



UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOROPPGAVE I SOSIALT ARBEID SA205S

04.06.2014

«Det største ønsket mitt var å være innlagt resten av mitt liv»

-En studie av overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt tilbud

Kandidatnummer: 223 og 209

Totalt antall sider: 53



INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| Forord | |
| Dikt om en overgang | |
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Tema..... | 1 |
| 1.2 Studiens relevans og formål..... | 1 |
| 1.3 Avklaring av begreper..... | 2 |
| 1.4 Problemstilling..... | 3 |
| 1.5 Avgrensing og presisering av problemstilling..... | 3 |
| 1.6 Oppgavens oppbygging videre..... | 4 |
| 2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER | 4 |
| 2.1 Psykiatriske institusjoner i spesialisthelsetjenesten..... | 5 |
| 2.1.1 Totale institusjoner..... | 6 |
| 2.1.2 Institusjonalisering..... | 6 |
| 2.1.3 Utskrivningsfasen..... | 7 |
| 2.2 Bofellesskap som terapeutisk arena..... | 8 |
| 2.3 Brukermedvirkning..... | 10 |
| 2.4 Salutogenese..... | 11 |
| 2.5 Selvskading..... | 11 |
| 2.6 Oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene..... | 12 |
| 3.0 METODE | 13 |
| 3.1 Kvalitativ metode for innsamling av data..... | 14 |
| 3.2 Intervju med semistrukturert intervjuguide..... | 15 |
| 3.2.1 Utforming av intervjuguide..... | 15 |
| 3.2.2 Utvalget..... | 16 |
| 3.2.3 Gjennomføring av intervjuet..... | 17 |
| 3.3 Lydopptak og personvern..... | 18 |
| 3.4 Etikk..... | 18 |
| 3.5 Analyse av datamaterialet..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 3.6 Reliabilitet og Validitet i et kvalitativt forskningsopplegg..... | 19 |
| 4.0 EMPIRI OG DRØFTING..... | 20 |
| 4.1 Faktorer som kan påvirke opplevelsen..... | 21 |
| 4.1.1 Forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt bofellesskap..... | 21 |
| 4.1.2 Opplevelser fra institusjonsopphold..... | 23 |
| 4.1.3 Institusjonalisering..... | 24 |
| 4.1.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten..... | 25 |
| 4.2 Opplevelser av overgangen..... | 26 |
| 4.2.1 Forberedelser..... | 26 |
| 4.2.2 Opplevelser av den første tiden..... | 27 |
| 4.2.3 Endringsprosess..... | 30 |
| 5.0 OPPSUMMERING AV FUNN OG AVSLUTNING..... | 32 |
| 5.1 Oppsummering av funn..... | 32 |
| 5.2 Avslutning..... | 34 |
| Dikt «tegn på at du har vært for lenge i psykiatrien»..... | 36 |
| LITTERATURHENVISNINGER..... | 37 |
| VEDLEGG 1..... | 40 |
| VEDLEGG 2..... | 42 |
| VEDLEGG 3..... | 44 |
| VEDLEGG 4..... | 46 |

FORORD

I løpet av denne prosessen har vi vært i kontakt med noen mennesker som har opplevd en overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud. Vi er veldig takknemlig for at vi fikk ta del i deres opplevelser og erfaringer, og fikk tillatelse til å dele historien deres videre. Uten disse informantene hadde vi nok ikke fått frem de helhetlige nyansene av en slik overgang.

Vi er også veldig takknemlig for alle tips og råd på veien fra vår kjære avdelingsleder i bofellesskapet vi har foretatt undersøkelsen i. Takk for at du stilte opp på intervju og har vært så positiv og engasjert gjennom prosessen.

Sist men ikke minst ønsker vi å takke veilederen vår ved Universitetet i Nordland: Hilde Berit Moen for grundig og god veiledning gjennom skriveprosessen, samt motivasjon og støtte til prosjektet vårt.

Lite uskyldig barn
Vokser plutselig og blir stor
Hun gjemmer sin redsel godt
Med mangel språk og ord

Hun prøver å fortelle
Sin historie og sin frykt
Men hun finner ingen som hører
Og ingen plasser føles trygt

Tårene renner aldri
Men huden gråter rødt
En fiende og en diktator
Blir inni henne født

Nå ser hele verden
At jenta har det tøft
De prøver å nå inn
Og gi jenta et lite løft

Men oppgaven var vrien
Mye tyngre enn forventet
Hun blir fratatt sin frihet
Og av psykiatrien innhentet

Her finner jenta trygghet
Men hun er fortsatt en gåte
Alt av tiltak som settes inn
Hjelper på ingen måte

Medisiner, tvang, låste dører
Gjør alt bare mye verre
Jenta blir avhengig av kontrollen
Og blir værende desverre

De kaster henne ut
Fordi hun er umulig å helbrede
Jentas indre fiende
Koker opp sin vrede

Nær å forlate verden
Er hun gang på gang
Igjen settes det inn
Begrensninger og tvang

Ingen forstår
At selvstendighet må læres
Før du har lært deg å gå
Er det jo klart at man må bæres

Så skjer det noe
Som gjør at ting snur
Hun flytter til noe eget
Og er ikke lenger et dyr i et bur

Da våkner håpet
Og jenta kjenner hun seirer
Heldigvis har hun støttespillere
Som er med henne og feirer

Ennå er veien lang
Bena blir av og til trøtte
Men hun er trygg på at hun har hjelp
Fra folk som vil støtte

*Skrevet av en som har opplevd en liknende
overgang fra spesialisthelsetjenesten*

1.0 INNLEDNING

Her kommer en redegjørelse for valg av tema, relevansen og formålet med denne studien. Videre kommer en begrepsavklaring, problemstilling og presisering av denne. Til slutt vil vi si noe om oppgavens oppbygning videre.

1.1 Tema

Temaet for studien vår er *overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud for mennesker med psykiske lidelser*.

Vi har begge hatt vår praksis i et bofellesskap innen psykisk helse og rus, og jobber nå innenfor dette. Vi erfarte at lengre opphold i institusjon gjør noe med mennesker, og så at hverdagslige gjøremål som en tar for gitt, kan være en utfordring for mennesker som har lengre tid i institusjon bak seg. Når vi så hvilke utfordringer som kunne oppstå i ettertid, begynte vi å tenke på hvordan en overgang fra institusjon oppleves. Dette er et tema vi har forsøkt å finne foreliggende forskning på i Norge, men har ikke lyktes med å finne noe presist rettet mot hvordan overganger oppleves. Dette bidro til at vår interesse for å studere dette økte. Forskningen er motivert av våre antagelser om at en slik overgang fører til utfordringer. Dette med tanke på at vi tror at det kan være store forskjeller i tilnæringsmåter og hvordan personer blir behandlet i spesialisthelsetjenesten kontra kommunale tilbud, og at lengre institusjonsopphold kan påvirke mennesker. Vi ønsker derfor å studere dette og bidra til innsikt og forståelse både for oss selv og andre.

1.2 Studiens relevans og formål

Norge har gjennomgått store forandringer når det kommer til psykisk helsearbeid. Institusjonsplasser har blitt reduserte, og det har blitt mer satsing på lokale tilbud (Garsjø 2010). Samhandlingsreformen trådte i kraft offisielt i januar 2012 med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og en ny lov om folkehelsearbeid. Samhandlingsreformen fører til at alle ledd i helsetjenesten skal jobbe bedre sammen, og det er en *plikt* at sykehusene og kommunene skal samarbeide (Regjeringen 2012). Innen rus og psykisk helse vil de økonomiske virkemidlene komme (tidligst) i 2015. Selv om samhandlingsreformen allerede er kommet godt i gang, gjenstår det mye omstillings- og utviklingsarbeid. Det skal være tilbud i kommunen for utskrivningsklare pasienter, noe som gjør at de som har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten skal få bedre oppfølging og hjelp når de blir utskrevet (Helse- og omsorgsdepartementet (s.a)). Slik vi ser det, aktualiseres temaet «*overgangen fra*

spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud» ved fremtidsplanene og den kommunale satsingen som ligger i samhandlingsreformen til regjeringen. Regjeringen formidler i St.meld. nr. 47 (2008-2009) at det er sentralt å sikre pasientene og brukerne trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten (Regjeringen 2012). Helsedirektoratet (2011) beskriver at mange pasienter opplever at tjenestene ikke henger godt nok sammen og at det ikke var god nok samhandling mellom kommunene og sykehusene *før* samhandlingsreformen. De beskriver videre at målet med samhandlingsreformen er å *«forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre»* (ibid). Det kan tenkes at opplevelsene av en overgang blir påvirket av hvordan samhandlingen mellom sykehusene og kommunen foregår. Vil samhandlingsreformen gå i riktig retning? Dette er ikke noe vi kan bidra til å besvare her, men å kunne bidra med kunnskap om hvordan en overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud oppleves, kan være ett skritt i riktig retning med tanke på å vise hvorfor samhandlingsreformen er så viktig.

1.3 Avklaring av begreper

Her kommer en avklaring av viktige begreper vi bruker i vår studie. For at det ikke skal bli noen misforståelser vil vi presisere at vi videre vil bruke «overgangen» når vi skriver om overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud.

Spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver at spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, rehabiliteringsinstitusjoner og institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (Regjeringen 2013). Spesialisthelsetjenesten er tjenester som gir spesialisert behandling, og kompetansen og ressursene til spesialisthelsetjenesten er spesialisert til den behandlingen som tilbys (Helsedirektoratet 2014). Når vi skriver spesialisthelsetjenesten i vår oppgave viser vi til psykiatrisk sykehus.

Institusjon

Når man hører ordet institusjon ser man kanskje for seg store, monumentale bygninger med gitter foran vinduer og gjerder rundt. Generelt har man kanskje lite kjennskap til hva en institusjon er (Garsjø 2010). Garsjø (2010) beskriver at begrepet institusjon kan være bestemte bygninger hvor bestemte handlinger foregår, og hvor mennesker oppholder seg for kortere eller lengre perioder. Slike institusjoner kan være formelt organisert og oppbygd, slik

som sykehus. I vår oppgave har vi benyttet begrepet «institusjon» om psykiatriske institusjoner.

Institusjonalisering

I sammenheng med institusjon hører man ofte begrepet institusjonalisering. Dette innebærer at det skjer en prosess hvor atferdsmønstre bringes inn i faste former (Garsjø 2010). Vi tenker at man blir påvirket av livet i institusjonen ved at man blir vant til de rammene som er der og hvordan man lever i institusjonen.

Brukere og brukermedvirkning

Brukere er personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenester, og ifølge regjeringen (2009) beskrives begrepet brukermedvirkning slik;

«Brukermedvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosessene og utforming av tjenestetilbudet» (Regjeringen 2009).

1.4 Problemstilling

En problemstilling er utgangspunktet for vitenskapelige undersøkelser. Med bakgrunn i vårt tema og hva vi er interessert i å finne ut at, blir problemstillingen vår:

«Hvordan oppleves overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud for mennesker med psykiske lidelser?»

1.5 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi vil undersøke hvordan overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt tilbud oppleves. Som sosialarbeidere synes vi det er viktig at vi har kunnskap om hvordan mennesker opplever eller erfarer sin virkelighet. Derfor ble det et hovedpunkt for oss i denne studien å frembringe innsikt i personer sine opplevelser og ikke bare presentere teori om hvordan en slik overgang foregår. Vi har valgt å snakke med personer som har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten over lengre tid, men nå er brukere av et kommunalt tilbud. Det kommunale tilbudet vi har avgrenset til er et bofellesskap innen psykisk helse og rus. Grunnen til at vi valgte dette kommunale tilbudet er at det er vår arbeidsplass, stedet hvor vi observerte at det kunne være utfordringer som fulgte etter man har vært innlagt i institusjon i

lengre tid. Utvalget vi har valgt har tilnærmet lik bakgrunn ved at de har eller har hatt selvskadingsproblematikk. På den måten kan vi studere faktorene ved en overgangsfase og deretter sammenlikne opplevelsene uten å ta i særlig betraktning hvordan den enkeltes problem/diagnose påvirker på opplevelsen. Slik kan resultatet bli noenlunde sammenliknbart. Ved å lese relevant teori på temaet og gjennom erfaring fra arbeidet vårt i bofellesskapet så vi noen faktorer som vi vil ha fokus på som kan bidra til forståelsen av opplevelsene av en overgang. Disse faktorene er; forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet, institusjonsoppholdet, institusjonalisering, og samarbeid mellom de ulike instansene.

1.6 Oppgavens oppbygning videre

Videre i kapittel 2 vil vi presentere teori og forskning som kan være relevant for å belyse problemstillingen. I kapittel 3 redegjør vi for metoder vi har benyttet for innsamling av empiri og strukturer rundt dette, samt hvordan vi har gått frem i undersøkelsesprosessen. I kapittel 4 presenterer vi empirien vi har samlet inn, og drøfting av dette opp mot teori og forskning. Avslutningsvis vil vi i kapittel 5 oppsummere funn fra analysen og vise viktigheten av å ha et tilbud om videre oppfølging etter institusjonsopphold i lys av resultater fra undersøkelsen.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVIER

Teori er hypotesepreget kunnskap som er vitenskapelig forsket på før, og ved å benytte teori kan vi få en dypere forståelse av empirien vi samler inn. Teori setter funn i en større sammenheng der vi kan få en bedre forståelse av hvorfor fenomener er slik de er, hvordan virkeligheten ser ut og konsekvenser av dette (Jacobsen 2011).

I dette kapittelet vil vi redegjøre for relevant teori og tidligere forskning på dette området. For å få en bedre forståelse av hvordan overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud oppleves skal vi redegjøre for kjennetegn ved psykiatriske institusjoner, særlig blir Goffman's (1967) teori om «totale institusjoner» sentral. Vi vil også trekke inn teori om hvordan lengre institusjonsopphold kan påvirke mennesker. For å forstå eventuelle utfordringer som kan medfølge en slik overgang vil vi beskrive utskrivningsfaser, og ambivalente faktorer i forhold til endringsprosesser. Informantene våre bor eller arbeider i et bofellesskap innen rus og psykisk helse, og det vil derfor være naturlig å presentere forskning på dette området. «Salutogenese» er en svært sentral tilnæringsmåte i slike bofellesskap med tanke på brukermedvirkning, som særlig vektlegges for å føle mestring og ansvar for eget liv og helse. Beskrivelser av selvskading gjøres rede for å få en mer helhetlig forståelse

av en endringsprosess hos informantene etter at de flyttet inn i det kommunale bofellesskapet. Fokus på oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene er avslutningsvis et aktuelt tema for å belyse hvordan fremtiden kan bli med tanke på samhandlingsreformen som er i utvikling innen psykisk helse og rus.

2.1. Psykiatriske institusjoner i spesialisthelsetjenesten

En institusjon er et sosialt system som har bestemte målsettinger og funksjoner. «Institusjon» kommer fra det engelske ordet «institute» som betyr ordening eller struktur. Begrepet «Institusjon» har ulike betydninger ut fra den sammenhengen det opptrer i. Det kan være alt fra familien som institusjon, til skole og helsevesenet (Garsjø 2010). I denne studien vil vi konsentrere oss om institusjoner i spesialisthelsetjenesten, også kalt helse- og omsorgsinstitusjoner. Institusjon er en organisasjon der flere mennesker samarbeider, hvor det oppstår ulike roller, oppgaver, struktur, normer og mål. En institusjonsbasert omsorg er en viktig del av samfunnet vårt i dag og er et aktuelt tema. Bertil Sundin (1972) definerer institusjoner på følgende måte:

«Sosiale systemer hvor et stort antall individer i samme situasjon og isolert fra resten av samfunnet for en viss tid lever sammen på en formelt innelukket, administrativ måte. Disse institusjonene er oppstått med et bestemt formål, fungerer etter en bestemt plan. En gruppe, personalet, forsøker å få i stand forandringer hos en annen gruppe, klientene.» (Sundin 1972 i Garsjø 2010: 32)

Et fellestrekk for helse- og omsorgsinstitusjoner er at de skal tilrettelegge for å gi brukere eller pasienter omsorg, rehabilitering, behandling og pleie. En institusjon kan være et slags «samfunn utenfor samfunnet» hvor en gruppe mennesker oppholder seg for korte eller lengre perioder av sitt liv (Garsjø 2010). Institusjonsopphold kan foregå både ved frivillig innleggelse og tvangsinnleggelse hvis det anses som nødvendig. Dersom en blir plassert på institusjon etter tvangsparagrafer er dette strengt lovregulert blant annet i «lov om spesialisthelsetjenester» og «lov om psykisk helsevern», og kan være aktuelt for enkelte mennesker som er en fare for sitt eget liv og helse, eller andres (Tjersland m.fl. 2010). Her kan vi trekke inn sinnelagsetikken, som beskriver at «det er tanken bak som teller», altså at en handling kan bare være god når intensjonen bak er god. Denne etikken kan brukes når tvangstiltak benyttes, slik som tilbakeholde mennesker i institusjon uten eget samtykke, nettopp fordi det kan være til beste for den som er innlagt. Noen må ut av konteksten de befinner seg i for å få et best mulig utbytte av en behandling, altså «skjermes» fra samfunnet i en periode (ibid).

2.1.1. Totale institusjoner

Et sentralt begrep innen institusjonssosiologi er det vi kaller «totale institusjoner».

Samfunnsforskeren Erving Goffman (1922-1982) er kjent for sine beskrivelser av totale institusjoner. Goffman definerer totale institusjoner slik;

«Et opholds- og arbeidssted, hvor et større antal ligestillende individer sammen fører en indelukket, formelt administrert tilværelse, afskåret fra samfundet udenfor i en længre periode» (Goffman 1967: 9)

I følge Goffman er totale institusjoner i stor grad lukket fra omverdenen og har ingen eller begrenset kontakt med denne. Det er et stabilt miljø der det utvikler seg normer og regler mellom beboere og personal, hvor brukeren/pasienten etterhvert utvikler mestringsstrategier. Det «totale» ved en institusjon kan symboliseres ved at det er en barriere mot sosialt samspill med omverdenen, for eksempel det å kunne gå ut når en vil. Det er videre ofte låste dører, institusjonen ligger avskjermet fra resten av samfunnet og det er strenge regler en må forholde seg til (Goffman 1967). Rutiner i totale institusjoner er nøye planlagt med faste klokkeslett, og aktiviteter som foregår kan bli påtvunget. I totale institusjoner blir man tatt ut av sin normale kontekst, og disse barrierene blir ofte nedbrutt ved at man lever innenfor institusjonens vegger en periode og må tilpasse seg etter institusjonens rutiner, ritualer og normer. Institusjoner er kjent for å ha mye makt og innflytelse over pasientene. Totale institusjoner er institusjonsrettet, ikke individrettet. Det vil si at selvet kan svekkes ved at det er lite rom for individualisme og det kan forekomme en «avpersonifisering» (Garsjø 2010). Goffman var opptatt av hvordan for eksempel personlige eiendeler virker inn på menneskers identitet og selvfølelse. I slike institusjoner er det ikke uvanlig at en får utdelt et «sterilt» rom, uten noen former for personlig preg der personlige eiendeler kan bli konfiskert (Goffman 1967). Det er heller ikke uvanlig at det er et skille mellom personal og pasienter og det kan forekomme «oss og dem» følelse, der det kan skapes en opplevelse av at personalet har makt og pasientene kan få en følelse av avmakt (Garsjø 2010). Pasientene har lite makt over eget liv innenfor institusjoners vegger og ofte mangler de krefter, viljestyrke og evner til å realisere sine verdier da de kan føle seg utslitt, avkreftet og syke (ibid).

2.1.2 Institusjonalisering

En konsekvens av lengre institusjonsopphold kan være «institusjonalisering». Det vil si at brukerne/pasientene tilpasser seg for godt, de blir altså avhengige av institusjonen for å

fungere. Dette kan også kalles en «avsosialisering» i et sosiologisk perspektiv (Garsjø 2010). Hvis pasientens opphold er langvarig kan det påvirke menneskets evne til å klare seg ute i samfunnet igjen. Det er ikke uvanlig at institusjonen tar det daglige ansvaret som mennesker ellers bør klare selv slik som for eksempel matlaging og vasking. Det kan forekomme at man tilpasser seg så mye til institusjonens rammer og struktur, at det blir vanskelig å opprettholde det livet man var vant til før institusjonsoppholdet eller det «nye livet» som venter etter lengre institusjonsopphold. I følge Goffman er det lite rom for å utfolde individuelle interesser innenfor institusjonens vegger. Han beskriver at når pasientene ankommer institusjonen, kommer de med et ytre adferd- og holdningsmønster, som gjør at en blir hindret fra å opprettholde sin tidligere livsstil under institusjonsoppholdet. Den «sivile personligheten» kan da bli vanskelig å finne tilbake til, og en ivaretar en «pasientrolle» videre (Goffman 1967). Goffman beskriver også det som han kaller krenkelser av personligheten. Dette kan skje ved at man plasseres i en helt annen kontekst enn hjemmemiljøet, endringer i rollemønstre som for eksempel lite handlingsfrihet, privilegier for når og om man kan få besøk eller dra ut og begrenset med fasiliteter (ibid).

Innleggelseskriteriene i §5 i lov om psykisk helsevern fratrukker i stor grad pasientens råderett over egen situasjon. Institusjonen legger føringene for pasientens livsførsel. Avhengighet, stigmatisering og objektivisering som følge av institusjonalisering, gjør ofte pasienter dømt til å leve livet sitt avhengig av andres omsorg og hjelp (Garsjø 2010).

2.1.3 Utskrivningsfasen

Totalt institusjoner pålegges ofte å gjøre en innsats for pasientens resosialisering (Goffman 1967). I følge Goffman hender det at pasienter/brukere glemmer en del av hvordan livet egentlig var. Etter lengre opphold går pasienten/brukeren ofte fra «toppen» av en lukket verden til bunnen av den store verden- samfunnet, og kan få vanskeligheter med å tilpasse seg. Mange får så kalt «utskrivningsangst». Goffman forklarer dette begrepet slik;

«At klienten ikke har lyst eller er for syk til at genantage den ansvarsbevidsthed, som institusjonen frigjorde ham for» (Goffman 1967: 59)

Goffman viser til noen utfordringer knyttet til lengre institusjonsopphold som kan medfølge i ettertid. Det kan være å søke jobb, finne seg en plass å bo og lære seg å leve. I en psykiatrisk institusjon er det vanlig med rutiner for tilsyn, slik at det skaper en trygghet for pasienten. Slik vil den som er innlagt bli sett om det skulle være noe og få den støtte og oppfølging

vedkommende har behov for. Når pasienten blir utskrevet og skal klare seg selv, kan det komme en angst for å bli syk igjen, en kan få vanskelig med å søke hjelp eller bli «fanget opp». Ifølge Goffman (1967) blir det ofte nye innleggelser i ettertid.

Pasienter/brukere kan også oppleve frykten for endring. Det er mange som velger å leve med måter å håndtere irrasjonelle utfordringer på, i stedet for å hente motivasjon til å bli kvitt problemet. Irrasjonelle handlinger defineres som handlinger andre kan synes er ufornuftige eller avviker fra normer. Det kan for eksempel være selvskadning, som kan være en måte å mestre vanskelige situasjoner på. Dette vil vi komme nærmere inn på senere. Det tar både tid og krefter å skulle endre seg, og mennesker kan dessuten ha positive opplevelser med disse handlingene (Tjersland m.fl. 2010). De beskriver videre at når institusjonsopphold tar slutt, dersom det har fungert rimelig godt, har den som har vært innlagt utviklet bedre strategier for å mestre seg selv og hverdagen. Målet med institusjonsopphold skal være at institusjonen putter «verktøy» i verktøyskisten til pasienten, som pasienten senere skal hente fram for å mestre hverdagen. Men ofte er ikke dette nok. Til tross for at en skal ha utviklet slike «strategier» beskriver Tjersland m.fl. (2010) at det er mange som får reaksjoner på det nye og ukjente, og anser institusjonen som det kjente og trygge, dermed kan tanken om å klare seg selv virke skremmende. Endringsprosesser dreier seg ofte om å komme seg tre skritt frem og deretter to tilbake, og kan bli vanskelig når institusjonsoppholdet er over. På grunnlag av dette må det ifølge Tjersland m.fl. (2010) tas utgangspunkt i pasientens individuelle behov med mulighet for oppfølging i overgangsfasen. Noen velger å kalle dette for «ettervern». Ved å flytte i et bofellesskap vil beboeren få støtte til å takle reaksjoner og til å mestre å bo, der et håp om et bedre liv ligger til grunn. Et bedre liv krever at overgangen er med å legger planer for egen fremtid (Tjersland m.fl. 2010).

2.2 Bofellesskap som terapeutisk arena

Behandlingstilbudene til mennesker med psykiske lidelser har de siste årene gjennomgått store endringer. Det er blitt mer fokus på lokalbaserte behandlingstilbud i kommunene foran institusjonens tidligere rolle (Almvik og Borge 2006). Målet med mer lokalbaserte behandlingstilbud er å forbedre behandling ved å fokusere på integrering og inkludering i samfunnet, fremme normalisering, øke autonomien og makten til mennesker med psykiske lidelser (ibid).

Det å kunne bo for seg selv og være selvstendig er ingen selvfølge. Det finnes i dag mange mennesker som ikke greier å bo i egen bolig. Når en har bodd store deler av sitt liv på

institusjon, kan det bli vanskelig å klare seg alene i egen bolig etter oppholdet. Mange av ferdighetene for å kunne klare seg selv kan bli svekket (Lemvik 2006). Dette kan være ADL ferdigheter (Activities of Daily Life) som kan ha blitt redusert under lange institusjonsopphold, noe som kan bygges opp igjen eller lære ved å bo i bofellesskap (Fossbråten (s.a)). Eksempler på ferdigheter kan være; selvstendighet i egen bolig ved å styre egen økonomi, holde orden rundt seg, lage mat, hygiene og så videre. Det anses som en menneskerett å ha et sted å bo, og alternativene til bolig for mennesker med psykiske lidelser har historisk vært langvarige institusjonsopphold der en i stor grad har vært skjermet fra omverdenen (Almvik og Borge 2006). Almvik og Borge (2006) henviser til st. meld. nr. 47 (1989-1990) som beskriver at alle mennesker har krav på et hjem der de kan ha et privat territorium og være seg selv uavhengig av behov for hjelp eller grad av funksjonshemming. For noen tiår tilbake begynte innskrenkingen av institusjonsplasser i psykiatrien, og nye boformer ble etablert. Av ulike grunner har mennesker med psykiske lidelser ofte behov for bolig med oppfølging, enten det er av eget ønske eller en tvungen tilstedeværelse i en bolig uten tradisjonell opprinnelse. Audun Ådland og Kjersti Alsaker (1998) har forsket på bofellesskap som terapeutisk arena der de har foretatt kvalitative intervju med beboere i bofellesskap. Resultatene av undersøkelsen får frem viktigheten av å ha en plass og bo som en kan kalle for «sitt», et eget territorium som er trygt og godt med mulighet for fellesskap og mestring (Almvik og Borge 2006). Bofellesskap defineres ifølge Ådland og Alsaker slik;

«...en boenhet som består av flere separerte leiligheter som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn, og som regel inneholder visse fellesrom ...»
(Ådland og Alsaker 1998: 72, i Almvik og Borge 2006)

Goffman beskriver i sin forståelse av «krenkelseprosesser» at identiteten trues av et liv i institusjon (Goffman 1967). Ådland og Alsaker (1998) får frem at å bo i bofellesskap kan virke identitetsstyrkende. Opprettelsen av slike boformer kom først på 1960 tallet som ettervernstiltak for at mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk skulle kunne fungere utenfor institusjon. Brukere med psykiske problemer har ofte et mindre nettverk rundt seg av venner og familie der de som inngår i et nettverk ofte vil «bli brukt opp» eller at en ikke ønsker å involvere de nærmeste i ulike krisesituasjoner. En konsekvens av dette kan bli institusjonsinnleggelse der «svingdørspasient» problematikken er sentral (Almvik og Borge 2006).

Mange vil ikke klare seg på det ordinære boligmarkedet med tanke på lite selvstendighet og manglende oppfølging (Almvik og Borge 2006). Ved å bo i et bofellesskap der det er et stabilt personale tilgjengelig rundt seg som kan bidra til råd og veiledning vil det kunne skape trygghet. Det å bo sammen med andre kan være sosialt og meningsfullt, og vil til en viss grad kunne forebygge ensomhet og isolering. Å være i fellesskap med andre kan oppleves som betydningsfullt, og bidra til å skape gode relasjoner og endringsprosesser (Bøe og Thomassen 2007). En tanke bak bofellesskaper er å danne arenaer som kan skape tilknytning, trygghet, og forhindre ensomhet. Dette er ifølge undersøkelsen til Ådland og Alsaker (1998) viktige faktorer for å føle økt grad av livskvalitet (Almvik og Borge 2006). Å finne vei tilbake til meningsfulle aktiviteter kan være en utfordring, og tilfredsstillende samfunnets «krav» om deltagelse. Det er viktig å få frem at vi lever i et samfunn med plass for alle og at det går an å leve meningsfulle og verdifulle liv uten å bli regnet som en «avviker». Ved at beboere og personal deltar sammen på aktiviteter som blant annet; turer, sport, kortspill, og matlaging vil kunne styrke samhørigheten i fellesskapet og fremme en mestringsfølelse (ibid).

2.3 Brukermedvirkning

Tankegangen bak brukermedvirkning er likeverd, at brukeren er et menneske med egne meninger, tanker og følelser og har rett til å medvirke i eget liv (Almvik og Borge 2006). Ut fra lov om pasient og brukerrettigheter § 3-1, er brukermedvirkning lovfestet og tar utgangspunkt i at en pasient/bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningen skal tilpasses den enkelte, en skal få frem brukersynspunkt og gi god informasjon. Brukere har rett til innflytelse på individnivå på forhold som angår dem, slik som beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (pasient- og brukerrettighetsloven (2014)).

Begrepet «*Autonomi*» kan trekkes inn under brukermedvirkning. Autonomi er av gresk opprinnelse og betyr «å styre selv». Filosofen Immanuel Kant (1724-1804) har preget tanken om at mennesket er «autonome» (Almvik og Borge 2006). Autonomi i dagens lys kan forstås som å betrakte individet som en moralsk myndig person, og i et brukermedvirkningsperspektiv kan det beskrives som at brukeren har krav på respekt for sin autonomi. I arbeid med mennesker med psykiske lidelser er det viktig å fremme menneskets autonomi. Psykiske lidelser påvirker ikke sjelden selvbildet og evnen til initiativ. Følelsen av avmakt, å være liten og sårbar kan oppstå i møte med tjenesteapparatet, og det kan være vanskelig å mobilisere krefter når en mangler overskudd og selvtillit (ibid). Almvik og Borge (2006) beskriver å være autonom slik;

«Å være en moralsk myndig person innebærer å ta egne valg, og at man selv kan ta ansvar for eget liv og eget beste- forutsatt at man vet hva som er godt eller dårlig, nyttig eller skadelig for en selv (Almvik og Borge 2006: 42).

«*Empowerment*» er et beslektet begrep å benytte. Empowerment betyr «mobilisering av krefter» og legger vekt på å øke makten til den enkelte, slik at en kan forebygge eller endre forhold som forårsaker problemer (Hutchinson 2009). Empowermentstenkning handler om å tro på at endring er mulig, finne frem ressurser hos mennesker og se muligheter på en måte som gjør at den enkelte får medbestemmelse. Ved å føle at en mestrer hverdagen så godt som mulig vil selvtilliten også øke, og på denne måten vil det kunne gi økt deltagelse på flere områder både på individnivå, gruppenivå og samfunnsnivå (Almvik og Borge 2006). Schoefield (1998) har forsket på «empowerment education» for mennesker med psykiske helseproblemer i et kommunalt bokollektiv, som har gitt positive resultater. I denne undersøkelsen fikk deltagerne mulighet til å øke sin bevissthet på faktorer som påvirket deres helse og deretter foreta handlinger som gjorde at deltakerne opplevde grad av kontroll over eget liv. Resultatene av denne undersøkelsen viste at deltakerne følte økt ansvar og la spesielt vekt på viktigheten av et miljø som bidrar til forandring, selvbestemmelse og støtte (Almvik og Borge 2006).

2.4 Salutogenese

Sosiologen Aron Antonovsky mener at helsetjenestene er for sykdomsorienterte og har for mye fokus på diagnoser og medisiner foran mennesket som helhet (Almvik og Borge 2006). Han utviklet teorien om «salutogenese» som er «læren om det som gir god helse». Salutogenese er en motsetning av begrepet «patogenese» som vektlegger faktorer som skaper sykdom, der en skiller mellom å være frisk eller å være syk. I salutogenetisk terapi søker en etter faktorer som fremmer god helse ved å ta utgangspunkt i mestringspotensialer. Salutogenese fokuserer mer på personens historie, ressurser og potensialer enn diagnoser, og bygger på ulike mestringsstrategier som kan fremme mestring i krevende situasjoner (ibid).

2.5 Selvskading

I det kommunale bofellesskapet vi har foretatt undersøkelsen i, har noen av beboerne sammen med personal utarbeidet en forståelse av hva selvskading er, og en prosedyre for hvordan en skal forholde seg til dette. Vi har valgt å ta utgangspunkt i det som kommer frem i denne prosedyren, og se det i lys av relevant teori.

Selvskading, eller «villet egenskade» er enhver handling som innebærer at en person påfører seg selv smerte ved å skade sin egen kropp. Dette kan skje ved for eksempel kutting, risping, brenning, intox og liknende, uten hensikt å ta sitt eget liv (prosedyre bofellesskap). De som skader seg selv har ikke sjelden opplevd vanskelige situasjoner i livet sitt slik som; omsorgssvikt, overgrep, mobbing, tap av nære personer og liknende (ibid). Når følelser blir vanskelige, søker vi redskaper for å håndtere dem. For å mestre den indre smerten og uroen som kan oppstå, er det noen som «flytter» denne indre smerten ved for eksempel å kutte seg, for å få en endring i den affektive tilstanden, mens andre velger å ta seg en lang joggetur for å få indre ro. Sofia Åkerman har skrevet en bok om personlige erfaringer med selvskading, hun beskriver også at denne roen kan oppleves på samme måte etter selvskading (Åkerman 2010). I boken «for å overleve» forklarer Åkerman at;

«Selvskadere risikerer å utvikle en fysisk og psykisk avhengighet av endorfiner, på samme måte som man blir avhengig av narkotika. Det skjer en toleranseutvikling, og derfor må man skade seg mer for å få samme positive effekt» (Åkerman 2010: 32).

Finn Skårderud har forsket mye på selvskadende atferd, og vektlegger tre psykodynamiske funksjoner bak handlingene: *den første* er å gjøre avmakt til makt, *den andre* er å konkretisere en synlig representasjon av en indre tilstand og *den tredje* er egenomsorg i form av smertereduksjon og økt meningsfylde (Moe og Ribe 2007).

Å komme seg ut av selvskadings-problematikk; Åkerman sammenligner selvskading med de paradoksale tankene hos en som for eksempel skal slutte å røyke. En er klar over konsekvensene av å røyke, men samtidig føles det godt og trygt og det vil være anstrengende å slutte (Åkerman 2010). Åkerman fremhever at lengre institusjonsopphold ikke vil hjelpe mennesker med selvskadende atferd, at en ikke kan beskyttes fra seg selv, men at en viktig faktor for å få det bedre er å få ansvar for eget liv og helse. Målet vil da på sikt være å lære seg å takle vanskelige situasjoner på annen måte enn destruktiv atferd (ibid).

2.6 Oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene

For noen år tilbake ble mennesker med psykiske lidelser henvist til spesialisthelsetjeneste kompetanse, mens nå har det blitt mer satset på å flytte kompetansen til mer lokale tjenester der det trengs. Dette kan kalles et «paradigmeskifte» som fører til endrede roller. Sykehusene skal være tilgjengelige når pasienter er i akutte faser, og kommunale tjenester samt distrikts-

psykiatriske sentre i nærmiljøet har ansvar for å gi et ellers helhetlig tilbud og oppfølging (Lemvik 2006). Mennesker med lange opphold bak seg i psykiatrisk institusjon har ikke sjelden behov for oppfølging både fra førstelinjetjeneste (kommunale tilbud) og andrelinjetjeneste (spesialisthelsetjenesten), og et samarbeid dem imellom vil kunne være gunstig (ibid).

Regjeringen vektlegger i St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* at mennesker med psykiske lidelser skal få leve et så normalt liv som mulig der målet er økt livskvalitet og velferd. Målet ved tjenestetilbud for mennesker med psykiske lidelser er å fremme god helse ved; selvstendighet, uavhengighet og evne til å mestre eget liv (Almvik og Borge 2006).

Almvik og Borge (2006) henviser dessuten også til at opplevelse av mening, et støtteapparat som fungerer, styring av eget liv og motivasjon er viktige faktorer som fører til mestring. Det har skjedd store endringer innen psykisk helsevern de siste årene. Denne utviklingen har ført til mer åpen omsorg foran total omsorg, normalisering og medbestemmelse foran isolering og skam, og mer respekt for menneskeverd (Hippe m.fl. 2000). Hippe m.fl. (2000) henviser også til St. meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* der det fremgår en perspektivendring med fokus på viktigheten av å fremme god helse. I denne stortingsmeldingen inngår det en «Opptappingsplan» som vektlegger det å fremme et helhetlig menneskesyn hvor fokuset skal flyttes fra diagnoser til psykososiale funksjoner og mestring samt at mennesker med psykiske lidelser skal få den hjelpen de trenger i lokalmiljøet (ibid). I følge Opptappingsplanen har det blitt innført en ny måte å tenke på i forhold til hvordan dagens samfunn skal møte behovene til alle mennesker, herunder også oppfølgingen av mennesker med psykiske lidelser (Lemvik 2006). Bøe og Thomassen (2007) beskriver begrepet «lokalbasert psykisk helsearbeid slik;

«...begrepet «lokalbasert psykisk helsearbeid» er godt dekkende for konseptet som ligger til grunn i Opptappingsplanen. Begrepet indikerer at løsningene så langt det er mulig skal finnes i brukerens eget lokalmiljø, og at lokalmiljøets egne ressurser mobiliseres i et samarbeid med aktuelle spesialiserte tjenester. Det vil oftere enn før kunne handle om at spesialistene med aktuelle spesialiserte tjenester. Det vil oftere enn før kunne handle om at spesialistene beveger seg ut av sine kontorer og korridorer for å møte brukere og familier der de bor og for å møte kommunalt ansatt personell for å styrke kompetansen lokalt...» (Bøe og Thomassen 2007: 221)

3.0 METODE

Vi har i innledningen redegjort for noen antagelser om at en overgang med sannsynlighet kan erfares utfordrende, men vi vet ikke hvordan en overgang oppleves. Undersøkelser er basert

på at man har noen spørsmål man er usikre på og vil finne frem til sikrere svar på. Man setter i gang spekulasjoner og antagelser om hvordan ting er (Jacobsen 2011). Gjennom å undersøke hvordan det virkelig er, kan man få svar og bekreftet eller avkreftet antagelser (ibid). En måte å få kunnskap på er å gjennomføre en empirisk undersøkelse. En empirisk undersøkelse er en undersøkelse av hvordan forholdene faktisk er (Jacobsen 2011). En slik undersøkelse har som formål å fremskaffe kunnskap, der det finnes 3 hovedtyper hensikter med hva slags kunnskap undersøkelsen sikter mot; beskrivelse, forklaring og prediksjon. Selv om det er 3 hovedtyper, finnes det i de fleste undersøkelser litt av hver hensikt (ibid). Vi ønsker i hovedsak å beskrive. Beskrivelse innebærer at man gjennom en undersøkelse ønsker å belyse hvordan et fenomen ser ut (Jacobsen 2011). Vi ønsker å få kunnskap om hvordan overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud oppleves, beskrive de opplevelsene og erfaringene personene har. Men vi ønsker også å kunne forklare, og tenker at dette følger naturlig av vår problemstilling. Forklaringen er å gi svar på årsakene til at noe spesielt skjedde (ibid). Vi vil prøve å se hvorfor opplevelsene er som de er. Dette kan vi gjøre ved å se på faktorer som kan være med å påvirke opplevelsen av en overgang. Prediksjon er et litt mer usikkert område for oss å si noe om. Vil det bli noe forskjell etter samhandlingsreformen har trått i kraft for fullt innen rus og psykiatri? Dette er noe som vår undersøkelse kan bidra til å reise nye spørsmål som kan føre til videre forskning.

Ved å ha et intensivt opplegg der vi går i dybden på det vi skal undersøke, og har få undersøkelsesenheter å konsentrere oss om, vil vi kunne få frem de nyansene som finnes og dermed få et detaljert bilde av hvordan overgangen oppleves. Det mest ideelle hadde vært å både kunne gå i dybden og bredden, og ha med mange informanter med i undersøkelsen. Vi har ikke hatt anledning eller ressurser til å gjennomføre et slikt opplegg, dermed stod valget mellom å gå i dybden ved et intensivt opplegg eller i bredden ved et ekstensivt opplegg. Et intensivt undersøkelsesopplegg passer til vår undersøkelse, siden vi vil ha fokus på den enkeltes forståelse og fortolkning av et fenomen, de variasjonene som finnes og samtidig vil vi se på de likhetene som er (Jacobsen 2011).

3.1 Kvalitativ metode for innsamling av data

Ved å ha et intensivt undersøkelsesopplegg var det essensielt for oss å samle inn kvalitative data, derfor valgte vi en kvalitativ metode for innsamling av informasjon til vår undersøkelse. Dette er en av to hovedtyper av metoder som blir brukt i samfunnsvitenskapelig forskning, der den andre tilnærmingen er kvantitativ metode. Kvalitativ og kvantitativ metode er ulike fremgangsmåter for å samle inn empiri. De lar seg kombinere, men det er mest vanlig å velge

en av disse to. Hovedforskjellen på disse er hvilken form for informasjon man samler inn, der den kvalitative samler inn data basert på ord mens kvantitativ oftest samler data basert på tall hvor man finner mer ut om omfang og hyppighet ved et stort utvalg (Jacobsen 2011). Hvilken metode som er mest hensiktsmessig å bruke til sitt forskningsprosjekt avhenger av den problemstillingen man har som skal belyses. Problemstillinger som peker mot en kvalitativ metode begynner ofte med «hvordan», slik vår gjør. Her er formålet å beskrive (Ringdal 2013). Dataene som samles inn i den kvalitative metoden overføres til tekstlige beskrivelser som gir mening. For å få tak i hvordan mennesker tolker sin virkelighet og hvordan de opplever sin hverdag må man la de snakke med sine egne ord, noe som blir vanskelig å få tak i hvis man bruker en kvantitativ tilnærming som i hovedsak bruker spørreskjema som innsamlingsmetode (Jacobsen 2011). Vi ville ha en tilnærming som var mest mulig åpen, da vi ikke vet noe om hvordan en overgang oppleves. En kvalitativ tilnærming passer når man vil være åpne for uventede hendelser, og vet lite om temaet (ibid). Vi vet en del om blant annet institusjonalisering og hva det kan gjøre med mennesker, noe som vi ser på som en faktor for hvordan en overgang oppleves, men vi vil være åpen for det informantene har å fortelle om hvordan de opplever sin virkelighet. I kvalitativ metode finner man frem til data i hovedsak ved blant annet intervju, observasjon og dokumentstudier (Jacobsen 2011). Vi har valgt å bruke intervju for å samle inn vår primærdata.

3.2 Intervju med semistrukturert intervjuguide

Intervju er vår hovedmetode for å samle inn den empirien vi trenger for å belyse problemstillingen, og vi har gjennomført individuelle intervju med en semistrukturert intervjuguide. En semistrukturert intervjuguide vil være et hjelpemiddel for å få samtalen fokusert på sentrale temaer studien skal belyse (Dalen 2008). Den informasjonen vi har fått ved disse intervjuene er våre primærdata. Vi oppsøker kilden direkte for å få den informasjonen vi trenger, da disse dataene ikke er samlet inn tidligere. Når en bruker intervju har man muligheter til å få beskrivende informasjon om hvordan mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon og få innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser (ibid). Vi tenker at denne metoden gir mulighet til å virkelig sette seg inn i opplevelsene til vårt utvalg og til å fordype oss videre i temaer som kommer frem.

3.2.1 Utforming av intervjuguide

I den semistrukturerte intervjuguiden valgte vi å dele inn i ulike tema med åpne spørsmål. Med utgangspunkt i dette kunne informantene fortelle fritt om sine opplevelser og erfaringer.

Under hvert tema hadde vi oppfølgingsspørsmål som vi stilte dersom informanten ikke sa noe om dette innledningsvis. For å få grundig informasjon var det viktig for oss å få kjennskap til hvilke områder som var betydningsfulle å dekke under intervjuet. Særlig følte vi dette var sentralt når vi skulle intervju personer som skulle gi oss innsikt i de opplevelsene de hadde fra overgangen, for å på best mulig måte kunne belyse temaet. Dette gjorde vi ved å lese om blant annet; institusjonalisering, aktuell teori rundt kommunale tilbud og spesialisthelsetjeneste, og perspektiver på selvskading. Med dette, i tillegg til våre erfaringer fra vår jobb i bofellesskapet som har gitt oss litt innsikt i fenomenet vi undersøker i bunnen, så vi noen faktorer vi ville se mer på og få svar på. Dermed ble disse temaer i vår intervjuguide til beboerne. Dette var faktorer som omhandlet forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt tilbud, institusjonalisering, opplevelser av institusjonsopphold og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Vi hadde to ulike intervjuguides, en til den ansatte og en til beboerne (Se vedlegg 2 og 4).

Det som kan være negativt når man benytter intervjuguide, er at det kan forekomme at en stiller ledende spørsmål uten at en er klar over det selv (Dalen 2008). Da kan informantene ha svart på spørsmålene slik de tror vi forventer de skal svare. Der tror vi det har vært en fordel at vi har kjennskap til utvalget vi har med i denne undersøkelsen, og i større grad kunne vurdere om de svarte oppriktig.

3.2.2 Utvalget

Før vi skulle velge informanter, startet vi med å få et møte med avdelingslederen i bofellesskapet vi har avgrenset studien til. Avdelingslederen var veldig positiv til vår undersøkelse og ga oss tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen der. Hun bidro også med å finne informanter hun mente kunne belyse vår problemstilling. Deretter spurte vi de informantene vi ønsket å intervju, om de kunne tenke seg til å delta i undersøkelsen. Alle var positive til å delta, og fikk utlevert et skriv med informasjon om hva intervjuet ville omhandle, hvor de skulle signere og samtykke til at vi kunne intervju dem (Se vedlegg 1 og 3).

Vi gjorde et strategisk utvalg av våre informanter. Ved et strategisk utvalg velger man ut informanter som man tenker egner seg best til å belyse problemstillingen, og dette gjorde vi ved å ha enkelte kriterier for de utvalgte. Disse kriteriene var at det skulle være en person som kunne belyse enkelte faktorer vi ville fokusere på ut i fra yrkeserfaring, og jobber innenfor det kommunale bofellesskapet vi avgrenset til. Videre skulle personen ha kjennskap til arbeidsmetoder og tilnæringsmåter i spesialisthelsetjenesten, og være en som har fulgt

mennesker i en overgang. Personen skulle ha kjennskap til hvordan en overgang fungerer og hva som hadde blitt gjort de forskjellige tilfellene. Kriteriene vi hadde for utvalget som skulle belyse hvordan en overgang oppleves var at de hadde vært innlagt i spesialisthelsetjenesten i lengre tid, at de nå mottar et kommunalt tilbud ved at de bor i det kommunale bofellesskapet vi avgrenset til. Videre ønsket vi et utvalg med tilnærmet lik bakgrunnproblematikk, der selvsykdom er en fellesnevner. Med dette ble informantene for undersøkelsen avdelingslederen i det kommunale bofellesskapet, som har tidligere yrkeserfaring fra spesialisthelsetjenesten, og tre beboere i det kommunale bofellesskapet.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuet

Vi valgte å gjennomføre individuelle intervju. Dette passet best siden det var særlige personlige intervju for beboerne, med tanke på at de skulle fortelle om en del av sin livshistorie. Vi avtalte å gjennomføre intervjuet i bofellesskapet, og de fikk velge selv hvor de syntes det var mest komfortabelt å være, inne i leiligheten eller i en fellesstue hvor vi også kunne sitte privat. Det at de fikk bestemme hvor det var best å være, og at vi utførte intervjuet i bofellesskapet mener vi var med på å gi mest mulig trygg ramme rundt intervjuene. Siden vi allerede hadde en relasjon til informantene kom vi lett i småprat i starten, og vi følte dette bidro til en lett stemning under intervjuet. Vi begynte intervjuet med å fortelle om temaet og hensikten, om vår taushetsplikt, at de ikke ville bli gjenkjent i oppgaven, og vi presiserte at alt som kom frem ville bli behandlet konfidensielt. Vi spurte om vi kunne benytte oss av lydopptak under intervjuet, og samtlige syntes dette var greit. Vi ønsket å ta intervjuet på lydopptak for å få en jevn dialog samtidig som vi ville unngå en forstyrrende faktor ved at vi måtte ta notater. Dette gjorde at vi kunne konsentrere oss om intervjuet, og få med alt det de formidlet for å få en så god og korrekt informasjon som mulig. Informantene fikk utfyllende informasjon om hvordan vi skulle behandle lydopptaket, og vi merket ikke at noen av informantene syntes det var ubehagelig at vi tok intervjuet opp på lydopptak.

Det første intervjuet vi gjennomførte var med den ansatte. Her fikk vi utfyllende informasjon om blant annet arbeidet i det kommunale bofellesskapet, og fikk inspirasjon til temaer som vi videre kunne spørre beboerne om. Deretter intervjuet vi beboerne. Etter første intervju med en av beboerne så vi at vi hadde en anvendelig intervjuguide, da de spørsmålene og temaene vi hadde tatt med gjorde at vi fikk svar på det vi lurte på. På bakgrunn av dette forandret vi ikke intervjuguiden til neste informant. Mot slutten av intervjuet spurte vi om de følte det var noe mer de ville si om sin opplevelse. Samtlige følte de hadde fått sagt det de ville, og at vi hadde

fått dekket alle områdene. Vi avsluttet intervjuene med å spørre om det var noen spørsmål som vi ikke burde ha stilt, noe som var ukomfortabelt å svare på eller som vi ikke skal ta med i oppgaven. Dette svarte alle våre informanter nei på.

3.3 Lydopptak og personvern

På bakgrunn av at vi ønsket å benytte oss av lydopptak under intervjuene, sjekket vi med NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) om vi måtte melde undersøkelsen inn for å få tillatelse til gjennomføring. I tillegg rådførte vi oss med bacheloransvarlig på vår skole. På NSD står det;

«Dersom du utelukkende skal registrere anonyme opplysninger er prosjektet ikke meldepliktig. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte, indirekte, eller via koblingnøkkel» (norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2012)

Videre står det at det er hvordan en behandler datamaterialet man har fra en startet prosjektet til det avsluttes som avgjør om man må melde det inn eller ikke. Vi transkriberte intervjuet med en gang etter intervjuet var avsluttet og slettet lydopptaket umiddelbart etter dette. I transkriberingen tok vi ikke med noe som var identifiserbart slik som navn, bosted, eller noe andre bakgrunnsopplysninger som kunne identifisere personen. Med dette, i samråd med bacheloransvarlig, trengte vi ikke å melde denne undersøkelsen til NSD.

3.4 Etikk

Når man foretar undersøkelser som omhandler menneskers livserfaringer hvor en får innblikk i deres private liv, er det viktig at vi drøfter etikken i forkant da det stilles krav til at forskningen skal reguleres av etiske retningslinjer. De forskningsetiske retningslinjene er utformet av NESH (Den nasjonale forskningskomité for samfunnsvitenskap, jus og humaniora) og det stilles krav til blant annet samtykke, informasjon, konfidensialitet og hensyn til svakstilte grupper (Dalen 2008).

Våre informanter fikk informasjon om undersøkelsen før de deltok i intervjuet. Dette fikk de gjennom et informasjonsskriv med samtykkeerklæring som de skulle underskrive. Her ble de informert om tema og hensikten med undersøkelsen og at det var frivillig å delta (Se vedlegg 1 og 3). Alle informantene skrev under på at de samtykket til å være med i studien, og de fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke tilbake sitt samtykke, uten at det fikk noen negative konsekvenser for dem. Det at det ikke ville bli noen negative konsekvenser mener vi

var spesielt viktig å presisere, da vi arbeider der vi har utvalget vårt. Det ville ikke gå ut over noe dersom de ønsket å trekke seg, og vi føler oss trygge på at de var klar over dette.

Kravet om konfidensialitet har vi gjort rede for i 3.3 «*lydopptak og personvern*».

Vi tenkte mye på om det ville være etisk riktig å intervjuere personer som har vært lenge innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette kan være sårbare grupper, og det å fortelle om opplevelser i livet sitt kan være belastende. De vi valgte å intervjuere er imidlertid åpne om sin situasjon, noen har pratet om sine opplevelser i store forsamlinger, og ønsker å formidle sine historier til samfunnet. Vi tenker at denne forskningen kan bidra til å belyse hvordan overgangen til kommunale tilbud kan oppleves for enkelte som har vært innlagt i spesialisthelsetjeneste institusjon over lengre tid. På bakgrunn av dette vurderte vi at det ville være etisk forsvarlig å intervjuere disse personene.

3.5 Analyse av datamaterialet

Før analysen transkriberte vi intervjuene ordrett. Deretter systematiserte vi opp dataene i ulike kategorier. I disse kategoriene beskriver vi faktorer som kan være med å belyse hvordan en overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt tilbud oppleves, og temaer som omhandlet opplevelsen av overgangen. Vi kom frem til disse faktorene ved å lese relevant teori og tidligere forskning, samt det vi har observert gjennom jobben vår i bofellesskapet.

Faktorer vi tar for oss er; forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt bofellesskap, opplevelse fra institusjonsoppholdet, institusjonalisering og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tilbud for å få et innblikk i de prosessene informantene gjennomgår fra det ene tilbudet til det andre.

Temaer som omhandler opplevelsen av overgangen er; forberedelse til flytting inn i bofellesskapet, og den første tiden i bofellesskapet. For å få en helhetlig forståelse av hva de har opplevd, drøftet vi opplevelsen av overgangen opp mot faktorene og teori.

3.6 Reliabilitet og validitet i et kvalitativt forskningsopplegg

Validitet er spørsmål om resultatene kan være gyldig i andre sammenhenger, og om dataene man har samlet inn er gyldig for problemstillingen.

Reliabilitet er spørsmål om resultatene er pålitelige og om en annen forsker som har brukt samme metode hadde kommet frem til samme resultat (Thagaard 2009).

Personer som selv har opplevd en overgang har fortalt sine selvopplevde historier, og det var personers egne opplevelser av denne overgangen vi var interessert i å få vite noe om. Vi

mener da at empirien vi har samlet inn er relevant og gyldig for problemstillingen. Siden vi har valgt et kvalitativ forskningsopplegg med få informanter, og konsentrert oss om en institusjon og ett kommunalt tilbud, er det vanskelig for oss å si om dataene vi har samlet inn om opplevelsene av en overgang er gyldig for alle. Vi vurderer likevel at de teoriene vi har redegjort for kan være til grunnlag for å tro at en slik overgang kan ha noen likheter for mennesker som har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten i lang tid, med noenlunde samme bakgrunnproblematikk.

Man oppfatter på ulike måter og hvis vi hadde skrevet notater istedenfor å bruke lydopptak hadde sjansen for å gjengi informasjonen vi fikk ut fra våre egne tolkninger vært forhøyet. Ved å benytte oss av lydopptak fikk vi ordrett det informantene sa, slik at det informantene formidlet i mindre grad ble påvirket av våre egne tolkninger (Dalen 2008). I analysen kommer det frem hva som er utsagn fra informantene og hva informantene har beskrevet, samt hva som er våre tolkninger og vurderinger av det informantene sier. Med dette vurderer vi våre data som pålitelig, og hvis en annen forsker hadde benyttet seg av samme metode og utvalg har vi tro for at man ville kommet frem til de noenlunde samme resultatene. I kvalitativ metode har man nærhet til det en undersøker, og vi vurderer denne nærheten som viktig for å få muligheten til å gå i dybden til opplevelsene til de personene vi har intervjuet. Med dette får man en undersøkelseeffekt, og resultatene kan bli styrt av hvem som gjennomfører forskningen (Jacobsen 2011). Dette kan vise seg i relasjonen man har de informantene (Thagaard 2009). Dermed kan man ikke si med sikkerhet at en ville fått nøyaktig de samme resultatene ved at en annen forsker hadde foretatt samme undersøkelse. Vi hadde en relasjon til informantene våre, noe vi ser som en positiv faktor; de kjenner oss og fremsto som trygge til å gi oss den informasjonen vi behøvde, og vi opplevde at de svarte ærlig. Det negative ved å ha en relasjon til de man intervjuer kan være at de holder tilbake informasjon på grunn av at det kan være områder de tror vi allerede vet noe om. Derfor fortalte vi at vi måtte stille spørsmål som om vi ikke visste noe om informantens sin situasjon. Dette hadde samtlige forståelse for og ga oss utdypende svar på det vi lurte på.

4.0 EMPIRI OG DRØFTING

Vi har valgt å dele vår analyse i to deler. Den første delen omhandler faktorer som kan bidra til forståelsen av opplevelsene informantene har om overgangen. Disse faktorene er; forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt bofellesskap, opplevelsen fra institusjon, institusjonalisering, samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt

bofellesskap. I Del 4.2 vil vi redegjøre for opplevelsene til informantene, og drøfte dette opp mot 4.1. Disse er temaer om forberedelsene før innflytting til kommunalt bofellesskap, og den første tiden i bofellesskapet. Avslutningsvis i analysen har vi sett på endringsprosessen informantene har gått gjennom. Det var betydningsfullt for oss å se på hvordan informantene har det nå i ettertid av en overgang.

4.1 Faktorer som kan påvirke opplevelsen

4.1.1 Forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt bofellesskap

For å forstå hvordan en slik overgang oppleves, vil det være essensielt å se på forskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale bofellesskapet for å få et innblikk i begge tilbudene. Ved å intervjuer en ansatt i bofellesskapet som tidligere har arbeidet ved en psykiatrisk institusjon i spesialisthelsetjenesten, samt beboere som forteller deres erfaringer, fikk vi innblikk i de mest vesentlige forskjellene.

Det sentrale som gikk igjen, både hos den ansatte og beboerne, var at i spesialisthelsetjenesten hadde de et rom, mens i bofellesskapet har de egen leilighet. Bare ved denne lille beskrivelsen ser man at forskjellen kan være stor. Leiligheten er deres egen som de bor i, og de som er ansatt i bofellesskapet må respektere deres private område. En informant forteller om hvordan denne forskjellen kommer til syne;

«Her har du ditt eget, og ingen som bryter seg inn i privatlivet ditt hvis de ikke må, på det psykiatriske sykehuset hadde man et rom, og så «bank, bank» så gikk de rett inn. Her er det ingen som kommer rett inn hvis du ikke ber om det, eller hvis du ikke åpner.»

Noen av informantene forteller at det er en trygghet i det å ha sin egen leilighet i bofellesskapet, som man ikke har i institusjonen. Enkelte sier at institusjon ikke er et varig alternativ, mens i bofellesskapet kan man bo til man er klar for å flytte. Lemvik (2006) beskriver at opphold i psykiatrisk sykehus er for når man er i akutte faser, mens den ansatte forteller om bofellesskapet som en forlengelse etter at en har vært innlagt i lang tid, hvor man får muligheten til å lære seg å bo før man flytter for seg selv. Den usikkerheten man har når man er innlagt i spesialisthelsetjenesten kommer til syne ved sitatet til en av informantene;

«Når du er på sykehus bor du på et rom, det er bare et rom som du har tingene dine i, og plutselig blir du flyttet til et annet rom og...Du vet du aldri når du må ut, du har aldri noen garantier. »

Her forteller informanten videre at oppholdet i institusjon blir upersonlig. Man har ikke den samme muligheten til å sette sitt personlige preg på boforholdene når man bor i institusjon, som når man har sin egen leilighet. I teorikapittelet forklarer vi hvordan Goffman (1967) var opptatt av hvordan personlige eiendeler virker inn på menneskers identitet og selvfølelse, og i institusjoner er det vanlig at har et rom uten noen former for personlig preg. Videre har en undersøkelse av Audun Ådland og Kjersti Alsaker (1998) understreket viktigheten av å ha et sted å kalle for sitt eget territorium (Almvik og Borge 2006). Dette blir også fremhevet i St. meld. 47 (1989-1990) som et krav alle mennesker har rett på. Meningen med å ha sin egen leilighet i et bofellesskap, er at man skal lære å bo, og lære seg ansvar for sitt eget liv. To informanter forteller om forskjeller som omhandler ansvar;

«Du blir mer stilt til ansvar her, hvis du tar å knuser alle møblene på stua, så på sykehuset vil du kanskje blitt lagt i belter og fått en sprøyte i rumpa, mens her må du ordne opp selv.»

«Man har mye ansvar når man bor i et bofellesskap, ting blir ikke bare fikset for deg. Man må nesten fikse det selv.»

Ved å ha sin egen leilighet ligger det et ansvar som ikke vises på den samme måten i spesialisthelsetjenesten. I sitatet til informanten kan man se at i bofellesskapet blir man møtt med at en skal ta ansvar for sine egne handlinger.

En annen faktor vi ville se nærmere på var forskjellen på graden av brukermedvirkning. Den ansatte forteller oss at brukermedvirkning er noe som er på høyt nivå i bofellesskapet. Beboerne er med på å utarbeide tiltaksplan, og har vært med på å utarbeide prosedyrer som blir brukt i bofellesskapet. Hun mener de i høy grad er delaktige i sin egen livssituasjon. Informantene forteller at de i liten grad har opplevd brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten i forhold til hva de opplever nå. Flere forteller at de ikke hadde så mye å si selv på ulike områder, det var institusjonen som la føringene. En informant forteller at personen nå leder ansvarsgruppemøtene sine selv, og en annen informant beskriver at man i bofellesskapet får følelsen av å ikke være en pasient, men å være et menneske.

Informantene fortalte oss litt om ulike tilnæringsmåter de opplevde i institusjon og det kommunale bofellesskapet. En forskjell var at i spesialisthelsetjenesten oppsøker de pasientene med en gang hvis de så at vedkommende slet, mens i bofellesskapet opplevde de at de måtte ta ansvar selv og ta kontakt selv når de hadde behov. En annen forskjell de la merke

til er at det kommunale bofellesskapet har en tilnæringsmåte basert på salutogenese. Dette betyr at fokuset ikke ligger på sykdommen, men det som fremmer god helse med utgangspunkt i ressurser og det beboeren mestrer (Almvik og Borge 2006).

4.1.2 Opplevelser fra institusjonsopphold

Vi ønsket å undersøke opplevelsene informantene hadde fra institusjonsoppholdet i spesialisthelsetjenesten. Alle informantene (som bor i bofellesskapet) forteller at de har vært i spesialisthelsetjenesten fra ung alder, og har vært innlagt i en periode på over flere år. Det som er felles i opplevelsene fra spesialisthelsetjenesten er at alle forteller om opplevelsen av mye tvang. En informant sitter igjen med denne opplevelsen;

«Det er veldig sånn at; nå skal du gjøre det og det, for det har vi bestemt og det har egentlig ikke noe å si hva du egentlig mener fordi det er vi som vet ditt eget beste, du vet ikke ditt eget beste selv»

Selv om de sitter igjen med denne opplevelsen, forteller noen at de opplevde det som trygt å være innlagt i institusjon. På spørsmål om hva de følte om å ikke ha innflytelse over egen situasjon, forteller en informant at det var godt også, fordi vedkommende hadde så dårlig selvtillit at vedkommende ikke trodde ikke at ens egne meninger var viktige. Garsjø (2010) beskriver institusjonene med stor makt og innflytelse, det er personalet som tar de fleste avgjørelsene som omhandler pasienten. Når en ikke får muligheten til å bestemme selv og føler at meningene sine ikke gjelder kan det dette føre til følelsen av avmakt. Når det da har kommet frem i teorikapittelet at psykiske lidelser ofte påvirker selvbildet og evnen til å ta initiativ, kan det tenkes at dette ikke er en god kombinasjon. Almvik og Borge (2006) beskriver videre vanskeligheter med å mobilisere krefter når en mangler overskudd og selvtillit. En informant forteller;

«Det største ønsket mitt var at jeg skulle få lov til å være innlagt på lukket avdeling resten av mitt liv. Det var så enkelt, trengte ikke å ta noe ansvar selv, og trenger ikke å ta noen avgjørelser selv»

Tanken på å skal klare seg selv kan være skremmende, når institusjonen har blitt det kjente og det trygge (Tjersland m.fl. 2010). Det kan tenkes man bekymrer seg for hvordan en skal klare seg ute i verden, når man har blitt vant med å ikke ta ansvar og avgjørelser selv. Vi har redegjort for det Goffman (1967) beskriver som «utskrivningsangst» og forklarer at en kan få

vanskeligheter med å tilpasse seg når en skal ut i «den store verden» og gjenoppta ansvarsbevissthet som institusjonen frigjorde dem for.

I informantene sine fortellinger får vi høre litt om hva de har opplevd av forandringer som har skjedd i psykiatriske sykehus. Et eksempel er forandringer som går på tilnærminger til selvskadingsproblematikk. En informant forteller om at hvis en selvskadet seg tidligere, så kunne konsekvensen bli at man ble tvangsinnlagt for lang tid fremover, mens nå er det slik at hvis en selvskader seg blir man utskrevet.

«Før hvis man hadde skadet seg, så var det tvangsvedtak, du ble gjerne lagt i belter og så ble du kroppsvisitert og hele rommet ble gått gjennom.. Ja det var mye sterke reaksjoner.»

Garsjø (2010) beskriver tvangsvedtak som aktuelt for personer som er til fare for seg selv eller andre, mens Åkerman (2010) fremhever at en med selvskadene atferd ikke kan beskyttes fra seg selv og at lengre institusjonsopphold ikke vil hjelpe. Dette kan tenkes å være grunnen til den forandringen som har skjedd i tilnærmingsmåtene i forhold til selvskading.

4.1.3 Institusjonalisering

Nå har vi sett på hvordan informantene opplevde institusjonslivet, derfor ønsker å få et innblikk i hvordan informantene opplever at de har blitt *påvirket* av lengre institusjonsopphold. Begrepet «*institusjonalisert*» er noe alle informantene beskriver i stor grad som en konsekvens av å ha vært innlagt i institusjon store deler av sitt liv. En av informantene beskriver det slik;

«Jeg tror allerede når jeg var 16 år at jeg nærmest var avhengig av å være innlagt. Når man er mye innlagt, og følger det livet og det som er der, så blir det veldig fort vanskelig å klare seg utenfor... Når du begynner å komme over mange måneder, eller flere år...det er nesten sånn som med kriminelle som sitter i fengsel, som gjør noe kriminelt med en gang de kommer ut fordi de skal få komme inn i fengslet igjen fordi man vet ikke hvordan man skal klare seg utenfor»

Denne informanten beskriver videre at vedkommende har vært veldig institusjonalisert, og ikke vant til å ha muligheten til å ta avgjørelser, slik at å ta avgjørelser er en utfordring den dag i dag. Og at ord som; «rommet mitt» i stedet for leiligheten min og «jeg skal på permisjon i helga» fremfor å si at en skal reise bort, henger igjen. En annen informant beskriver;

«Det er som en adskilt del av resten av verden.. Du lever i en boble nesten. Og når du skal ut igjen, så får du ganske store problemer med å vite hvordan ting fungerer»

Alle informantene sier at de tror lengre institusjonsopphold ikke er bra for noen, at en blir så vant med institusjonens rammer at man får det vanskelig i ettertid. Goffman (1967) hevder at den «sivile personligheten» kan bli vanskelig å finne tilbake til og at en inntar en *pasientrolle* videre. Han beskriver også det som kalles krenkelser av personligheten og at dette skjer ved at en plasseres i en annen kontekst enn hjemmemiljøet, det blir endringer i rollemønstre, lite handlingsfrihet og at institusjoner er styrt av privilegier for om en kan gå ut, motta besøk og liknende (Goffman 1967). Garsjø (2010) beskriver også at dersom klientens opphold er langvarig, kan det påvirke menneskets evne til å klare seg ute i samfunnet igjen. Han henviser til at en konsekvens av lengre institusjonsopphold kan være at pasientene tilpasser seg så godt at de blir avhengige av institusjonen for å fungere.

4.1.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Vi var interessert i å få vite om det er noe samarbeid med spesialisthelsetjenesten nå. Både i forhold til oppfølging av brukere og veiledning av personal. Informanten vår som jobber i bofellesskapet forteller om prosessen som har begynt med samhandlingsreformen, og sier at det er et samarbeid mellom bofellesskapet og spesialisthelsetjenesten. De får samarbeidsmidler fra spesialisthelsetjenesten blant annet til å lønne ansatte. Hun forteller videre at psykiatrien har et veiledningsansvar for de i bofellesskapet og at de har fått ansatt en psykiater fra spesialisthelsetjenesten til å være ansvarlig blant annet i forhold til medisiner og oppfølging av enkelte beboere. Denne informanten opplever samarbeidet som veldig godt, og sier at det er en ansatt i spesialisthelsetjenesten som ser på prosedyrer og måter og samarbeide bedre på ut i kommunene, som de i bofellesskapet har hatt faste møter med. Hun sier også at;

«Det er jo bare å ta en telefon, de er veldig velvillige i spesialisthelsetjenesten»

Videre beskriver vi i teorikapittelet at det kan være gunstig for noen mennesker med lange institusjonsopphold bak seg, å få en helhetlig oppfølging både fra kommunale tilbud og spesialiserte tjenester. Den ansatte forteller da også at tanken bak samhandlingsreformen er veldig bra, og at de ser at samarbeidet har ført til færre innleggelse. Hun beskriver videre årene før samhandlingsreformen, der hun opplevde et skille mellom kommunen og psykiatrien.

«Det var et slags skille mellom kommunen og psykiatrien. Når jeg jobbet på psykiatrisk sykehus brukte vi å kalle inn til møter med tildelingskontoret når vi mente

de var utskrivningsklar. Så opplevde vi at det stoppet opp, og når vi begynte med individuelle planer var det tenkt at kommunen skulle følge dette opp. Deretter kom de inn på nytt opphold og så var det ikke gjort noe i mellomtiden og det var ikke noe samarbeid. Så, tanken bak samhandlingsreformen er veldig bra for pasienten, at de får hyppigere og tettere oppfølging, og kanskje unngår innleggelser»

Når vi spurte de andre informantene om det var noe samarbeid med spesialisthelsetjenesten fikk vi litt ulike svar. Noen forteller at de har en «brukerstyrt plass» på et distrikts-psykiatrisk senter som de kan benytte seg av noen dager hvis de har litt ekstra behov utenom det tilbudet de mottar i kommunen. Andre forteller at samarbeidet har vært i form av at personalet i bofellesskapet har fått veiledning fra det psykiatriske sykehuset på hvordan de skulle behandle vedkommende, mens noen sier det ikke er noe samarbeid i det hele tatt. Det kan se ut til at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er mer rettet mot personal i bofellesskapet med tanke på å videreføre kompetanse og gi veiledning, slik at de kan være der for beboerne på en best mulig måte. Dette er også ifølge Bøe og Thomassen (2007) et viktig mål i opptrappingsplanen for lokalbasert psykisk helsearbeid. I teorikapitlet under «oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene» beskriver vi at sykehusene skal være tilgjengelige når pasienter er i akutte faser, og kommunale tjenester samt distrikts-psykiatriske sentre i nærmiljøet har ansvar for å gi et ellers helhetlig tilbud og oppfølging.

4.2 Opplevelser av overgangen

4.2.1 Forberedelser

Vi ble nysgjerrige på om de som skulle flytte inn i bofellesskapet ble forberedt på denne overgangen etter lengre tid som pasient i psykiatrisk institusjon. Vi ønsket å få et innblikk fra en ansatt i bofellesskapet om hvordan overgangen ble forberedt, samt hvordan beboerne beskriver eventuelle forberedelser, hvor lang tid det tok før de flyttet inn og i hvilken grad de fikk medvirke i denne prosessen. Var det en glidende overgang, ble det bestemt kjapt og var det noe de kunne tenke seg å gjort annerledes i forberedelsesfasen? Den ansatte sier at det kan være veldig individuelt med tanke på situasjonen til den som skal flytte inn. Det kan være vanskelig å innstille seg på å skulle flytte til et nytt sted, og sier følgende;

«Når blir du klar? Det kan jo gå år. Og hvis du har en motstand mot å ta ansvar selv og bo alene, av og til må en bare skjære over og bare prøve.»

Hun sier videre at det som regel går bra i overgangsfasene og at det er begrenset med ressurser til for eksempel tilvenning i form av å «prøve-bo». Informanten utdyper også at de

prøver å få en så «glidende overgang» som mulig, men at det hadde vært ønskelig med en mer aktiv intervensjon fra spesialisthelsetjenestens side i tiden før utskrivelse. Dette kan bidra til at den som flytter inn blir mer forberedt på hva en kan vente seg. En fellesnevner for de av informantene våre som er beboere i bofellesskapet er at de alle søkte seg inn eller ble søkt inn til det kommunale tilbudet og fikk tilbud om leilighet lang tid før de flyttet inn av ulike grunner. En av informantene forteller;

«Jeg hadde leiligheten i et år eller noe før jeg flyttet inn. Jeg ble forberedt en del, med tilvenning. Men det var veldig «oppstilt» utenom det vanlige-ting Jeg ville bli vant slik det fungerer til vanlig for eksempel ved å prøvebo, ha en miljøkontakt slik som de andre, sånn at man ble forberedt på hvordan det var til vanlig og ikke bare til fest.»

En annen informant sier;

«Først var jeg jo noen timer sammen med personal, så gikk det jo ganske lang tid før jeg var alene»

I beskrivelser av «totale institusjoner» mener Goffman (1967) at etter lengre institusjonsopphold går pasienten fra «toppen av en lukket verden til «bunnen» av den store verden- samfunnet, og kan få vanskeligheter med å tilpasse seg. Det kan derfor være viktig å forberede den som skal flytte på hva som venter dem slik at en overgang ikke blir uforutsigbar. Den ansatte forteller ut fra yrkeserfaring at ofte føler ikke pasienter seg klar til å utskrives fra institusjonen, og Tjersland m.fl. (2010) beskriver at det kjente representerer trygghet, forestillinger om fremtiden kan ifølge dem skape frykt, uro og unngåelse. Ved å få en god forberedelse kan det tenkes at den som skal flytte får en bedre innsikt i hva som venter når en utskrives fra institusjon og at en overgang kan bli så vellykket som mulig (Tjersland m.fl. 2010).

4.2.2 Opplevelsen av den første tiden

Noen av informantene presiserer overgangsfasen som vanskelig. Og presenterte utfordringer som omhandlet de forandringene de møtte på, og at det var vanskelig å sette seg inn i alt det nye som møtte dem. Informanten som jobber i bofellesskapet har sett mange eksempler på hvor vanskelig det kan være når noen flytter inn i egen leilighet etter lange institusjonsopphold. En informant forteller;

«Når man har vært på et lukket og trygt miljø i lang tid, så ble det en overgang. Det er jo litt skummelt.»

Nå skulle de videre til noe helt nytt. Goffman (1967) forklarer en total institusjon som en barriere mot sosialt samspill med omverden, der det ofte er låste dører. Når en har vært innlagt på en slik institusjon som denne informanten var, kan det tenkes at en overgang blir veldig stor når man skal ut. Den ansatte sier at de kan være totalt uforberedt på hva som møter dem, og at det kan oppleves som traumatisk. En utfordring var at man var vant med de tilnærmingene som var i institusjonen, og da når man gikk til noe helt annet ble det vanskelig. Informanten forteller;

«Alle regler som du fulgte på sykehuset for å klare deg gjennom dagen ble snudd på hodet når du kom hit. Så det var vanskelig og veldig forvirrende. Det var så forskjellige ting som ble forventet av en.»

Som vi så i del 4.1.1 «*forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet*» jobbes det etter salutogenese i bofellesskapet. Den ansatte i bofellesskapet forteller at når de fokuserer på ressurser hos beboere kan det noen ganger misforstås av beboeren. Han eller hun kan tro det er forventninger de har til personen når de fokuserer på det positive og det de får til. Garsjø (2010) beskriver en konsekvens av lengre institusjonsopphold; man tilpasser seg for godt og kan bli avhengige av institusjonen for å fungere. En blir vant til institusjonens rammer og at ting har blitt gjort på en måte. Når man så opplever noe som de ikke har vært vant med kan det bli en utfordring, og som informanten sier; forvirrende. En annen informant forteller videre om utfordringene med forandringene som dukket opp;

«Når man har vært innlagt i mange år og ikke gjort noen ting, og så skal man skrives ut i egen leilighet. Det er jo en vanvittig overgang. Du går til dekket bord 3 ganger i døgnet, rommet ditt blir vasket.. Du går fra å gjøre ingenting, til å må gjøre alt.»

I del 4.1.1 så vi hvordan informantene beskrev at de hadde lite ansvar i institusjonen, og å ta ansvar for eget liv er noe de ikke var vant med. Vi så også en informant fortelle under del 4.1.2 «*Opplevelser fra institusjonsoppholdet*» at å være innlagt ble opplevd som enkelt, der man ikke behøvde å ta ansvar selv. Det er vanlig at institusjonen tar det daglige ansvaret som man egentlig klarer selv og det fører til at det kan bli vanskelig når man skal ut til «det nye livet» (Goffman 1967). Nå skulle de ta ansvar for egen leilighet, og alt som følger med dette, samt å plutselig skulle ta ansvar for egen økonomi, matlaging, og hushold beskriver de som utfordringer de støtte på. To av informantene forteller videre om utfordringene med å si ifra selv når de hadde behov for hjelp. I del 4.1.1 beskriver informantene at de var vant med at

personalet tok det opp med dem med en gang de så informantene hadde det vanskelig, mens nå måtte de ta ansvar for dette selv;

«Den største utfordringen var at jeg måtte be om hjelp selv når jeg slet, jeg kunne sitte å gråte, og så gikk folk bare rett forbi fordi de ville jeg skulle be om å få prate med dem, i stedet for på psykiatriske sykehuset hvor folk kom springende hvis de så du var lei deg.»

Den ansatte forklarer at det kan være vanskelig å plutselig stå på egne ben, ta ansvar for eget liv og helse. Selv om kanskje institusjonen har gjort ting for pasientene i beste hensikt, har de sluppet å ta så mye ansvar, noe den ansatte forklarer kan være vanskelig.

En informant nevner utfordringer som følger å plutselig skulle ta avgjørelser selv. I del 4.1.3 om «*institusjonalisering*» ser vi at dette kan betraktes å være en konsekvens av å være innlagt i institusjon store deler av livet sitt.

Noen av informantene forteller at nye innleggelses var mest hyppig i begynnelsen. Disse innleggelsene blir beskrevet som korte akuttinnleggelses noen få dager, eller å benytte seg av den brukerstyrte plassen på det distrikts-psykiatriske senteret som ble fortalt om under del 4.1.4 «*Samarbeid med spesialisthelsetjenesten*». Den ansatte sier hun har erfaringer med at de innleggelsene som forekommer er mest hyppig den første tiden og bekrefter det de andre informantene sier. Tjersland m.fl. (2010) beskriver at mange får reaksjoner på det nye og ukjente, fordi en anser institusjonen som det kjente og trygge og tanken om å klare seg selv kan virke skremmende. De forklarer videre at i institusjonene er det vanlig med rutiner for tilsyn og når en skal ta ansvar selv kan det være vanskelig å si ifra. Vi har fått fortalt om utfordringene som gikk på å si ifra selv når man hadde det vanskelig og en informant forteller at det tok tid før personen stolte på det nye personalet, noe som gjorde at informanten holdte følelsene inni seg når det var tøft. Disse faktorene kan tenkes å være en årsak til hyppige innleggelses den første tiden.

«Det har vært innleggelses, men ikke mange.. Det var litt flere i begynnelsen, kanskje ei uke.. Og så kom man ut igjen, så har det blitt sjeldnere og sjeldnere, fordi jeg fant ut at egentlig så liker jeg ikke å være innlagt i det hele tatt, så jeg gjør det meste for å unngå det.»

Denne informanten forklarer også at det følte annerledes enn før å være innlagt.

Vedkommende hadde et annet tilbud å gå til, noe informanten ikke hadde før. De

innleggelsene som var den første tiden, følte plutselig bare stressende hvor det før ble opplevd som trygt og godt.

«Før gikk ting i daffetempo; «Ja.. Kanskje vi skal begynne å tenke på utskrivning om et halvt år» ... Plutselig var det dag for dag; Føler du deg klar til å dra i dag, føler du deg klar i morgen, om to dager?»

Selvskadingshyppigheten var et tema informantene selv gikk inn på, uten at vi trengte å spørre. De forteller om en del ulike sider; noen hadde sluttet å skade seg før de flyttet inn i bofellesskapet, mens andre fortsatt slet med selvskadingsproblematikk i innflyttingsfasen. To informanter forteller;

«..Jeg hadde jo nesten sluttet med selvskading når jeg kom hit, men det eskalerte jo opp i skyene.»

«Det er jo klart, den første tiden med masse nye folk og slikt. Det var jo litt skummelt. (...) men, når jeg ble trygg å sånt her så ble det mindre selvskading.»

Sofia Åkerman forklarer at ved å skade seg kan en føle at en mestrer indre uro og smerte, og at det er et redskap for å håndtere slike følelser. Vi har fått vite om ulike områder ved en overgang som har vært utfordrende, og det kan tenkes at hyppig selvskading kan være en konsekvens av dette, og etterhvert som man blir trygg avtar hyppigheten. Informanten vår som er ansatt i bofellesskapet forklarer at selvskading er en måte å reagere på som ikke bare er å legge av seg over natten, men bekrefter at både omfanget, alvorlighetsgraden og hyppigheten har blitt redusert hos de aller fleste etter en tid.

4.2.3 Endringsprosess

Vi vil avslutte vår drøfting med å se på endringsprosesser videre etter at beboerne flyttet inn i bofellesskapet, da vi ønsket kunnskap om overgangen til kommunalt bofellesskap har bidratt til en endringsprosess eller ikke. På spørsmålet om hvordan de opplever det å bo i bofellesskap, virker alle positive til tilbudet de har. Det som går igjen er at de syns det er veldig godt at de får bestemme selv hva de skal gjøre og hvem de skal være sammen med.

«Det som er så greit er at vi har hver vår leilighet, og vi bestemmer selv hvem vi vil ha mer kontakt med, eller mindre kontakt med.»

I institusjon får de i mindre grad mulighet til å bestemme hvem man ønsker å tilbringe tiden sin med, man sitter med ukjente til bords, og til og med kan en dele rom med helt ukjente. Dette er en form for avmakt (Garsjø 2010). Flere forteller om at de får bestemme selv på ulike andre områder, og at dette har bidratt til at de har føler økt mestringsfølelse. Det at de nå får ta slike avgjørelser selv, kan bidra til at de får tilbake makten over sitt eget liv. Alle informantene forteller at de har et godt utbytte av å bo i bofellesskap. En informant forteller;

«Nå er ikke fremtidsplanene mine å være innlagt på lukket avdeling i resten av mitt liv lengre. Har fått mer håp og mer mestringsfølelse på mange ting. (...) Etter jeg kom hit så har jeg i større grad fått bestemme mye av det med medisiner selv, hva som fungerer og ikke fungerer. De hører på mine erfaringer.»

Selv om informanten har fått mestringsfølelse, sier vedkommende om endringsprosessen;

«Det har gått opp og ned, ett skritt frem og to tilbake. Men selv om jeg feiler får jeg sjansen til å prøve på nytt hele tiden.»

Informanten forteller videre at selv om det har vært slik, har det vær godt å ha muligheten til å bli bedre på alt vedkommende har lyst til å bli bedre på, bestemme selv hvilke områder som han eller hun vil jobbe med. Tjersland m.fl. (2010) beskriver en endringsprosess som noe som ikke bare går fremover, det er en prosess hvor tre skritt frem kan etterfølges av to skritt tilbake. I tiden etter institusjonsopphold er det viktig å ta utgangspunkt i individuelle behov, og at personen får ta det i sitt eget tempo. Denne beskrivelsen er mer rettet mot institusjoner for ungdom, men vi tenker dette er vel så relevant for andre grupper også. Vi ser viktigheten i det informanten forteller, at vedkommende selv kan bestemme hvilke behov han eller hun har for hva som skal gjøres. En annen informant forteller om at vedkommende nå styrer ansvarsgruppemøtene sine selv. Informantene har brukermedvirkning, hvor de opplever stor innflytelse på beslutninger og utformingen av tilbud som vedkommende har behov for. Her kan man se at informantene har blitt «autonome», de styrer selv, og deres autonomi blir respektert. I bofellesskapet arbeider de etter salutogenese, der det fokuseres på det som fremmer god helse og på strategier som kan fremme mestring. En informant forteller;

«Her får man mer følelsen av å ikke være en pasient, men et menneske.»

Flere forteller at mens de har bodd i bofellesskapet har det vært lite innleggelse i institusjon, og slik det kom frem i del 4.2.2 «opplevelsen av den første tiden», var det flest innleggelse i

begynnelsen. Flere av informantene forteller at de tror det hadde vært annerledes hvis de hadde bodd i en annen leilighet utenom bofellesskapet. En informant forteller;

«Når jeg fikk vite om dette bofellesskapet tenkte jeg at dette var min eneste sjanse, fordi at jeg hadde ikke klart meg alene.»

Audun Ådland og Kjersti Alsaker (1998) beskriver i sitt studie om «bofellesskap som terapeutisk arena» at en konsekvens av manglende eller ingen oppfølging i ettertid av lengre institusjonsopphold kan føre til «svingdørspasient» problematikken. Det kan forklares slik; at mennesker som har vanskeligheter med å klare seg utenfor institusjonen trenger nye innleggelses for å takle sin situasjon, og ofte blir gjengangere i psykiatrien (Almvik & Borge 2006). Den ansatte i bofellesskapet forklarer dessuten at de kan forebygge nye innleggelses ved å ha et tett samarbeid med brukeren med fokus på brukervedvirkning og mestring, der en kan inkludere et team rundt beboeren som gjerne består av fastlege og psykiater. Hun utdyper også at de fleste som jobber i bofellesskapet har videreutdanning innen psykisk helse slik at kompetansenivået er høyt for å kunne være der for beboerne på en best mulig måte.

En informant oppsummerer om bofellesskapet; *«Jeg tror at det er det som reddet livet mitt.»*

5.0 OPPSUMMERING AV FUNN OG AVSLUTNING

I del 5.1 kommer det en oppsummering av funnene som har kommet frem gjennom analysen, og i del 5.2 vil vi belyse viktigheten av å ha et tilbud om videre oppfølging etter institusjonsopphold ut fra et brukerperspektiv.

5.1 Oppsummering av funn

Gjennom en empirisk undersøkelse og et kvalitativt intervju-studie har vi forsøkt å få svar på spørsmålet *«hvordan oppleves overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud for mennesker med psykiske lidelser?»*. Vi har redegjort for empirien vi har samlet inn fra informantene og forsøkt å få en forståelse gjennom å drøfte dette opp mot relevant teori. Opplevelsene fra overgangen har vi drøftet opp mot de faktorene som vi har gjort rede for; forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt bofellesskap, opplevelser fra institusjonsopphold, institusjonalisering, og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Her kommer en oppsummering av funnene:

Forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt bofellesskapet

De viktigste funnene var forskjeller som omhandlet ansvar, trygghet, brukermedvirkning og ulike tilnæringsmåter. Forskjeller mellom det å ha *egen leilighet* kontra det å ha et *rom* i institusjon, viste seg ved at det fulgte med et ansvar i større grad i bofellesskapet enn i institusjon. Oppsummert fra en informant; «*Ting blir ikke bare fikset for deg*», hvor informanten henviser til bofellesskapet. Det lå en utrygghet i å være på institusjon, med det at de ikke visste når de måtte ut eller når de måtte bytte rom, og vi fikk beskrevet bofellesskapet som en forlengelse etter institusjonsopphold, hvor en lærte å bo før man flyttet helt for seg selv. Brukermedvirkning ble opplevd som forskjellig og alle informantene forteller om liten grad av brukermedvirkning i institusjon i motsetning til hva de opplever i bofellesskapet. Ulikheter ved tilnæringsmåter viste seg blant annet ved at i bofellesskapet jobber de etter salutogenese. Se utfyllende redegjørelse om salutogenese i teorikapittel 2.4.

Opplevelser fra institusjonsopphold

Her ser vi at noe av det informantene sitter igjen med er opplevelsen av mye tvang, der de har fått følelsen av at personalet bestemte alt og informantene selv ikke visste sitt eget beste. Dette ble for en informant opplevd som godt, da vedkommende ikke stolte på sine egne meninger og samtidig hadde en oppfattelse av at disse meningene ikke var viktige. En annen informant forteller om et ønske om å være innlagt på lukket avdeling resten av sitt liv fordi det var så enkelt; måtte ikke å ta ansvar eller avgjørelser selv. I disse to beskrivelsene ser man opplevelse av avmakt, og tanken på å klare seg selv når man er vant til å ikke ha ansvar og ta egne avgjørelser kan være skremmende.

Institusjonalisering

Opplevelsen av å ha blitt institusjonalisert er noe alle informantene beskriver som en konsekvens etter lengre opphold i institusjon, og at man raskt blir påvirket av det livet og rammene som er der slik at det kan bli vanskelig å klare seg når man kommer ut. Dette blir bekreftet av teorien vi har gjort rede for, der Garsjø (2010) beskriver at dersom klientens opphold er langvarig, kan det påvirke evnen til å klare seg ute i samfunnet igjen og en tilpasser seg så godt slik at man kan bli avhengig av institusjonen for å fungere.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Fra intervjuet med avdelingslederen i bofellesskapet fikk vi vite noe om det løpet som har begynt med samhandlingsreformen, og forteller at hun opplever et bra samarbeid med

spesialisthelsetjenesten. De får samarbeidsmidler fra spesialisthelsetjenesten til å blant annet lønne ansatte, og psykiatrien har et veiledningsansvar for de ansatte i bofellesskapet. Hun beskriver videre tiden før samhandlingsreformen, der hun som ansatt i spesialisthelsetjenesten opplevde lite samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Videre utdyper hun at hun synes det løpet som har begynt nå er bra med tanke på både tettere og hyppigere oppfølging etter institusjonsopphold. Dette har resultert i blant annet sjeldnere innleggelser hvor god oppfølging og et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som en faktor til dette. Informantene beskriver også samarbeidet med spesialisthelsetjenesten hvor noen har «*brukerstyrt plass*» på et distrikts-psykiatrisk senter som kan benyttes ved behov.

Opplevelsen av overgangen: forberedelse, den første tiden og endringsprosess

Vi ser at de største utfordringene som følger en overgang er på grunn av endringer i det de har vært vant med, det å komme til en ny og ukjent plass og det å sette seg inn i nye «regler». Her ser vi at forskjellene som er mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale bofellesskapet kan være en faktor for opplevelsen av overgangen. Vi så at opplevelsene man har fra institusjonsoppholdet også kan være en påvirkning på hvordan en overgang oppleves, hvor de har opplevd mye tvang og har hatt lite å si selv, kan være en faktor til at flere beskriver utfordringer med å ta ansvar og avgjørelser den første tiden. Når institusjonen har tatt ansvar for ulike områder kan det bli vanskelig når man skal ut til «det nye livet» hvor man da har det ansvaret selv. Institusjonalisering kan være en faktor for utfordringer som kan følge med en overgang, hvor man har tilpasset seg institusjonens rammer. Dette kan være en utfordring når man skal bo for seg selv. Vi så også noen utfordringer som omhandlet forberedelsene til å flytte. Fra intervjuet med forskjellige informanter så vi at det var individuelle behov, men flere følte at de var lite forberedt på det som skulle møte dem. Den ansatte i det kommunale bofellesskapet bekreftet dette og fortalte sine tanker om at det kunne vært en tidligere intervensjon fra spesialisthelsetjenesten sin side.

Informantene forteller at de er fornøyd med tilbudet de har nå, de føler de har fått godt utbytte av å ha et slikt tilbud og vi ser at bofellesskapet har bidratt til en endringsprosess fra de ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til nå. Dette vises blant annet i at de har økt mestringsfølelse og fått tilbake makten over sitt eget liv; de har blitt «autonome».

5.2 Avslutning

Fra resultatene av «*opplevelsene fra overgangen*» kan det tenkes å være en fordel for personer etter lengre institusjonsopphold å få et tilbud lik det kommunale bofellesskapet. I

bofellesskapet lærer man seg å bo, og det blir en glidende overgang før de skal flytte helt for seg selv. Videre har informanter fortalt at de har opplevd at det har vært lange ventelister for å få tilbud om leilighet i bofellesskapet, og en informant har fortalt at det ikke var noe annet tilbud for vedkommende, før informanten fikk flytte inn i bofellesskapet. Ved å ikke ha et tilbud å komme til etter institusjonsoppholdet kan det tenkes å bli enda større utfordringer enn ved en overgang til et kommunalt bofellesskap som vår undersøkelse var rettet mot.

I «*endringsprosessen*» så vi hvordan et godt kommunalt tilbud kan virke positivt på ulike områder. Og beskrivelser fra personer som før ønsket å være innlagt i institusjon resten av sitt liv, men unngår nå på beste måte nye innleggelser - nettopp fordi de har et annet tilbud; et sted de føler mestring, og føler de har kontroll over sitt eget liv, bekrefter viktigheten av satsingen på kommunale tilbud og oppfølging. Vi tenker samhandlingsreformen og kommunal satsing er et viktig ledd i å sikre mennesker med psykiske lidelser bedre livskvalitet, at de skal få et godt samarbeid rundt seg, og god oppfølging i sin hjemkommune slik at man kan unngå hyppige innleggelser i institusjon. Ut fra fortellingene til informantene får vi frem at man i stor grad kan bli påvirket av å være innlagt i lang tid, og vi ser derfor i tillegg betydningen av å tidlig fange opp sårbare grupper, slik at man i større grad unngår lange institusjonsopphold.

Informantene opplevde alle en overgang i tiden før samhandlingsreformen, og det kan være interessant å se på når samhandlingsreformen trer i kraft for fullt innenfor rus og psykiatri, om det blir noen forandringer på dette området. Det kan tenkes at ved nåtidens reduserte fokus på sykehus og senger, og mer fokus på forebygging, oppfølging og kommunale tilbud, kan institusjonsoppholdene kortes ned og faren for institusjonalisering kan tenkes å bli mindre. Kan dette føre til at en overgang kan virke mindre utfordrende?

Til slutt har vi lovet våre informanter å skrive en oppfordring alle mente var viktige å få med. Noe som vi i stor grad må si oss enig i;

«Det skulle vært flere bofellesskap som dette. Ikke bare her, men i hele landet!»

Tegn på at du har vært for lenge i psykiatrien

Når du føler deg trygg bak lukkede dører
Når du er forelsket i din tilsynsfører
Når du har glemt navnet på alle du kjenner
Når andre pasienter er dine eneste venner
Når du mangler lisser på dine sko
Når du liker at noen følger deg på do
Når din kost består av lykkepiller
Når ditt kallenavn er "Psycho Killer"
Når du ikke husker når du var lykkelig sist
Når tegn til bedring gjør deg trist
Når du synes det er koselig med nakne vegger
Når du ikke barberer dine egne legger
Når kroppen din er dekket med sår
Når du er innlagt på ditt tiende år
Når hovedpulsåra er er mindre pen
Når en utskrivelsesdato gjør deg akutt schizofren
Når du drømmer om overdoser
Når du har over ti diagnoser
Når du ikke husker hvordan livet var før
Da har du vært for lenge i psykiatriens klør

LITTERATURHENVISNINGER

BØKER:

Almvik, A og Borge, L. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget

Bøe, T.A. Og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid- om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Dalen, M. (2008). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

Garsjø, O. (2010). *Institusjonssosiologi- perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Garsjø, O. (2008). *Institusjonssosiologi- perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske- den totale institution socialt set*. Viborg: Jørgen Paludans forlag

Hippe, K., Tendeland, L. Og Tomren, A. (2000). *Psykiatrisk kompetanseheving i kommunene- kringler og krumspring*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Hutchinson, G.S. (2009). *Sosialt arbeid i kommunen- samfunnsmandat og handlingsrom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, D.I. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?- innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, D.I. (2011). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?-innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår- psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Moe, A. Og Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Tjersland, O.A., Engen, G. Og Jansen, U. (2010). *Allianser- verdier, teorier og metoder i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Åkerman, S. (2010) *For å overleve- en bok om selvskading*. Oslo: Humanist Forlag

NETTADRESSER:

Fossbråten, L. (s.a) *ADL- activities of daily life*. <http://ndla.no/nb/node/73710> [lokalisert 20.05.2014]

Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (2012) *Personvernombudet for forskning- må prosjektet meldes?* <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/> [lokalisert 10.03.2014]

STORTINGSMELDINGER, LOVER OG OFFENTLIGE RAPPORTER:

Helsedirektoratet (2011). *Om samhandlingsreformen* . Oslo: www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet (2014). *Spesialisthelsetjenesten*. Oslo: www.helsedirektoratet.no

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Oslo: www.regjeringen.no

Helse-og omsorgsdepartementet (2013). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Oslo: www.regjeringen.no

Helse- og omsorgsdepartementet (s.a). *Rus og psykisk helse i samhandlingsreformen*
<http://www.helse-mr.no>

Kommunal og regionaldepartementet (2009). *Brukermedvirkning*. www.regjeringen.no

Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. Juli 1999 nr.63 (pasient- og brukerrettighetsloven)
www.lovdata.no

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Oslo:
Helse- og omsorgskomiteen. www.stortinget.no

VEDLEGG 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet for ansatt i bofellesskap

”Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud.”

Bakgrunn og formål

Vi er to sosionomstudenter ved Universitetet i Nordland og dette prosjektet er et avsluttende bachelorprosjekt. Vi har vært i praksis og har nå helgestilling i «navn på bofellesskap». Formålet med denne studien er å se nærmere på hvordan enkelte mennesker med lengre opphold i psykiatrien opplevde overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud. Vi ønsker å belyse hvordan en slik overgang oppleves og hvilke utfordringer som medfølger. Vi ønsker å se nærmere på tilnæringsmåter og behandlingstilbud som er i spesialisthelsetjenesten vs. bofellesskapet, og hvilke forandringer som har vært over tid. Vi ønsker å intervju deg, fordi vi tror du har mye kunnskap og erfaringer å bidra med. På denne måten kan vi få en helhetlig forståelse av hvordan en slik overgang kan oppleves med tanke på oppfølging og bedringsprosess.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ved å delta i dette studiet vil alle opplysninger bli anonymisert, slik at det som kommer frem i den ferdige oppgaven ikke vil kunne identifisere deg, for eksempel alder, bostedskommune/adresse og andre identifiserbare opplysninger. Vi vil informere om at vi har taushetsplikt slik at eventuelle sensitive opplysninger ikke vil bli offentliggjort.

Vi ønsker å innhente opplysninger ved å foreta et muntlig intervju, som vil bli tatt opptak av. Dette opptaket vil bli slettet fortløpende og oppbevares slik at ingen får tilgang til det. Dersom du ikke ønsker at vi tar opptak, tar vi selvfølgelig hensyn til det.

Hva skjer med informasjonen som kommer fram i intervjuet?

Hvis det kommer fram personopplysninger i løpet av intervjuet vil de bli behandlet konfidensielt.

Informasjonen vil som sagt bli anonymisert, slik at enkeltpersoner ikke vil bli gjenkjent i den ferdigstilte oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04.06.14. Intervjuopptak vil bli slettet og analysert før den tid.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Med vennlig hilsen

.....

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

VEDLEGG 2

Intervjuguide-Ansatte

Innledning:

- Forklare hensikten med intervjuet
- Antyde hva vi er interessert i å få vite noe om
- Anonymitetsbeskyttelse

Åpningsspørsmål:

1. Kan du forklare litt om dette kommunale tilbudet?

- Mål og visjon
- Oppstart
- Brukergruppe
- Oppgaver

2. Kan du fortelle litt om hvilke tilnæringsmåter som benyttes i et slikt kommunalt bofellesskap?

- Salutogen tilnærming
- Brukermedvirkning og empowerment
- Arbeidsmetoder

Hoveddel:

3. Samhandlingsreformen (2012) legger vekt på rett behandling- på rett sted- til rett tid, mer helsefremmende arbeid i nærmiljøet, bedre samarbeid og samhandling i helsetjenestene, forebygging, tidlig intervensjon, helsefremmende arbeid i nærmiljøet, bedre for brukere/pasienter- brukermedvirkning

- Hvordan synes du at dette fungerer i praksis?
 - Hvordan var tiden før samhandlingsreformen trådte i kraft?
 - Hvordan opplever du samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?

4. Hva syntes du er de største/viktigste forskjellene mellom spesialisthelsetjenesten og dette kommunale bo fellesskapet?

5. Hvordan opplever du som ansatt den første tiden, når noen som har lengre institusjonsopphold bak seg, flytter inn?

6. Blir de som flytter inn her etter lengre institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten forberedt på det, i form av ettervernstiltak?

7. Hvordan ser du som ansatt at lengre institusjonsopphold kan påvirke mennesker?

-Institusjonalisering

- Endringer i forhold til krav, forventninger og ansvar

- utfordringer med dette

8. Hvordan kan denne kommunale tjenesten forebygge nye innleggelser i spesialisthelsetjenesten?

9. Hvordan forholder denne kommunale tjenesten seg til selvskading?

- vs. Spesialisthelsetjenesten

10. Har du noen eksempler på faktorer du mener er viktige for en så god bedringsprosess som mulig?

- Hverdagsmestring?

Avslutning:

11. Er det noe du mener kunne vært gjort annerledes med tanke på

- overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud

- Tilnæringsmåter som har blitt benyttet før

12. Har du lyst til å lytte på båndet?

-Er det noe som bør slettes/ikke tas med?

-Var det noen ubehagelige spørsmål vi ikke burde stilt?

VEDLEGG 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet for beboere

”Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud.”

Bakgrunn og formål

Vi er to sosionomstudenter ved Universitetet i Nordland, og dette prosjektet er et avsluttende bachelorprosjekt. Formålet med denne studien er å se nærmere på hvordan enkelte mennesker med lengre opphold bak seg i psykiatrien opplevde overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud. Med dette vil vi belyse hvordan en slik overgang oppleves og hvilke utfordringer som medfølger. Vi ønsker også å se på endringsprosessen, og hvilke faktorer som har bidratt til utviklingen som har vært fra du flyttet til bofellesskapet fram til nå. Vi ønsker å intervjuer deg, fordi vi tror du har mye nyttig kunnskap og erfaringer å bidra med. På denne måten kan vi få en helhetlig forståelse av hvordan en slik overgang oppleves.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ved å delta i dette studiet vil alle opplysninger bli anonymisert, slik at det som kommer frem i den ferdige oppgaven ikke vil kunne identifisere deg, for eksempel alder, bostedskommune/adresse og andre identifiserbare opplysninger. Vi vil informere om at vi har taushetsplikt slik at eventuelle sensitive opplysninger ikke vil bli offentliggjort.

Vi ønsker å innhente opplysninger ved å foreta et muntlig intervju, som vil bli tatt opptak av. Dette opptaket vil bli slettet fortløpende og oppbevares slik at ingen får tilgang til det. Dersom du ikke ønsker at vi tar opptak, tar vi selvfølgelig hensyn til det.

Spørsmålene vi kommer til å stille vil omhandle erfaringer, utfordringer og opplevelser ved overgangen fra spesialisthelsetjenesten til det kommunale tilbudet du mottar nå.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Hvis det kommer frem personopplysninger i løpet av intervjuet vil de bli behandlet konfidensielt.

Informasjonen vil som sagt bli anonymisert, slik at du ikke vil bli gjenkjent i den ferdigstilte oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04.06.2014. Intervjuopptak vil bli slettet og analysert før den tid. Du vil selvsagt få mulighet til å lese den ferdige oppgaven.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Med vennlig hilsen

.....

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

VEDLEGG 4

Intervjuguide beboer

Innledning:

Forklare hensikten med intervjuet

Antyde hva vi er interessert i å få vite noe om- Opplevelser og erfaringer

Anonymitetsbeskyttelse

1. Kan du fortelle litt om hvordan det er å være innlagt i en psykiatrisk institusjon?

2. Tror du lengre institusjonsopphold påvirker mennesker?

-Hvordan tror du det gjør det?

-Har det påvirket deg på noen måte? Positivt/negativt

3. Kan du fortelle litt om det tilbudet du mottar nå fra kommunen?

- Er det noe samarbeid med spesialisthelsetjenesten?

4. Hvordan opplever du å bo i et bofellesskap?

5. Ble du forberedt på å flytte inn her?

- Ettervernstiltak?

- Tilvenning?

6. Er det noe du syntes kunne vært gjort annerledes med tanke på eventuelle forberedelser fra å være i institusjon til å flytte i bo-fellesskap?

7. Hva syntes du er de viktigste/største forskjellene på spesialisthelsetjenesten og dette kommunale bo fellesskapet?

- Brukermedvirkning?

8. Hvordan var overgangen fra institusjon til kommunalt tilbud?

-Var det noen utfordringer du møtte på? -ansvar, krav, forventninger

9. Hvordan opplevde du den første tiden etter at du flyttet inn her?

- Selvskading, mer hyppig?
- Innleggelse i spesialisthelsetjenesten?
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten?

10. Føler du at du har et godt utbytte av å bo i et bo-felleskap?

- Råd og veiledning?
- Endringsprosess?
- Bli «fanget opp» i tide?
- Alltid noen tilgjengelig hvis det skulle være noe?

11. Har du lyst til å lytte på båndet?

- Er det noe som bør slettes/ikke tas med?
- Var det noen ubehagelige spørsmål vi ikke burde stilt?

