger

NOU 2010: 3 *Drap i Norge i perioden 2004-2009*

NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt*

Stortingsmeldinger

St.meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*

St.meld. nr. 34 (2002-2003) *Tiltaksplan mot fattigdom*

St.meld. nr 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken*

Andre offentlige dokumenter

Sosialtjenesteloven. Lov om sosiale tjenester m.v. 13. Desember 1991 nr 81

Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter m.v. 2. Juli 1999 nr 63

St.prp. nr. 63 (1997–98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*

Helse- og sosialdirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (11:2004)

Nettsteder

Harm Reduction International (8:2010): Hentet fra

[http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_English.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf)

Helsedirektoratet (u.å.a). *Fakta om alkohol* : Hentet fra

[http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta\\_om\\_alkohol/hva\\_er\\_alkohol\\_5460](http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta_om_alkohol/hva_er_alkohol_5460)

Helsedirektoratet (u.å.b). *Fakta om alkohol*: Hentet fra

[http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta\\_om\\_alkohol/alkoholavhengighet\\_5799](http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta_om_alkohol/alkoholavhengighet_5799)

Helsedirektoratet, (u.å.c). *Fakta om narkotika*: Hentet fra

[http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta\\_om\\_narkotika/](http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta_om_narkotika/)

Prosjektet boligsosialt brukerfokus (RIO, 2008): Hentet fra

[http://www.rio.no/filestore/Dokumenter/Boligsosialt\\_brukerfokus/BoligsosialtBrukerfokus2010.pdf](http://www.rio.no/filestore/Dokumenter/Boligsosialt_brukerfokus/BoligsosialtBrukerfokus2010.pdf)

Retningslinjer ved Aktivitetshuset Prindsen (u.å.). Oslo. Hentet fra <http://www.prindsen.org/>

Rusmiddelstaten, (u.å.). *seksjon skadereduksjon*: Hentet fra

[http://www.rusmiddelstaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddelstaten%20\(RME\)/Internett%20\(RME\)/Dokumenter/plan/sentralt/skadereduksjon.pdf](http://www.rusmiddelstaten.oslo.kommune.no/getfile.php/rusmiddelstaten%20(RME)/Internett%20(RME)/Dokumenter/plan/sentralt/skadereduksjon.pdf)

Stavanger kommune, (u.å.). *Kalo bofellesskap*: Hentet fra <http://www.stavanger.kommune.no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/Hjemmebaserte-tjenester/Hinna-hjemmebaserte-tjenester/Kalo-bofellesskap/>

World Health Organization (2003). *Investing in mental health*: Hentet fra

[http://www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf)

Østnorsk kompetansesenter, (2007). *Bofellesskap lærer pasienter med dobbeltdiagnose å bo*: Hentet fra <http://www.rus-ost.no/default.asp?WCI=TxtMsg&WCE=710&DGI=22&Head=1>

Bildet på forsiden er hentet fra: [http://www.boliglån.biz/lan\\_til\\_bolig.html](http://www.boliglån.biz/lan_til_bolig.html)



# VEDLEGG

# VEDLEGG 1

## Intervjuguide

### 1. Innledning

- Hvilket år er du født?
- Hvor lenge har du bodd i bofellesskapet?
- Hvor bodde du før du kom hit?
- Hvor lenge bodde du der?

Introduksjon til tema:

1. Fortell meg om hvordan du opplever fellesmåltidene i bofellesskapet?
    - Benytter du deg av tilbudet og hva er årsaken til at du benytter deg/ikke benytter deg av tilbudet?
    - Hvordan mener tilbudet skulle vært?
  2. Fortell meg om hvordan du opplever beboermøtene i bofellesskapet?
    - Benytter du deg av tilbudet og hva er årsaken til at du benytter deg/ikke benytter deg av tilbudet?
    - Hvordan mener du tilbudet skulle vært?
  3. Kan du fortelle meg om hvordan du opplever aktivitetene som arrangeres av personalet i bofellesskapet?
    - Benytter du deg av tilbudet og hva er årsaken til at du benytter deg/ikke benytter deg av tilbudet?
    - Hvordan mener du tilbudet skulle vært?
  4. Er det ganger du får tilbud av personalet om hjelp til rengjøring i leilighet?
    - Kan du fortelle meg hvordan du opplever å få hjelp til rengjøring i leiligheten?
    - Benytter du deg av tilbudet og hva er årsaken til at du benytter deg/ikke benytter deg av tilbudet?
    - Hvordan mener du tilbudet skulle vært?
  5. Fortell meg om hvordan du opplever å ha kontaktperson i personalgruppen?
    - Opplever du at kontaktpersonene gjør noe annerledes, fra resten av personalet, i så fall hva?
    - Er det noen du mener kontaktpersonene kunne gjort annerledes?
  6. Kan du fortelle meg hvordan du opplever fellesskapet i bofellesskapet?
    - Hvordan opplever du å være sammen med personalet og andre medbeboere?
3. Har du til slutt noe du har lyst å tilføye før vi avslutter?

## VEDLEGG 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### ”Lavterskeltilbud- bofellesskap og brukernes medvirkning i daglige aktiviteter”

#### **Bakgrunn og hensikt**

Jeg henvender meg til deg som en mastergrads student ved Universitetet i Stavanger. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg gjennomføre en studie i bofellesskapet du bor i. Hensikten er å få kunnskap om beboernes opplevelser og ønsker om å medvirke i daglige aktivitetene i bofellesskapet.

#### **Metode, utvalg og tema**

Metoden som benyttes er individuelt intervju. Intervjuene vil bli utført i perioden januar 2011 – februar 2011 etter avtale med hver enkel beboer. Alle intervjuer vil bli tatt opp på lydfil.

For å delta i studien må du ha bodd i bofellesskapet i minimum en måned og ha samtykkekompetanse.

Temaet vil være dine opplevelser og ønsker om fellesmåltider, beboermøter, fritidsaktiviteter og rengjøring av leiligheten din. Spørsmål jeg er opptatt av i intervjuet er hvordan du synes det fungerer slik det er nå og hvordan du ønsker det skal være i framtiden.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil i stede ble benyttet en kode som knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste bare jeg vil ha tilgang til.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. All denne informasjonen inkludert lydfilen vil slettes når studien avsluttes i juni 2011.

#### **Etisk vurdering og personvern**

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning v/ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

#### **Frivillig deltakelse**

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Det er frivillig å delta i studien og alle som sier ja til å være med kan trekke seg når som helst om de ønsker det, uten å begrunne dette.

Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg:

Heidi Synnøve Hansen pr mobiltelefon 936 40 817.

Med vennlig hilsen

.....

Heidi Synnøve Hansen

Mastergradstudent

Med vennlig hilsen

.....

Kristin Humerfelt

Universitetslektor

## Vedlegg 3

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon og samtykker til å delta i studien

-----

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----

-----

(Signert av student, dato)



## UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Cand polit Kristin Humerfelt  
Universitetet i Stavanger  
4036 Stavanger

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk sør-øst D (REK sør-øst D)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93

Dato: 22.12.10  
Deres ref.:  
Vår ref.: 2010/3010-1

E-post: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)  
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

### 2010/3010-1 Et lavterskel bofelleskap- og brukernes medvirkning

Vi viser til søknad av 04.11.10 om godkjenning av det ovenfor nevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet i komiteens møte 02.12.10.

Prosjektleder er cand. polit. Kristin Humerfelt.

Forskningsansvarlig er Universitetet i Stavanger ved øverste administrative ledelse.

#### **Prosjekttema:**

*Målsetningen med prosjektet er å få innsikt i hvordan en gruppe beboere med rusproblemer og psykiske vansker opplever dagliglivet i bofellesskapet, for eksempel rutiner, fellesmåltider og beboermøter. Metoden er individuelle dybdeintervju der beboerne skal beskrive dagliglivet sitt. Åtte beboere skal inkluderes.*

#### **Vedtak:**

Etter søknaden fremstår ikke prosjektet som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt og faller derfor utenfor komiteens mandat, helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 10.

I prosjektet er det boform som står i fokus og dermed prosjektdeltakernes sosiale funksjon. Prosjektet kan imidlertid ikke sies å ha som målsetting å fremskaffe ny kunnskap om sykdom og helse slik det defineres i helseforskningsloven. Prosjektet vurderes derfor å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde.

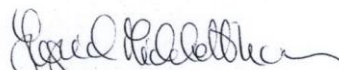
UNIVERSITETET I OSLO  
Det medisinske fakultet

Side 2 av 2

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. En eventuell klage sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)  
professor dr.med.  
leder

  
Ingrid Middelthon  
seniorrådgiver

Kopi:  
Universitetet i Stavanger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORGAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Kristin Humerfelt  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER



Harald Hårfagres gate  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 11  
Fax: +47-55 58 96 54  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 30.11.2010

Vår ref: 25513 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25513

Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

*Et lavterskel bofellesskap- og brukernes medvirkning  
Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder  
Kristin Humerfelt  
Heidi Synnøve Hansen*

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

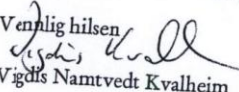
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

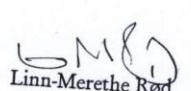
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Heidi Synnøve Hansen, Auglendsv 18, 4021 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [svrre.svava@svt.ntnu.no](mailto:svrre.svava@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmas@svt.uib.no](mailto:nsdmas@svt.uib.no)



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25513

Utvalget består av seks til åtte rusavhengige i et lavterskel bofellesskap. Data samles inn via personlig intervju.

Førstegangskontakt foretas av prosjektleder, som kjenner til utvalget via egen arbeidsplass/ eget nettverk. Det gis skriftlig og muntlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet som forelå 26.11.10 tilfredsstillende, forutsatt at setningen vedrørende innmelding til REK fjernes, jf. telefonsamtale med prosjektleder av 29.11.10.

Prosjektleder opplyser at samtlige i utvalget vil være samtykkekompetente.

Det behandles sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 pkt. 8 c.

Prosjektet skal avsluttes 30.6.2011 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f. eks. alder, kjønn, bosted) fjernes eller endres.

## VEDLEGG 6

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



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

Kristin Humerfelt  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 10.02.2011

Vår ref: 25513 LMR/ RH

Deres dato:

Deres ref:

### BEKREFTELSE PÅ ENDRINGER

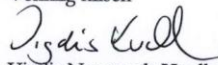
Vi viser til innsendt endringsmelding for prosjektet:

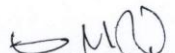
25513. *Et lavterskel bofellesskap - og brukernes medvirkning*

Vi har nå registrert at utvalget utvides til å omfatte 6-10 rusavhengige fra flere lavterskel bofellesskap. Vi har videre registrert at førstegangskontakt foretas via avdelingslederne, som formidler informasjon om studien. Informasjonsskrivet vedlagt endringsskjemaet finnes tilfredsstillende.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød, tlf: 55 58 89 11  
Kopi: Heidi Synnøve Hansen, Auglendsv 18, 4021 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no