

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Psykiske helsetjenester i kommunene er i økende grad knyttet til ulike former for botiltak. Sentrale perspektiver i disse tjenestene er brukermedvirkning, mestring og recovery. Det foreligger begrenset kunnskap om erfaringer med å bo i bemannede bofellesskap for personer med psykiske lidelser. Tilgjengelig forskning viser at bofellesskap har potensial til både å hemme og fremme recovery. Det er behov for mer erfaringsbasert kunnskap om bofellesskap som hverdagsarena og bo- og tjenesteform.

Hensikt og problemstilling: Formålet med studien er å bidra til kunnskap om hverdagslivet til personer med psykiske lidelser, som bor i bemannede kommunale bofellesskap. Videre er hensikten å undersøke om boformen kan bidra til å fremme recovery. Problemstilling:

Hvilke erfaringer har personer som bor i bofellesskap, knyttet til hverdagsliv og mestring?

Hvordan kan boformen bidra til å fremme recovery for personer med psykiske lidelser?

Metode: Studien er en kvalitativ undersøkelse basert på individuelle dybdeintervju med ti personer, som bor ved fem ulike bofellesskap for personer med psykiske lidelser i Trondheim Kommune. Det er benyttet en fenomenologisk tilnærming og fenomenologisk analyse av data.

Resultat: Hjemmet var et viktig grunnlag for opplevelse av selvbestemmelse, selvstendighet, frihet og kontroll. Informantene opplevde virksomme, tillitsbaserte samarbeidsallianser med personalet. Personalet var lett tilgjengelige og de fikk fleksibel hjelp tilpasset egne ønsker. Det hverdagslige og uformelle samværet med andre brukere og personal ga en følelse av fellesskap og tilhørighet. Å mestre hverdagen og de hverdagslige gjøremålene, var sentralt for opplevelse av bedring. Den praktisk orienterte hjelpa de fikk i bofellesskapet hadde stor betydning for opplevelsen av mestring. Samtidig hadde mange informanter et lite sosialt nettverk utenfor bofellesskapet, og flere hadde utilfredsstilte behov når det gjaldt aktivisering, sysselsetting og sosiale aktiviteter.

Konklusjon: Funn i studien tyder på at rammene i bofellesskap kan fremme recovery. Boformen kan bidra til å sikre viktige sosiale betingelser, som materielle vilkår, trygge rammer, fleksibel hjelp og verdsatte sosiale roller. Boformen er også en arena for brukermedvirkning og reelt samarbeid med hjelpepersoner. Samtidig er det forhold knyttet til boformen som kan hindre recovery. Eksempler på dette er avhengighet av hjelpepersoner, lite nettverk, utfordrende bomiljø, mangel på innhold i hverdagen og mangel på tilstrekkelig sosial stimulering.

ABSTRACT

Background: Mental health care services in Norwegian municipalities are increasingly linked to various types of supportive housing services, for people with severe mental illness. Main goals and visions in these services are user-participation, coping and recovery. Available research shows that supported housing has the potential to both inhibit and promote recovery. There is currently limited knowledge about users' experiences with everyday life and living in supportive housing with staff.

Purpose and issue: The study is aimed to explore user experiences about everyday life in supportive housing for adults with severe mental illness. Research question:

Which experiences do the residents of supportive housing have, regarding everyday life and coping? How can supported housing contribute to recovery for persons with severe mental illness?

Method: The study has a qualitative approach, based on interviews with ten residents from five separate locations of supportive housing for persons with severe mental illness, in Trondheim municipality in Norway. The study has a phenomenological approach and data analysis.

Results: Having a home was valuable for experiencing self-determination, independence, freedom and control. The resident's relationships with staff was based on trust and cooperation. The staff was flexible and easily available. Everyday interaction with staff and peer residents contributed to feeling of fellowship and belonging to someone, or somewhere. Coping with their own life and being able to maintain activities of daily living, was considered valuable for recovery. The help they received to find everyday solutions for everyday problems, contributed to coping. Social barriers also occurred, and some of the residents had unsatisfied needs regarding activity, employment and social activities.

Conclusions: The results suggest that supportive housing both can promote and inhibit recovery. Social conditions such as safe material terms, a safe environment, flexible services and valued social roles were identified as having a positive impact on recovery. Dependency on the staff, limited social network and unsatisfied needs regarding a meaningful content in everyday life, could potentially have a negative impact on recovery.

FORORD

Jeg vil rette en takk til mine samarbeidspartnere i studiens overordnede prosjekt, og for at jeg fikk anledning til å bruke prosjektets datamateriale. Særlig takk til Skender Redzovic, Turid Midjo og Tove Carstensen ved NTNU, samt Vegard Eide Dall for samarbeidet om gjennomføring av intervjuene. De ansatte ved botiltakene fortjener også en takk for innsatsen i rekruttering av informanter. Ikke minst vil jeg takke informantene som delte sine erfaringer og bidro med verdifull informasjon.

Takk til Husbanken for kompetansetilskudd for å skrive oppgave om temaer knyttet til bolig.

En ekstra stor takk til min veileder Marit Solbjør for stødig veiledning, gode råd og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg har hatt god hjelp av at du har hatt troen på meg.

Takk til min gode kollega Trond Erik Høili for gjennomlesing av oppgaven og korrektur.

Takk til kunstneren bak tegningen på oppgavens omslag. Jeg setter stor pris på deg.

Takk til min samboer Linn som har holdt ut alle mine timer bak dataskjermen. En like stor takk til min sønn Teodor som ble født cirka midt i arbeidsprosessen. Han og mine tre hunder har sørget for både avkobling og aktivisering.

Jeg sitter igjen med verdifull kunnskap og gode minner fra årene som masterstudent. Jeg er stolt over resultatet, og det gir meg et ekstra gir i engasjementet for å bidra til å utvikle gode psykiske helsetjenester i fremtiden.

Trondheim, desember 2017

Ingunn Sletvold

INNHold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Tidligere forskning	4
1.4 Begrepsavklaringer	11
1.5 Oppbygging av oppgaven	12
2.0 Konteksten: botiltakene i Trondheim Kommune	13
2.1 Med brukers mestring i fokus: samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Sør-Trøndelag ...	15
3.0 Teori	16
3.1 Recovery.....	16
3.2 Mestring.....	20
3.2.1 Salutogenese	23
3.3 Hverdagsliv og hjem.....	24
3.4 Brukermedvirkning og empowerment.....	26
4.0 Metode	31
4.1 Tilnærming og metodevalg for det overordnede prosjektet	31
4.1.1 Om min rolle i det overordnede prosjektet og min rolle som forsker.....	32
4.2 Forforståelse	33
4.3 Gjennomføring av undersøkelsen	35
4.3.1 Forberedelser og utforming av intervjuguide.....	35
4.3.2 Rekruttering av informanter.....	36
4.3.3 Gjennomføring av intervju.....	37
4.3.4 Transkribering.....	39
4.4 Analyse	39
4.4.1 Oversikt og horisontalisering	40
4.4.2 Meningsgruppering og temainndeling	41
4.4.3 Innholdsbeskrivelse og strukturbeskrivelse	42
4.4.4 Litteratursøk	43
4.5 Etske problemstillinger ved gjennomføring av undersøkelsen	43
4.5.1 Anonymisering.....	45
5.0 Funn	47
5.1 Boligen som et hjem og en arena for selvbestemmelse	47
5.2 Trygge rammer og relasjoner: tillit og samarbeid	50

5.3 Innhold og aktivitet i hverdagen: ulike behov	52
5.4 Mestring av daglige gjøremål: rutiner og motivasjon	54
5.5 Å være en del av fellesskapet: tilhørighet med utfordringer	57
5.6 Mot et ordinært hverdagsliv: bedring, mestring og selvstendighet	59
6.0 Diskusjon	65
6.1 Boligkontekstens sosiale betingelser – er bofellesskap en sosial struktur som fremmer recovery?.....	66
6.2 Hjelpekonteksten – er bofellesskap en arena for brukermedvirkning og reelt samarbeid med hjelpepersoner?	72
6.3 Hverdagskonteksten – er bofellesskap en arena for bedring og mestring?	76
6.4 Metodediskusjon.....	79
6.4.1 Pålitelighet	79
6.4.2 Gyldighet og overførbarhet.....	82
7.0 Konklusjon, videre forskning og implikasjoner for praksisfeltet	85
7.1 Oppsummering og konklusjon.....	85
7.2 Interessante tema for videre forskning	87
7.3 Implikasjoner for praksis	88
Litteraturliste	91
Vedlegg 1: Intervjuguide	
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	
Vedlegg 3: Informasjonsskriv	
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring	
Vedlegg 5: Avtale om bruk av data fra prosjektet «Med brukers mestring i fokus»	

1.0 Innledning

Jeg innleder oppgaven med å skrive kort om bakgrunnen for studien, og om valg av tema og problemstilling. Videre presenterer jeg tidligere forskning som er aktuell for problemstillingen. Til slutt avklarer jeg enkelte av begrepene som brukes i oppgaven, og beskriver oppgavens videre disposisjon.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I løpet av de siste tiårene har det skjedd store forandringer i det kommunale tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser i Norge. Tjenestene har endret seg både i omfang og faglig innhold (Ramsdal 2013). Oppmerksomheten mot det psykiske helsefeltet økte i midten av 90-årene, med Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Opptappingsplanen var en statlig satsing for å styrke og forbedre tilbudet til personer med psykiske lidelser. Særlig ble det kommunale tilbudet betydelig utvidet med nye tjenester og tiltak. Mange kommuner benyttet de økonomiske midlene fra Opptappingsplanen til oppbygging av kommunale boliger og bofellesskap, som boform for personer med psykiske lidelser og ruslidelser (Ramsdal 2013).

Historisk sett har institusjonen vært den dominerende bo- og behandlingsformen for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Psykiatrien ble etablert som spesialisert virksomhet på 1800-tallet, og fokuserte på sentralisering og bygging av ulike psykiatriske institusjoner. De siste 30 årene har det vært foretatt en nedbygging av store institusjoner, og mennesker med psykiske- og/eller rusrelaterte helseproblemer bor i større grad i egen bolig (Ramsdal 2013). Det er kommunene som har ansvar for å tilby fleksible og varige botilbud til denne brukergruppa, og å yte tjenester som skal hjelpe den enkelte med å mestre sin bo- og livssituasjon. Ulike former for botiltak og tjenester i bolig er anbefalt for å oppnå disse målene, særlig for personer med alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet 2014). Det betyr at oppfølgingen i psykisk helsearbeid – i større grad enn tidligere – skjer i brukernes eget hjem.

Det siste nasjonale bidraget for psykisk helsearbeid er veilederen *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Helsedirektoratet 2014). Veilederen legger vekt på at de kommunale psykiske helsetjenestene skal utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. Brukeren er den viktigste aktøren i arbeidet og skal ha innflytelse i sin egen bedringsprosess. Tjenestene skal bidra til å fremme mestring av eget liv og viktige livsområder som bolig, arbeid, økonomi og sosial inkludering. Gode relasjoner og allianser mellom bruker og tjenesteutøvere, samt tilgjengelighet og individuelt tilpassede opplegg, skal vektlegges (Helsedirektoratet 2014).

Sentrale perspektiver i tjenestene skal være empowerment, brukermedvirkning og recovery, med utgangspunkt i brukernes erfaringer og opplevelser. Særlig skal det satses videre på en tydelig recoveryorientering i tjenestene (Helsedirektoratet 2014). Veilederen legger også vekt på at brukerens egen kompetanse skal inkluderes som et faglig perspektiv, for å sikre brukermedvirkning: «*Brukermedvirkning gir mestring: (...) å involvere og anvende brukerens kompetanse er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes*» (Helsedirektoratet 2014:18).

Erfaringsbasert kunnskap og kompetanse har fått større fokus i forskning de senere årene, og brukererfaringer med psykiske helsetjenester er i større grad involvert i forskning (Norvoll 2013). Både i psykiske helsetjenester generelt, og i utformingen av boligjenester, er det et grunnleggende behov for kunnskap om brukernes egne erfaringer med tjenestene. Kunnskapen er nødvendig for å kunne videreutvikle og kvalitetssikre tjenestetilbud både på system- og individnivå, og for de konkrete tiltakene som skal utformes. For at brukerperspektivet skal bli tatt på alvor må den erfaringsnære kunnskapen også gyldiggjøres og inkluderes som kilde til kunnskap og kompetanse (Ekeland 2011, Westerlund og Bjørgen 2011, Norvoll 2013).

Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap i psykisk helsearbeid, knyttet til feltets nye og endrede rammer, roller, intervensjoner og samarbeidsarenaer (Borg og Karlsson 2013, Andvig og Gonzalez 2014). Bruk av bofellesskap som boform og tjenestetilbud, og hjemmet som samarbeidsarena, er eksempler på slike forhold. Kvaliteten på tjenestetilbud i bolig kan styrkes, ved å legge mer vekt på brukererfaringer (Vold Hansen 2013). Dette aktualiserer behovet for kunnskap om brukererfaringer fra hverdagslivet i bofellesskap, og hvordan bofellesskap som bo- og tjenesteform kan bidra til å nå sine overordnede mål knyttet til empowerment, brukermedvirkning, mestring og recovery.

Om studien

Denne studien er en kvalitativ undersøkelse, basert på individuelle dybdeintervju med ti personer som bor i fem ulike bemannede bofellesskap for personer med psykiske lidelser, i Trondheim Kommune. Data ble samlet inn gjennom et overordnet samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag og Trondheim Kommune, *Med brukers mestring i fokus*. Dette prosjektet beskrives nærmere i neste kapittel. Det er benyttet en fenomenologisk tilnærming, og jeg har brukt fremgangsmåten fenomenologisk analyse for å analysere datamaterialet. Funnene diskuteres opp mot tidligere forskning, samt teori om recovery, empowerment, brukermedvirkning, hverdagsliv og mestring.

Jeg jobber selv ved ett av disse botiltakene i Trondheim Kommune. Jeg har derfor god kjennskap til hvordan bofellesskapene driftes, og arbeidet som gjøres knyttet til overordnede mål om brukermedvirkning og en mestrings- og recoveryorientert praksis. En forutsetning i dette arbeidet – slik jeg ser det – er at brukerens behov, ønsker og mål er i fokus, og at oppfølgingen er fleksibel og individuelt tilpasset. Samtidig har jeg observert at det kan oppstå ulike utfordringer i samarbeidet mellom brukere og personal, eksempelvis at de ikke er samstemte i oppfattelsen av hva som bidrar til en god hverdag. Det er heller ikke så rart, i og med at definisjonen og betydningen av disse tema gjerne er individuelt og personlig. Jeg har også observert at det er store variasjoner når det gjelder tilfredshet og trivsel for de som bor i bofellesskapene.

Det var disse observasjonene, samt arbeidet i det overordnede prosjektet, som drev min nysgjerrighet til å få vite mer om brukernes erfaringer med å bo i bofellesskap. Hvordan er brukernes hverdag før og etter innflytting i botiltaket? Har de opplevd noen endringer? Hva mener de er positivt og negativt med boformen? Hvordan påvirker konteksten hverdagen deres? Hvordan ser de på relasjoner med personal og naboer i botiltaket? Har de andre ønsker for egen bosituasjon, andre boformer? Er hverdagslivet i botiltak annerledes enn andres hverdag? Bidrar boformen til mestring for den enkelte?

1.2 Problemstilling

Jeg ønsker å se nærmere på hverdagen i bofellesskap for personer med psykiske lidelser, gjennom denne problemstillingen:

*Hvilke erfaringer har personer som bor i bofellesskap, knyttet til hverdagsliv og mestring?
Hvordan kan boformen bidra til å fremme recovery for personer med psykiske lidelser?*

Hensikten med studien er å få et innblikk i den opplevde og erfarte tilværelsen brukerne har i sitt hverdagsliv i botiltaket, gjennom å få frem noen av stemmene deres. Det er også interessant å undersøke, i lys av et brukerperspektiv, om boformen fremmer det som er de overordnede målene med tjenestene: empowerment, brukermedvirkning, mestring og recovery.

1.3 Tidligere forskning

Jeg har søkt etter litteratur for å finne ut om hverdagsliv, brukererfaringer, mestring og recovery i tilknytning til bofellesskap for personer med psykiske lidelser, har vært fokus i annen forskning. Forskningen jeg presenterer er relevant til studien på ulike måter.

Jeg har valgt å dele litteraturfunnene inn i to kategorier. En kategori er *boligens funksjon og betydning, og erfaringer fra bofellesskap*. Dette er relevant for å sammenligne mine funn med annen forskning om brukererfaringer fra bofellesskap. Jeg bruker noen underoverskrifter for å strukturere innholdet. Den andre kategorien handler om *hverdagskonteksten, brukermedvirkning og hjemmet som samarbeidsarena*. I denne kategorien har jeg inkludert noe forskning gjort knyttet til oppsøkende tjenester og ambulerende team. Konteksten i bofellesskap er noe annerledes, men det har likevel en overføringsverdi på grunn av flere likhetstrekk med oppsøkende tjenester. I begge kategorier inkluderes forskning med fokus på recovery.

Boligens funksjon og betydning, og erfaringer fra bofellesskap

Flere utredninger og forskning som er gjort knyttet til bolig for personer med psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet, har hatt fokus på *behovet* for bolig og den fysiske utformingen av boligen (Rambøll 2010). Kvalitative studier med fokus på boligen som et hjem og dens betydning for helse og trivsel, har fått mindre oppmerksomhet enn kvantitative studier (Andvig et al. 2013). I senere tid har betydningen av egen bolig fått mer fokus for dens potensielle betydning for psykisk helse og bedringsprosesser. Brukerstemmer og deres erfaringer med betydningen av egen bolig, er likevel mindre studert i kvalitative studier (Borg et al. 2005, Borg og Davidsson 2008, Borg og Karlsson 2010). Likeså har brukererfaringer fra personer som bor i tilrettelagte bofellesskap vært underrepresentert i forskning (Chilvers et al. 2006, Bengtsson-Tops et al. 2014).

Flere av mine søk ga treff som omhandlet *Housing First* og bosetting av hjemløse. Bosetting i seg selv er ikke fokus i min studie. Å ha tak over hodet og ha et hjem, legger jeg til grunn som en rettighet. Jeg vil likevel referere til en brukerstudie fra USA, som undersøkte den subjektive betydningen av å ha en bolig og et hjem, blant 39 personer med alvorlig psykiske lidelser som ble bosatt i egne boliger gjennom et Housing First-prosjekt på slutten av 90-tallet (Padgett 2007). Funn i studien viste at selv om brukerne hadde en bolig, var ikke det synonymt med opplevelsen av å ha et *hjem*. Ei heller var det å ha et hjem, en garanti for å få en god hverdag. Selv om informantene hadde et hjem kunne de være i mangel av viktige bedringsfaktorer, som håp for fremtiden, jobb eller aktivitet, fellesskap, sosial støtte og deltagelse i samfunnet.

Forfatteren konkluderer med at det å ha et hjem, ikke gir garanti for opplevelsen av bedring. Samtidig kan hjemmet være et stabilt grunnlag, hvor man har mulighet til å komme seg og gjenoppbygge et mer normalisert liv med de psykiske utfordringer man har (Padgett 2007). Lignende funn ble gjort i en studie fra Australia, hvor hjemmet ble beskrevet som en stabil og trygg base. Informantene ønsket samtidig at boligen skulle medfølge tilgang til ressurser som støtter recoveryprosesser, og ikke bare tilby tak over hodet (Chesters et al. 2005).

Tilrettelagte boliger sin funksjon som en stabil plattform eller en trygg base, er beskrevet i flere studier (Hansen 2006, Kyle og Dunn 2008, Carpenter-Song et al. 2012, Hansen og Grødem 2012, Frestad 2013, Andvig et al. 2013, Bengtsson-Tops et al. 2014). Chilvers et al. (2006) sammenlignet effekten av botiltak i forhold til personer som fikk annen oppfølging, og konkluderer med at bemannede bofellesskap har et stort potensial som en trygg base, for personer som trenger stabilitet og støtte (Chilvers et al. 2006).

Egnede og behovstilpassede tjenester og bolig beskrives også å ha en sentral positiv effekt for å fremme recovery (Chesters et al. 2005, Hansen 2006, Browne et al. 2008). Andvig et al. (2013) har gjort en systematisk kunnskapsoversikt av kvalitative studier, med fokus på brukeres erfaringer med å bo i egen bolig og i ulike former for botiltak. Et funn var at brukerne ønsket en bolig med oppfølging tilpasset sin helsetilstand, særlig i vanskelige perioder. For brukere som hadde bodd i lengre tid på institusjon, hadde egen bolig stor betydning for følelse av selvbestemmelse og kontroll, samtidig som det ga følelsen av økt trygghet og sikkerhet (Andvig et al. 2013, Chesters et al. 2005). Nærheten til personell synes også å være en viktig del av opplevelsen av trygghet, for de som bor i bofellesskap (Chilvers et al. 2006, Hansen 2006, Hansen og Grødem 2012, Carpenter-Song et al. 2012, Andvig et al. 2013, Frestad 2013, Bengtsson-Tops et al. 2014).

Både Eidså et al. (2016) og Hansen og Grødem (2012) konkluderer med at bofellesskap bidrar til mindre ensomhet, og informantene rapporterte at de hadde et bedre liv etter de flyttet til bofellesskapene. Informantene i Frestad (2013) sin masteroppgave, fortalte at de opplevde bedre psykisk helse etter de flyttet inn i bofellesskapene, fordi det gav en følelse av trygghet, mulighet for sosialt samvær og tilgang til personal. Et funn i Ådlands (2003) masteroppgave – i likhet med Eidså et al. (2016) og Frestad (2013) – var at mange klarte seg bedre etter de flyttet i botiltaket: *«I bofellesskapet opplevde de rammer som muliggjorde at de kunne mestre livet på en bedre måte enn tidligere»* (s. 117). Informantene var fornøyde med sin tilværelse i

bofellesskapet. De satte pris på forutsigbarhet og trygghet med permanent bolig, og det å ha tilgjengelig personell i vanskelige perioder (Ådland 2003).

I brukerstudien *Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser* (Hansen 2006), var hovedårsaken til at brukerne valgte å flytte fra vanlige boliger til bofellesskap, et behov for å møte forståelse for sin psykiske helse. Behov for trygghet i form av nærhet til personal og andre beboere var også en av årsakene. Noen av brukerne ønsket å bo med tett oppfølging som en midlertidighet på vei mot et selvstendig liv i egen bolig. For andre var det viktig og trygt med et permanent botilbud (Hansen 2006). Å ha egen varig bolig skaper tro og håp for fremtiden, og er beskrevet å være vesentlig for bedring av psykisk helse (Andvig et al. 2013). Å ha et varig eller permanent tilbud med ubegrenset mulighet for botid er anbefalt også i andre studier, fordi alvorlige psykiske lidelser krever stabile omgivelser for å vedlikeholde en god livskvalitet (Kyle og Dunn 2008, Chesters et al. 2005).

Om å bo i fellesskap

Å bo sammen med andre med psykiske helseutfordringer, er beskrevet som både positivt og negativt. En av fordelene var tryggheten ved å møte forståelse, toleranse og aksept for sine psykiske utfordringer og/eller sosiale vansker (Hansen 2006, Bengtsson-Tops et al. 2014, Petersen et al. 2015,). Samtidig kunne det være utfordrende fordi det ble mye fokus på sykdom, og det kunne oppleves negativt å bo i en samlet gruppe med personer med psykiske lidelser (Bengtsson-Tops et al. 2014, Petersen et al. 2015).

Andvig et al. (2013) fant at mange brukere ofte *ikke* ønsket å bo sammen med andre med psykiske lidelser, fordi det kunne være stressende. Noen hadde også blandede erfaringer med å bo i bolig med personal tilstede (Andvig et al. 2013). Noen følte at dette var trygt, mens andre mente det kunne redusere uavhengighetsfølelsen på grunn av strenge regler. Å måtte forholde seg til regler er også nevnt i Eidså et al. (2016) sin artikkel, basert på en studie om kommunale bofellesskap og dagsenter for personer med psykiske lidelser. Elementer av institusjonslivet hadde blitt videreført til boligen, og kunne gi brukerne følelsen av å fremdeles måtte *følge et opplegg* som var preget av regler.

I Hansen og Grødem's (2012) undersøkelse *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap*, ble både brukere og tjenesteutøvere i kommunene intervjuet. De fortalte om både positive og negative sider ved bofellesskapene. Tryggheten ved å være nær en personalbase var viktig, men det var utfordringer knyttet til beboersammensetning. Det var personer som var *plassert* i bofellesskap, som ikke ønsket eller passet inn i boformen, og mangelen på egnede boliger førte

til at det ble tatt mindre hensyn til sammensetningen av beboere i botiltakene. Lignende funn er gjort av Reed (2015), i botiltakene i Trondheim Kommune.

Sosialt nettverk og innhold i hverdagen

Det er også spekulert i om bofellesskap som boform kan øke sjansen for mindre selvstendighet, økt avhengighet av personal og ytterligere ekskludering fra samfunnet. Chilvers et al. skrev i sin artikkel i 2006, at forskningen som forelå da, ikke ga svar på om fordelene med botiltak veier opp for disse risikoene. I likhet peker Browne et al. (2008) på at tilværelsen i bofellesskap ser ut til å isolere og begrense beboerne fra samfunnet for øvrig. Chesters et al. (2005) skriver at også noe om at bofellesskap har sine begrensninger når det gjelder sosiale relasjoner, fordi det er vanskelig for helsetjenestene å tilrettelegge for opplevelser knyttet til vennskap, kjærlighet og nære og fjerne relasjoner. Samtidig er en det å ha en egnet bolig, beskrevet som viktig for å ha mulighet til å vedlikeholde de sosiale relasjoner man har (Browne et al. 2008).

Flere studier viser at mange som bor i bofellesskap opplever at sosial kontakt begrenser seg til andre beboere med psykiske lidelser og personal. Videre viser de også at beboere i bofellesskap ofte har lite sosialt nettverk, og få eller sosiale aktiviteter utenfor boligens regi (Chesters et al. 2005, Browne et al. 2008, Andvig et al. 2013, Petersen et al. 2015, Eidså et al. 2016). Samtidig er dette også beskrevet som *godt nok* – eller *ønskelig* – for noen. Informantene i Eidså et al. (2016) sin studie følte seg for eksempel mest *hjemme* i bofellesskapet, og i det sosiale fellesskapet der. Sosiale fellesaktiviteter i botiltaket var en av de viktigste bidragene til trivsel i hverdagen (Eidså et al. 2016). De sosiale relasjonene lokalt i bofellesskapet er også beskrevet som potensielt viktig for recovery og forebygging av forverring av psykisk helse (Schön et al. 2009). Nærheten til personalet i botiltaket kan utgjøre en av de viktigste funksjonene i forhold til dette, og relasjoner til personalet er beskrevet både som en type venner eller familie av informantene (Chesters et al. 2005, Schön et al. 2009, Petersen et al. 2015). I likhet med Eidså et al. (2016), viser Ådland (2003) sin studie viser at bofellesskapet representerte en sentral sosial arena for de som bor der, og informantene hadde en samhold- og fellesskapsfølelse overfor sine naboer. Fellesaktivitetene og turene var et viktig bidrag til dette samholdet.

Fellesaktiviteter og fellesarealer i bofellesskapet ble også fremhevet som et viktig bidrag til fellesskapsfølelse i en stor, svensk brukerstudie om erfaringer fra bofellesskap (Bengtsson-Tops et al. 2014). Videre gav dette en følelse av å være en del av samfunnet for øvrig. Bengtsson-Tops et al. (2014) avdekket også at hverdagen ble av mange informanter beskrevet som kjedelig og monoton, med mye fokus på daglige rutiner og selvstendighet. Hverdagen innebar en

utilfredsstillende mental, sosial og praktisk stimulering. Forfatterne poengterer her at det er viktig at personalet i botiltakene jevnlig evaluerer brukernes sosiale og emosjonelle behov (Bengtsson-Tops et al. 2014).

Andre studier peker også på at flere som bor i bofellesskap har et mangelfullt innhold i hverdagen. Hansen (2006) skriver at behovet for mer hjelp og støtte er størst når det gjelder *innhold i livet*, eksempelvis arbeid og meningsfull aktivitet. Lignende ble gjort i en nederlandsk studie (De Heer-Wunderink et al. 2012), som undersøkte sosial inklusjon blant personer som bor i bofellesskap. Forfatterne peker på at det trengs mer ressurser til sysselsetting og aktivitet av denne brukergruppa. Et mer tilgjengelig aktivitets- eller sysselsettingstiltak vil øke sjansene for sosial inkludering (De Heer-Wunderink et al. 2012). Informantene i Ådlands (2003) studie ga også uttrykk for at de ønsket mer innhold i hverdagen sin, i form av tilbud om flere faste fellesaktiviteter.

I en studie om udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser i kommunene, fant også Hansen og Ytrehus (2005) at det er størst udekkede hjelpebehov når det gjelder blant annet sosial kontakt, og bistand til arbeid og dagaktiviteter. Med vissheten om at slike tilbud kan bidra til et styrket sosialt nettverk og en meningsfull hverdag, uttrykte hjelpeapparatet frustrasjon over manglende tilbud og muligheter for brukergruppa. Selv om disse områdene var vektlagt i Opptappingsplanen for psykisk helse, ser det ut til at tilbudet er mangelfullt hos kommunene som deltok i denne undersøkelsen, ifølge Hansen og Ytrehus (2005). Sistnevnte studie var ikke en brukerstudie, men det er aktuelt å eventuelt sammenligne disse funnene med funn i min studie.

Hverdagskonteksten, brukermedvirkning og hjemmet som samarbeidsarena

Ambulerende team og oppsøkende tjenester har de siste årene blitt etablert som alternativ til innleggelse i institusjoner og polikliniske tilbud. Studien *Helhet og sammenheng – god hjelp til personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser* undersøkte den daglige hjelpen som brukere og ansatte erfarte som god (Almvik 2014). Tjenester i hjemmet og nærmiljøet, beskrives å gi større rom for nærhet og mer personlig kontakt, og hverdagskonteksten gjør at veien til en likeverdig og god relasjon blir kortere. Uformelle samtaler i hverdagslige situasjoner, med personlig og ekte innhold, har stor betydning for relasjonen (Almvik 2014). Ulike hverdagsarenaer som samarbeidsrammer gjør også brukernes utfordringer mer synlige, og hjelpen foregår ofte gjennom dagligdagse aktiviteter og løsning av praktiske utfordringer (Almvik 2014, Bengtsson-Tops et al. 2014).

Å mestre praktiske utfordringer og daglige gjøremål, fremheves som et viktig element i recovery i flere studier. Borg (2009) undersøkte brukeres erfaringer med bedringsprosesser ved alvorlige psykiske problemer, med fokus hverdagslivet og mestring av hverdagslige utfordringer. Dagligdagse aktiviteter var viktige å mestre, for å *ikke* mestre, kunne oppleves som uverdigg. Bedringsprosessene som ble beskrevet handlet om å *leve livet*, og gjøre alle de små tingene som de fleste må gjøre i hverdagen, som å handle, vaske, betale regninger, etc. Det å bli bedre handlet ofte om å kunne håndtere dagliglivets forventninger og krav, og å utvikle ferdigheter for å håndtere daglige utfordringer. Informantene snakket også om viktigheten av å være normal, vanlig, eller som folk flest (Borg 2009).

Lignende funn ble gjort i Ådlands (2003) studie. Brukerne opplevde at det å greie i bo i egen leilighet ga bekreftelser på at de mestret eget liv og egen tilværelse. Mestring av gjøremålene og oppgavene som var forbundet med å ha egen bolig, var vesentlig for bekreftelse av egenverdi og ble beskrevet som en kompetanse knyttet til å ha en sosial rolle (Ådland 2003).

Petersen et al. (2015) gjorde en brukerstudie i Danmark, om hvordan hjelpen de fikk i botiltak hadde innvirkning på opplevelsen av recovery. Her er det også beskrevet at brukerne fikk hjelp i form av motivering og bistand i å løse hverdagslige utfordringer. Botiltaket representerte derfor en læringsarena for praktiske og sosiale ferdigheter. Disse ferdighetene var viktige for recovery, særlig etter mange år med sykdom og opphold i institusjon. Hverdagslivet ble beskrevet å ha stor innvirkning på recoveryprosesser, fordi det er nettopp i hverdagen de får den støtten de trenger (Petersen et al. 2015). Det å ha innflytelse og bestemme over egen hverdag og daglige aktiviteter, er beskrevet å være verdifullt for recovery, i en annen dansk brukerstudie (Petersen et al. 2012).

Almvik (2014) fant at den hverdagslige hjelpa, og at fagfolkene forholder seg til brukernes totalsituasjon, bidrar til å utvikle tillit i relasjonen. I en norsk masterstudie om hvordan beboere opplever at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen (Frestad 2013), konkluderer forfatteren blant annet at: «*Interaksjon mellom beboere og personal i daglige rutiner utgjør en viktig ressurs i bedringsprosesser som fører menneskene mot bedre psykisk helse*».

Det å *ha noen der* og at fagfolkene er fleksible og lett tilgjengelige, trekker brukerne frem som viktig (Almvik 2014). Borg (2009) skriver at en slik fleksibilitet er viktig del av helheten, fordi hverdagslivets hendelser og bedringsprosesser vanskelig lar seg planlegge. Flexibilitet nevnes også som et kjennetegn på en god psykisk helsetjeneste, i en bruker spør bruker-undersøkelse

(Steinsbekk et al. 2013). Denne er relevant for min studie på generell basis, for å kunne sammenligne med mine funn knyttet til relasjoner og tjenestetilbud. Artikkelen summerer opp ti kjennetegn på gode tjenester. Respekt og flinke fagpersoner var to grunnleggende kjennetegn for de åtte andre: sosial kontakt, forutsigbarhet, fleksibilitet, felles beslutninger, ansvarsfrihet, god informasjon, samhandling og utviklingsmuligheter (Steinsbekk et al. 2013).

Samarbeid med personal i botiltak er også beskrevet som en utfordring for brukermedvirkning. Petersen et al. (2012) sin studie handlet om hvordan voksne med psykiske lidelser tilrettelagte boliger, opplevde brukermedvirkning i samspill med personalet. Brukernes relasjoner og samarbeid med personalet trekkes frem som essensielt for at rehabiliteringen skal lykkes. Samtidig kunne brukerne oppleve at de måtte kjempe for selvbestemmelse og anerkjennelse fra personalet. Opplevelse av lite medvirkning var størst i perioder med forverring av psykisk helsetilstand. Det kunne oppstå konflikter mellom behovet for omsorg i dårlige perioder, og samtidig få anerkjennelse for sine egne meninger og avgjørelser. Artikkelen skriver at en implikasjon for praksis, er å vurdere hvordan tjenestene i psykisk helsearbeid kan bidra til å utjevne maktforskjellen mellom personal og brukere, for å bidra til å nå målene om empowerment og medvirkning i psykisk helsearbeid (Petersen et al. 2012).

Steinsbekk et al. (2013) var også innom samme tema som Petersen et al. (2012). For å sikre selvbestemmelse og medvirkning uavhengig av psykisk tilstand, må tjenestene tilpasses behovene den enkelte har. Selv om noen trenger mer eller tettere hjelp i dårlige perioder, kan behovet for selvstendighet og mestring øke i gode perioder. For å jobbe med mål om økt medvirkning og uavhengighet, må tjenestene samarbeide med brukerne, sørge for å gi tilpassede utfordringer og krav, og tilby ulike muligheter og støtte (Steinsbekk et al. 2013).

Lignende funn ble gjort i Rise et al. (2014) sin brukerstudie, som omhandlet forholdet mellom trygg hjelp, medvirkning og empowerment. Studien viste at brukerne har behov for *både* en sikker og stabil omsorg, og motivering og tilrettelegging for mer medvirkning og ansvar i gode perioder. For å få til dette kreves det individuell tilrettelegging, og høyst fleksible rammer som kan tilby tjenester etter behov som stadig endres. Brukermedvirkning vil i denne sammenhengen handle om at brukeren er med å vurdere sitt behov, til enhver tid (Rise et al 2014).

Rise et al. (2011) har gjort en studie om hvordan både brukere og profesjonelle *definerer* brukermedvirkning, og fant at det var verdiforskjeller i definisjonen av begrepet. For å øke mulighetene for brukermedvirkning i de psykiske helsetjenestene, er det nødvendig med

kunnskap og dialog om disse forskjellene. En felles definisjon for begge grupper, var at brukermedvirkning er basert på gjensidig respekt gjennom en dialog, for å samarbeide om felles avgjørelser. Samtidig tillta de ulike verdier og egenskaper i begrepet. For brukerne var respekt en viktig faktor, som ble bygd gjennom dialogen med de profesjonelle. For de profesjonelle var respekten mer implisitt, og dialogen et verktøy for å få til gode løsninger. Begge parter var bekymret for at den andre parten skulle ta beslutninger på egenhånd (Rise et al. 2011).

1.4 Begrepsavklaringer

Alvorlige psykiske lidelser – jeg bruker dette begrepet flere ganger i oppgaven. Helsedirektoratet (2014) definerer disse som alvorlige og langvarige problemer eller lidelser: schizofreni, alvorlig depresjon, alvorlig bipolare lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og medikament- eller rusmiddelavhengighet.

Botiltak og bofellesskap – begreper som Trondheim Kommune bruker om sine samlokaliserte boliger i «Botiltak og treffsteder for psykisk helse». Nærmere beskrivelse av botiltakene følger i kapittel 2. Jeg bruker begrepene botiltak og bofellesskap om hverandre. Artiklene på engelsk bruker begrepet *supportive housing*. På bakgrunn av beskrivelsene i artiklene regner jeg dette som det samme som de norske begrepene.

Bruker – begrepet benyttes om en person som benytter seg av offentlige tjenester, i denne sammenhengen en person som har et tjenestetilbud fra kommunen og/eller bor i et kommunalt bofellesskap. Jeg bruker også begrepet *beboer*. Begrepene bruker og beboer benyttes om hverandre etter hvordan de passer i den aktuelle sammenhengen.

Personalet – begrepet benyttes for de som jobber i bofellesskapene. Jeg benytter også andre betegnelser på tjenesteutøvere; som personell, hjelpepersoner, profesjonelle, ansatte og fagfolk. Disse brukes om hverandre etter hvordan de passer i den aktuelle sammenhengen, og i forhold til hvilket begrep som er benyttet i kilden jeg refererer til.

Recovery – jeg bruker både begrepet «recovery» og det norske begrepet «bedring», for eksempel «bedringsprosesser».

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er delt i sju kapitler. I dette kapitlet har jeg gitt en innføring i bakgrunn for oppgaven, aktuell tidligere forskning og beskrevet hva studien ønsker å undersøke.

I kapittel to beskrives konteksten: botiltakene i Trondheim Kommune. I samme kapittel beskrives det overordnede prosjektet som denne studien bygger på. I kapittel tre følger aktuell teori. I kapittel fire beskrives metodevalg og gjennomføring av studien, og noen etiske refleksjoner. I kapittel fem presenteres studiens funn, presentert i ulike tema som ble arbeidet frem av den fenomenologiske dataanalysen.

I kapittel seks diskuteres og drøftes studiens empiri opp mot aktuell forskning og teori. I samme kapittel diskuteres også metoden mot kriterier om gyldighet og overførbarhet.

I siste kapittel skriver jeg en oppsummering av studien, inkludert mulige implikasjoner for praksis og behov for videre forskning.

2.0 Konteksten: botiltakene i Trondheim Kommune

Trondheim Kommune laget en egen psykiatriplan fra 2002 til 2006, med midler fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Målet var å etablere inntil 80 nye boliger for personer med langvarige alvorlige psykiske lidelser. I denne perioden ble flere botiltak bygget (Holm 2006). Disse botiltakene i Trondheim Kommune er organisert i en egen enhet som heter *Botiltak og treffsteder for psykisk helse*. Botiltakene kalles også *bolig med base*, det vil si at det finnes en tilgjengelig personalbase i tilknytning til botiltaket.

Enheten består av totalt åtte botiltak, spredt i ulike bydeler, med ca. 120 beboere totalt. Aldersgruppen er fra 18 år og oppover. Botiltakene varierer i størrelse fra 7 til 30 leiligheter, 1- eller 2-roms. Utformingen av botiltakene er noe ulik, og det er forskjeller i byggeår og standard på byggene. Boligene består av ett eller flere bygg, hvor beboerne har egen inngang, og personalet er stasjonert i en leilighet i samme kompleks. Alle botiltakene har fellesareal. I fellesareal kan beboerne møtes til sosialt samvær, og det foregår planlagte og spontane aktiviteter, som felles måltider, se tv/film, lese aviser, spille brettspill, ha husmøter med mer (Trondheim Kommune 2014). Hvilket botiltak som tildeles er avhengig av tilgjengeligheten i kommunen. Det gjør at sammensetningen av beboere i botiltakene kan regnes som tilfeldig, og det påvirker valgfriheten man har i forhold til bolig (Reed 2015).

Alle botiltakene er bemannet på dag og kveld. Noen av botiltakene er døgnbemannet og har nattevakt, mens andre er tilknyttet et ambulerende nattevaktteam. Personalet samarbeider med brukernes fastleger og ambulante team tilknyttet spesialisthelsetjenesten ved behov. Bemanningen består av tverrfaglige team, hovedsakelig med helse- og sosialfaglig utdanning. Enheten tilbyr individuelt tilpassede tjenester, basert på behovsvurdering og vedtak fra Helse- og velferdskontorene, ofte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og eventuelt pårørende. Tjenester botiltakene tilbyr er blant annet miljøterapi, sosialt fellesskap i fellesarealene, tilsyn, aktivitetstilbud, støttesamtaler, administrering av medisiner, hjelp til strukturering av hverdagen, koordinering av tjenestetilbud, og opplæring, veiledning og motivering knyttet til dagliglivets aktiviteter og praktiske gjøremål (Trondheim Kommune 2014).

Botiltakene har en hovedmålsetting om å legge til rette for størst mulig grad av selvstendighet og mestring av hverdagen ut fra individuelle forutsetninger, med fokus på brukarmedvirkning, brukernes ressurser, forutsigbarhet, trygghet og trivsel (Trondheim Kommune 2014). For å få tildelt bolig i enheten er kriteriene at brukeren skal ha en alvorlig psykisk lidelse, eventuelt

samtidig ruslidelse, som vanskeliggjør det å bo i en ordinær bolig, og som har behov for omfattende bistand på flere livsområder. Noen av beboerne har vært bostedsløse og noen har vært mange år i institusjon. Andre har bodd i ordinær bolig, men av ulike årsaker hatt behov for mer oppfølging enn hva ambulant eller oppsøkende virksomhet kan tilby. *Ett* av botiltakene skiller seg ut ved at kriteriene for tildeling er at brukeren må ha en samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP).

Boligene eies av Trondheim Kommune, og det benyttes standard leiekontrakter med beboerne. Leiekontrakten gjelder så lenge brukeren fortsatt har behov for bolig med tjenester. Det vanligste er 3-års kontrakter. Min erfaring er at leiekontraktene er svært enkelt å få forlenget, og det kreves kun en kort begrunnelse for søknad om forlengelse. Kontrakten forlenges nærmest automatisk dersom ingen melder fra om behovsendring eller ønske om endring eller oppsigelse av leiekontrakten. Det skjer sjeldent, eller aldri, at beboere *ikke* får fornyet sin leiekontrakt dersom de selv vil fortsette å bo der – så lenge de ikke har misligholdt leiekontrakten. Mange som bor i botiltakene har bodd der siden de ble startet (opptil 10 år), og det er liten utskifting av beboere i botiltakene per dags dato. Noen flytter videre i ordinær kommunal bolig eller kjøper seg egen bolig, og noen får mister boligen på grunn av mislighold av leiekontrakten.

Trondheim Kommunes tjenester, sett i lys av veilederen «Sammen om mestring»

Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring* (2014), omtaler tre ulike hovedforløp for tilrettelegging av tiltak i psykiske helsetjenester. Forløpene er delt i forhold til problemenes art, alvorlighetsgrad og antatt varighet. Forløp 1 omfatter rusproblemer og psykiske problemer som forventes å være milde og kortvarige, forløp 2 omfatter korte alvorlige problemer og langvarige mildere problemer, forløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

Slik Trondheim Kommunes psykiske helsearbeid og rusarbeid er organisert per i dag, regnes botiltak som boform som et tilbud til personer som kan kategoriseres i forløp 3. Enhetens faglige grunnlagsdokument beskriver at enhetens målgruppe har behov for langvarig og tett oppfølging, og at det er viktig å vektlegge mestring og aktivisering uansett grad av problematikk (Trondheim Kommune 2016). I forløp 3 skal hovedfokuset være å tilrettelegging for mestring og bedring av livssituasjon, og å forhindre tilleggsproblemer. Kartlegginger og vurderinger som gjøres skal bygge på et ressurs- og mestringsperspektiv, slik at brukeren blir en aktør og ikke bare en tjenestemottaker. Bistand til å mestre livet skal være i fokus, og ikke bare det å redusere symptomer. Ofte vil kommunene være nødt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, og

behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil være størst for personer med alvorlige lidelser (Helsedirektoratet 2014).

2.1 Med brukers mestring i fokus: samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Sør-Trøndelag

I 2013 startet Trondheim Kommunes enhet *Botiltak og treffsted for psykisk helse* et tverrfaglig samarbeidsprosjekt med Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling for helse- og sosialfag. Prosjektet ble finansiert av midler som tildeles samarbeidsprosjekter mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag og praksisfeltet. Dette prosjektet er det overordnede prosjektet for min masterstudie. Brukerintervjuene som ble gjennomført er datamaterialet i denne oppgaven. Her vil jeg beskrive prosjektet og min rolle i det.

Jeg jobber ved ett av enhetens botiltak, og ble spurt om å delta i prosjektet av min leder. Øvrige deltakere i prosjektet var fem høgskoleansatte og ni ansatte fra botiltak. Prosjektarbeidet besto av tverrfaglige diskusjoner og litteraturstudie, og det ble gjort dybdeintervju og gruppeintervju av ledere, primærkontakter og brukere. Målet for prosjektet var å utarbeide en felles veileder og strategi for ansatte i botiltakene, for økt fokus på arbeid med mestring og hverdagslivets mestring. Prosjektet ble døpt *Med brukers mestring i fokus*. Veilederen skulle blant annet ha fokus på hvordan de ansatte kan endre sin rolle fra *hjelper* til *veileder*.

Botiltakene har en hovedmålsetting om å legge til rette for selvstendighet og mestring i hverdagen, med fokus på brukermedvirkning og brukernes ressurser (Trondheim Kommune 2014). Det manglet derimot en tilnæringsmetode og et arbeidsverktøy som var tilpasset konteksten i botiltakene, som var langsiktig og med fokus på mestring av hverdagslivet. Det var behov for å synliggjøre og systematisere den tverrfaglige ressursen, i arbeidet med å fremme mestring. Det var også et behov for å skape en felles forståelse av hvordan vi jobber med mestring, og på en samkjørt måte kommunisere mestringsfokuset til brukerne.

Prosjektet resulterte i en veileder og grunnlagsdokument for enheten: «*Med brukers mestring i fokus. En tverrfaglig veileder for ansatte ved botiltakene i Trondheim Kommune, Enhet for botiltak psykisk helse*». Veilederen er et verktøy som beskriver aktuelle perspektiver i mestringsarbeid og hverdagsliv i botiltak, og om å arbeide systematisk med mestring og med konkrete strategier forankret i brukermedvirkning. I metodekapittelet skriver jeg mer om prosjektets tilnærming og metodevalg, samt utdypet min rolle og forforståelse.

3.0 Teori

I de to foregående kapitlene har jeg beskrevet rammene som danner bakgrunnen for informantenes hverdag i botiltaket; fremveksten av bofellesskap som bo- og tjenesteform i psykisk helsearbeid, hjemmet som samarbeidsarena, og økt fokus på brukermedvirkning, recovery og mestringsorienterte praksiser. Konteksten som informantene i denne studien befinner seg i, botiltakene i Trondheim Kommune, er også beskrevet. Av tidligere forskning på området har jeg presentert andre studier om brukererfaringer fra bofellesskap, recovery og om psykisk helsearbeid på ulike hverdagsarenaer.

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere begreper og teorier som er sentrale for studien: recovery, mestring, hverdagsliv, brukermedvirkning og empowerment. Disse er mye brukte begreper i både overordnede mål for psykiske helsearbeid, og i lokale mål og visjoner for bofellesskapene som studiens informanter bor i. *Innholdet* i begrepene har innvirkning på hvordan det defineres og brukes i praksisfeltet. Askheim (2016) og Ekeland og Heggen (2007) skriver at det er nødvendig å gjennomgå og drøfte slike begrep for å bidra til å gi de innhold.

Det overordnede teoretiske perspektivet i denne studien er *recovery*, og mine funn diskuteres i et recoveryperspektiv i diskusjonsdelen. Jeg beskriver her hva recovery handler om, og om ulike forståelsesmodeller. Videre skriver jeg om begrepet mestring og perspektiver på mestring. Mestring er sentralt i teorien om salutogenese, som også beskrives kort i kapittelet. Om hverdagsliv og hjem skriver jeg om dets rolle og betydning i psykisk helsearbeid. Videre skriver jeg om brukermedvirkning og empowerment, og litt om aktuelle utfordringer.

3.1 Recovery

Historikk og kunnskapsgrunnlag

Interessen for recovery som kunnskapsområde og grunnlag for praksisutvikling har vært økende de senere årene, men det er over 25 år siden recoverybegrepet gjorde sitt inntog i Norden. I dag er recovery styrende for helsepolitikk og psykisk helsearbeid i en rekke land (Borg et al. 2011). I Norge har utviklingen av psykiske helsetjenester, med vekst av lokalbaserte tilbud og fokus på brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, bidratt til fokus på recovery (Borg et al. 2013).

Flere prosesser og perspektiver har bidratt til fremveksten av recovery: de institusjonalisering, redusering av psykiatriens maktposisjoner, større fokus på menneske- og pasientrettigheter, humanisme og medvirkning (Borg et al. 2011). Dette utløste et behov for et annet

kunnskapsgrunnlag enn det biologisk orienterte paradigmet. Kritikken mot det biomedisinske perspektivet handlet om at helsetjenesten i større grad burde ivareta individenes subjektive opplevelser og erfaringer (Norvoll 2013). Recovery er et utgangspunkt for endring av grunnlagsforståelsen i behandling av psykiske lidelser. Brukerperspektivet og erfaringskunnskap er sentralt. Kunnskapsgrunnlaget i recovery er personers egne levde erfaringer med psykiske helseproblemer, og hva de selv mener hjelper for å bli bedre (Biong og Borg 2016). Målene i recoveryprosesser kommer fra personen selv, og er ikke behandlingsmål som andre sier en skal etterleve. Kunnskapsgrunnlaget representerer derfor et motstykke til det dominerende medisinske paradigmet i psykisk helse, som har større fokus på symptomer og det som er sykt (Slade 2015).

Pilgrim og McCranie (2013) har sett på recovery i et sosiologisk perspektiv. Her beskrives recovery som et *berettiget samfunnsoppgjør* for personer som har levd og lever med psykiske lidelser og utfordringer. Recovery kan ha en viktig rolle når det gjelder sosial rettferdighet for disse personene, og for å sikre at folk med psykiske helseproblemer blir behandlet på en verdig måte (Pilgrim og McCranie 2013).

Selv om opptrappingsplanen for psykisk helse og nyere statlige føringer for psykisk helsearbeid ønsker å legge til grunn recovery i alle tjenestene, skriver Askheim (2016) at recovery *ikke* fremstår som en dominerende tilnærming på området. Med henvisning til blant annet Ekeland (2011) og Norges Forskningsråd (2009), skriver han feltet fremdeles preges av et ensidig medisinsk kunnskapssyn. Kunnskapsgrunnlaget i recoverytenkningen – erfaringskunnskapen – beskrives å møte mektige krefter i dens forsøk på gjennomslag for et alternativt perspektiv til det medisinske (Askheim 2016). Pilgrim og McCranie (2013) skriver også at recovery møter vanskeligheter under et *vitenskapelig blikk*. En av forklaringene her er at recovery i stor grad består av flytende begreper med subjektive perspektiver: *håp, tro, mening, personlig og prosesser*. Subjektivitet er vanskelig å anerkjenne og/eller likestille opp mot det medisinske (Pilgrim og McCranie 2013).

Recoverybegrepet forstås og brukes på forskjellige måter både i Norge og internasjonalt (Borg et al. 2013, Biong og Borg 2016). Betydningen ser ut til å være avhengig av hvilken kontekst man ser begrepet i (Biong og Borg 2016). Kritikken mot begrepet er blant annet rettet mot individualiseringen i noen av perspektivene. Det har også møtt kritikk for å ha et lite konkret og standardisert innhold, og recoveryperspektivet betegnes som mangfoldig, utydelig og uavklart (Pilgrim og McCranie 2013, Askheim 2016). Askheim (2016) skriver at det er

nødvendig med en begrepsmessig klargjøring, for å minske risikoen for at recovery blir et *slagord uten innhold*. Videre vil jeg forsøke å tydeliggjøre hva recovery handler om, og hvilken betydning det har i denne studien.

Recovery – hva handler det om?

Recovery kan beskrives både som et perspektiv, en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, eller en visjon (Borg et al. 2013). I denne studien er det aktuelt å se på recovery som et perspektiv og et erfaringsbasert kunnskapsfelt. Recovery som et *perspektivbegrep* betyr at det er et grunnleggende perspektiv for hvordan tjenestene og tiltakene skal utformes og utføres. At recovery handler om erfaringsbasert kunnskap, betyr at brukerperspektivet er helt sentralt når man skal vurdere om tjenester er recoveryfremmende eller ei.

Det beskrives at recovery handler lite om behandlingsresultater, og mye om livsprosesser og bedringsprosesser. Det handler om folk sine hverdagsliv, og hva som bidrar til å mestre egen hverdag. Det er også en anerkjennelse av arbeidet som enkeltindivider gjør, for å finne mestringsstrategier som gjør utfordringene lettere å leve med (Borg 2009). Recoveryprosesser er personlige og individuelle, og det er ingen *riktig* måte å gjøre det på (Slade 2009).

Recovery har blant annet utfordret det pessimistiske psykiatriske synet på muligheter for bedring hos personer med schizofreni, ved å vise at folk i større grad faktisk blir bedre av sine psykiske vansker (Topor 2006, Norvoll 2013). Sentralt i recovery er at alle, uavhengig av psykiske lidelser, skal kunne leve selvstendige og meningsfulle liv i sine lokalmiljø (Borg et al. 2013).

Recoverytilnærmingen skiller seg fra tradisjonell tilnærming til psykiske lidelser, ved at den fremmer valg, personlige meninger, erfaringer, ressurser, håp og drømmer, selvstyring og egenkontroll – fremfor profesjonelt ansvar, behandling, diagnose, sykdomsorientering, symptomreduksjon og behandlingseffekter (Slade 2009). Recovery handler om å bygge håp om et bedre liv og tro på en meningsfull fremtid, og finne omgivelser som styrker psykisk helse. Dette skal være personens egen prosess og innsats, men nettverket rundt og sosiale betingelser er også viktige elementer i recoveryprosessen (Borg et. al 2013).

Forståelsesmodeller – recovery som personlig og sosial prosess

Borg et al. (2013) beskriver to aktuelle forståelser av recovery: recovery som en *personlig prosess*, og recovery som en *sosial prosess*. Recovery som en *personlig prosess* handler utelukkende om menneskers egne historier og erfaringer. Det gjelder både erfaringer med å leve

med psykiske helseproblemer, hva som har hjulpet i bedringsprosessen, utvikling av mestringsstrategier for utfordringer, og erfaringer med å samarbeide med helse- og velferdstjenestene.

En viktig del av recoverytenkningen er at man ikke nødvendigvis må bli kvitt alle sine symptomer eller problemer, men at man likevel kan leve et godt liv i lokalsamfunnet, og ikke som *psykiatrisk pasient*. I dette ligger det at man kan gjenfinne tro og håp på egne muligheter, og redefinere seg selv til noe mer enn de psykiske helseproblemene. Å delta i meningsfulle aktiviteter, oppleve tilhørighet og ha relasjoner og samarbeid med andre er også viktig (Borg 2009). Recoveryprosesser kan foregå med eller uten hjelpepersoner, og det handler i stor grad om personens egen innsats og hva den gjør for å mestre hverdagene sine. Det er også viktig å finne folk, omgivelser og systemer som støtter prosessen, og ha fokus på personens erfaringer med hva som hjelper (Borg et al. 2013). Borg (2009) skriver at også hjelpepersoner bør sette seg inn i meninger og ressurser den enkelte har, for å forstå og kunne bistå med å utvikle gode mestringsstrategier for konkrete plager. Det viktigste i recoveryprosesser er at det fører til en opplevd bedring av enkeltindividene. Om det resulterer i at man fortsatt har behov for støtte eller profesjonell hjelp, eller lever med symptomer, er ikke av betydning (Borg et al. 2013).

Recovery som *sosial prosess* handler om sosial kontekst, hverdagsliv og nærmiljø. Hjem, arbeid og aktiviteter, sosiale arenaer, økonomi, og venner har stor betydning for denne prosessen. Recoveryprosesser tar utgangspunkt i personens hverdagsliv og omgivelser, og handler om at personene skal leve det hverdagslivet de ønsker, med valgmuligheter og reelt samarbeid med fagpersoner (Karlsson og Borg 2013). Like viktig er det med fagmiljøer som viser respekt og anerkjennelse av personens erfaringer og preferanser, og som praktiserer samarbeid (Borg et al. 2011). Gode recoveryarenaer er nemlig de vanlige, sosiale omgivelsene. Det er innenfor de vanlige og allmennmenneskelige arenaer en kan finne løsninger og sette i gang bedringsprosesser. Viktig for bedring er forhold som er viktige for alle: gode relasjoner, engasjement, fellesskap, håp, å høre til, finne egne løsninger og så videre (Borg og Topor 2003).

I et sosialt perspektiv er det sentralt å forstå, og jobbe med, hva som kan gi muligheter for opplevelsen av en positiv *sosial identitet* (Borg et al. 2011). Å ha *verdsatte sosiale roller* er beskrevet som et viktig bidrag til å bedre livskvalitet og redusere risiko for forverring eller tilbakefall (Slade 2015).

Det individorienterte recoverybegrepet – personlig recovery – er blant annet problematisert i en internasjonal studie om recovery og sosiale faktorer (Tew et al. 2012). Det å ha kontroll over

eget liv, søke fellesskap, å gjenoppbygge et godt liv og identitet *forutsetter* at man har omgivelser og rammebetingelser som gjør dette mulig. Sosiale faktorer kan både fremme og hindre utvikling og bedring. Å ha anerkjente, sosiale roller krever sosiale strukturer som tillater dette (Tew et al. 2012).

Recovery som en sosial prosess bidrar til å fokusere mindre på individuelle egenskaper, og mer på tjenestene og nærmiljøet, og dens evne til å samarbeide med den enkelte. I en slik sosial forståelse ses recovery som et dynamisk forhold mellom enkeltpersoner og omgivelsene. I et recoveryperspektiv vil det være viktig å jobbe med eventuelle begrensende omgivelser, fordi det kan hindre utvikling og bedring (Borg et al. 2013).

Recovery beskrives å være en individuell opplevelse, og hjelpepersoner sin oppgave er å støtte den enkeltes prosess, uansett hvordan denne ser ut (Borg et al. 2013). I en recoveryorientert tjeneste skal relasjonen mellom personell og person preges av gjensidighet, og være en allianse som jobber side om side. Det er viktig at personell tilbyr valgmuligheter, fremfor å *fikse* problemet. Det anbefales at ansattes motto skal være: «*Du klarer det, vi kan hjelpe*» (Borg et al. 2013). Den faglige ekspertisen skal benyttes som en støtte til brukerne i å ta kontroll over eget liv, og sikre at alle prosesser i tjenesten støtter recovery (Borg et. al 2013).

3.2 Mestring

Recovery beskrives å handle blant annet om hva som fremmer *mestring* i hverdagslivet (Borg 2009). Jeg ser derfor nærmere på begrepet *mestring*. Begrepet er ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NKLMH) sammensatt og vanskelig å definere, og varierer mellom fag og teoretiske tradisjoner. NKLMH (2017) sin oppsummering av de ulike definisjonene av *mestring* innen helse, er at:

«mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon»,

og «som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes hos den enkelte, og relasjonen og samspillet mellom vedkommende og situasjon han eller hun er i. Situasjon forstås her som for eksempel sosiale nettverk, støtteapparat, institusjoner og samfunn»

(www.mestring.no).

Heggen (2007) definerer mestring slik:

«Meistring handlar om å greie noko på eiga hand, om å takle stress, påkjenningar, kriser eller sjukdom slik at ein kjem seg vidare på ein god nok måte. Det handlar om å ta i bruk dei ressursar som ein har eller rår over for å betre situasjonen» (2007:64).

Vifladt og Hopen (2013) skriver at mestring handler oftest om å mestre en tilstand, situasjon eller utfordring i hverdagen. Følelsen av å ha kontroll er sentralt i opplevelse av mestring. I likhet med beskrivelsene av recovery, er definisjonen av opplevd mestring opp til enkeltindividet, og det er ikke en riktig eller gal måte å mestre noe på. Fordi utfordringene kan være i forandring, er mestring også en prosess og handler både om opplevd mestringsevne og om en har tro på at man kan få til noe (Vifladt og Hopen 2013). Samtidig er det er ikke alltid sammenheng mellom mestringskompetanse (evnen til å utføre oppgaver) og mestringsfølelse (følelser og forventninger til utførelsen) (Heggen 2007).

Mestring kan handle om å mestre en tilstand bedre, eller å opprettholde evnen til å mestre, selv om utfordringene øker eller forverres, ifølge Heggen (2007). I et helsepedagogisk perspektiv handler mestring om ting som gir mening, stimulerer interesser og kreativitet, aktiviserer, fremmer glede og lyst, inspirerer og henter frem kreativitet, som igjen mobiliserer positive krefter og styrke (Vifladt og Hopen 2013).

Alle mennesker har behov for å mestre noe, men langvarig sykdom eller funksjonshemming, kan gi større utfordringer (Vifladt og Hopen 2013). Å lære seg å mestre en *hverdag eller livssituasjon* er mer komplekst enn å mestre en konkret ferdighet. Det vil være særlig viktig å gradvis gjenvinne kontrollen over eget liv (Vifladt og Hopen 2013). Fokus på mestring kan også oppleves som en *forventing* fra andre, om at man skal bli bedre. Begrepet kan også forbindes med å *prestere*, og gi assosiasjoner til konkrete ferdigheter (Heggen 2007). Et forventningspress, kombinert med det å måtte håndtere utfordringene man har, kan skape en følelsesmessig byrde (Heggen 2007).

Mestringsteori

Individorienterte og sosialt orienterte mestringsteorier er mest relevant når det gjelder de som har langvarige helseutfordringer (NKLMH 2017). De fleste mestringsteoriene i psykologi og medisin er individorienterte, og handler om den enkeltes evne til å takle utfordringer og stress – med fokus på individets kjennetegn i forhold til situasjonen.

Både Heggen (2007) og NKLMH (2017) argumenterer for at mestring ikke bør forstås som en individuell strategi, men som en del av et større samfunnsperspektiv. Ekeland og Heggen (2007) skriver også det fokuseres for mye på individuell mestring. Det kan føre til at begrepet blir mest symbolsk, og at det derved kan tilsløre av problemer som er knyttet til sosiale og kulturelle forhold.

Utelukkende fokus på individuelle egenskaper og ressurser er problematisk, fordi mestring da kan forstås som den enkeltes evne til å bli bedre eller flinkere. Det kan føre til en større byrde for de som strever med å håndtere sine helseproblemer (Heggen 2007, NKLMH 2017). Hvis mestring utelukkende assosieres med enkeltpersoners evne til å handle og mestre, kan det føre til at de mindre synlige sammenhengene ignoreres. For helsepersonell er det viktig å ha en større forståelse av rammene for mestring (Heggen 2007).

I et sosialt perspektiv handler mestring om: «å ha tilgang til ressursar – til kunnskapar, ferdigheiter, sosiale ressursar, hjelparar eller utstyr, og evne til å utnytte desse» (Heggen 2007:65).

Heggen (2007) viser videre til Brofenbrenners systemteoretiske bioøkologiske utviklingsmodell (1979) for å se på mestring i en større sammenheng enn individperspektiv. Denne vil jeg bruke senere i oppgaven, for å diskutere mine funn. Modellen består av hovedelementene *person, prosess, kontekst og tid*, sett i et mikro- og makrosystem. Samspillet mellom person, kontekst og miljø er det sentrale, med personen er i sentrum.

Mikrosystemet er det nivået som er mest synlig i mestringskontekster- eller situasjoner. Her finnes de ansiktsnære relasjonene og situasjonene, med *aktiviteter, roller og relasjoner* i nærmiljøet, og med sine fysiske og materielle egenskaper. Aktiviteter som man gjør selv eller observerer hos andre, kan påvirke evnen til å mestre noe. Relasjonene til andre kan også påvirke læring og mestring, eksempelvis gjennom hvilken maktbalanse som preger relasjonen eller følelser som skapes mellom personene i relasjonen. Relasjonene personen har til andre, som er varige og gjensidige, er særlig viktige for utvikling. *Roller* kan være hvilke roller personen er forventet å ha i den aktuelle konteksten og i relasjonene den er en del av (Heggen 2007).

Makrosystemet handler om de overordnede rammene, samfunnsideologi og kultur. Disse faktorene kan ha betydning for den enkeltes vilkår for utvikling og opplevelse av mestring, særlig i en situasjon som preges av sykdom og sosiale problemer. Overordnede offentlige føringer og politiske vedtak – eksempelvis om fokus på recovery og mestring i psykisk

helsearbeid – er faktorer som får direkte følger for hvordan folk møtes av fagfolk og kommunale tjenester. På denne måten griper makrosystemet inn i mikrosystemet (Heggen 2007).

Ekeland og Heggen (2007) viser til en potensiell motsetning mellom målet om den *myndige og mestrende klienten* og helsevesenets mål- og resultatstyring. Et mål- og resultatfokus vil kunne hemme fleksibiliteten, som trengs for at enkeltpersoner skal mestre og være myndiggjorte. Dette eksemplifiserer at *flotte begrep* kan bli problematiske i praksis. De spør: samsvarer idealene med realitetene? Hva når brukerne vil medvirke på helt andre måter enn systemet og fagfolk forventer, og legger til rette for? (Ekeland og Heggen 2007).

Et poeng hos Brofenbrenner er at nivåene stadig er i endring, systemene er dynamiske og påvirker hverandre gjensidig. For å forstå mestring og mestringsevne, må man derfor ha et helhetlig syn for alle nivå og den gjensidige påvirkningseffekten av systemene. Måten nivåene påvirker de nære relasjonene og situasjonene, er avgjørende for om de er utviklingshemmende eller fremmende (Heggen 2007).

3.2.1 Salutogenese

Sosiologen Aaron Antonovsky har gitt et viktig bidrag til forståelsen av mestring (Antonovsky 2012). Teorien om salutogenese gir kunnskap om hvordan helse kan forstås og brukes i psykisk helsearbeid. Teorien fokuserer på ressurser og omgivelser som bidrar til helse, og fremhever mestring som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes i relasjonen til omverdenen. Antonovsky er kritisk til en patogenetisk orientering, hvor fokuset er på sykdommens årsaker og hvordan man mestrer en bestemt stressfaktor eller symptom. En salutogenetisk tilnærming er annerledes fordi den fokuserer på det friske og hva som gir god helse (Langeland 2014).

Antonovsky hevder at motstandskraft og evne til mestring er den enkeltes *opplevelse av sammenheng*. Dette er det sentrale begrepet «Sense of Coherence» (SOC). SOC fokuserer på folks aktive evne til å tilpasse seg omgivelser og hendelser, og at indre eller ytre stimuli oppleves som: 1. forståelig (hendelser er forutsigbare og forklarlige), 2. håndterbare (tilgjengelige ressurser) og 3. gir mening (kravene oppleves utfordrende og verdt investeringen) (Langeland 2014). Hvordan man opplever virkeligheten opp mot disse tre, bidrar til ulike grader av mestring og helse. Jo flere motstandsressurser man har og bruker, jo bedre SOC og grad av mestring. Sosial støtte er spesielt viktig. Mestringsstrategier preget av fleksibilitet, rasjonalitet og forutsigbarhet, er også viktig for motstandsressurser (Langeland 2014).

I likhet med Brofenbrenners modell, mener Antonovsky (2012) at mestring er forankret i makrostrukturelle kontekster. Gode tjenester på makronivå, kombinert med den enkeltes evne til å utnytte ressursene som ligger i relasjonene på mikronivå, kan være et viktig bidrag for å skape *tillit til systemet* - som igjen kan føre til økt grad av mestring. Helsearbeidere har et omfattende ansvar for å gjøre situasjoner forståelig, ha fokus på ressurser, og motivere for medvirkning og engasjement (Heggen 2007).

3.3 Hverdagsliv og hjem

I de to foregående underkapitlene, har jeg flere ganger skrevet om hjemmet, hverdagsliv og hverdagslige arenaer, og at disse er sentrale arena for mestrings og recovery. I dette avsnittet ser jeg nærmere på begrepene hverdagsliv og hjem.

I hjemmet og i hverdagslivet kombinerer vi ulike roller og arenaer vi deltar i, og derfor er det et godt grunnlag for å bruke hverdagslivet som innfallsport til økt forståelse av fenomener i samfunnet (Gullestad 1989). I forståelsen av recovery er brukernes hverdag og livsverden helt sentralt, skriver Borg (2009). Skatvedt (2013) skriver i likhet med Borg (2009) at hverdagslivets sosiologi, hverdagslivets mangfold og det alminnelige har etter hvert gjort seg gjeldende i bedringstenkningen og i psykisk helseforskning. Borg (2009) påpeker at det er vanlig at mennesker med alvorlige psykiske problemer blir bedre, og at forhold som angår hverdagslivet er grunnleggende for denne bedringen.

Alle *har* et hverdagsliv, som leves både individuelt, med andre og med samfunnet forøvrig. Hverdagslivet kan sies å være et diffust begrep, og forskningsfelt, med mange dimensjoner. Gullestad (1989) skriver om to dimensjoner. Den ene er «*den daglige organisering av oppgaver og virksomheter*», den andre er «*hverdagslivet som erfaring og livsverden*» (1989:18). Den daglige organiseringen handler om alle de aktivitetene man gjør og rollene man har i hverdagen, og hvordan vi kombinerer disse for å lage en sammenheng i livet. Hverdagslivet som erfaring og livsverden, handler om den enkeltes erfaring og opplevelse av hva som er meningsfullt og viktig for oss. Hverdagslivet er et personlig forhold for hvert enkelt menneske, og det er her vi finner mening, fellesskap, kjærlighet og nærhet (Gullestad 1989).

Scott (2009) skriver at det er viktig at alle har mulighet til å styre sin egen hverdag, og forme innholdet selv. Hverdagen består av mange rutinepregede aktiviteter, det vil si daglige aktiviteter som gjøres for å få ting til å *gå rundt*. Hverdagsaktiviteter handler om innholdet i

hverdagen, altså det vi gjør alene eller sammen med andre. Eksempler på dette kan være å stå opp om morgenen, spise, gå en tur, treffe folk og gjøre en hobbyaktivitet. Borg (2009) skriver at vi tar ofte slike praktiske ferdigheter i hverdagen for gitt, og bare gjør det som er nødvendig i ulike situasjoner.

Gullestad (1989) skriver at hverdagslivet er usynlig og kan være vanskelig å legge merke til, fordi det er så selvsagt. Ordet *hverdag* står tradisjonelt sett i motsetning til helger og høytider, og representerer det trivielle. Forståelsen av begrepet har derimot endret seg. Forskning om hverdagslivet foregår nå i folk sin intimsfære, det vil si med utgangspunkt i hjemmet. Gullestad (1989:24) beskriver dette som kjennetegn i forståelsen av moderne hverdagsliv: «*Hverdagslivet er samfunnet sett i tverrsnitt, med tyngdepunkt i enkeltmennesket og i hjemmet*».

Hjemmet ses på som det personlige, i motsetning til storsamfunnet med byråkrati, effektivitet og spesialisering. Med denne forståelsen av hverdagslivet, er ikke fest og høytid lenger motsatsen til hverdagen. Det beste eksemplet på hverdagsliv er derfor i hjemmet. Hjemmet er en ramme i livet som er skapt av mennesker. Boligen har flere aspekter og betydninger, blant annet sosiale relasjoner, estetikk og bruksverdi. Hjemmet kan også være et uttrykk for symbolverdi, som for eksempel identitet, livsstil, trygghet, selvstendighet, kontroll og mestring. Gjennom hjemmet kan man skape en følelse av retning og mening, ved å skape verdier og lage egne rammer, skriver Gullestad (1989).

Flere studier med brukerperspektiv peker på at samhandling i hverdagslivet, mellom brukere og hjelpepersoner, har et såkalt terapeutisk potensial (Borg 2009, Skatvedt 2009, Almvik et. al 2011). Brukerne oppfatter det uformelle samværet som grunnleggende for både relasjonen og egen bedringsprosess. Samværet åpner for mestringsopplevelser og positiv identitetsbygging, felleskap og alminneliggjøring. Hverdagslivet kan derfor være en viktig arena for fremveksten av «alminnelige identiteter» (Skatvedt 2013). Det kan bety mye for mennesker som kan føle seg annerledes eller sosialt utilpass i samfunnet.

Skatvedt (2013) skriver at det følelsesmessige rundt denne hverdagsligheten bidrar til at det blir en «terapi som virker». Videre skriver Skatvedt (2013): «*Utfordringen ligger kanskje i det å heve det hverdagslige opp og gi det legitimitet som terapeutisk verktøy*» (2013:115).

3.4 Brukermedvirkning og empowerment

Begrepene empowerment og brukermedvirkning er sentrale når det gjelder mulighet til å påvirke helsetjenester, og for relasjonene med folk i hjelpeapparatet. I innledningskapittelet presenterte jeg noen forskningsartikler om brukermedvirkning. I dette kapitlet ser jeg nærmere på selve begrepene og deres innhold. Brukermedvirkning som fenomen har flere former og funksjoner. Det er en lovfestet rettighet, men også en arbeidsform, et virkemiddel og et verdistandpunkt. Utgangspunktet er et menneskesyn hvor alle har selvbestemmelse- og medbestemmelsesrett, som skal sikre en kontinuerlig samhandling mellom bruker og fagutøver (Løken et al. 2006):

«Brukermedvirkning er en sentral verdi i psykisk helsearbeid og viktig både i et demokrati- og deltakelsesperspektiv og i et kvalitetsperspektiv. Brukermedvirkning skal både sikre god kvalitet på tjenestene og at brukeren få økt innflytelse på egen livskvalitet» (Løken et al. 2006:9).

Westerlund (2012) beskriver at brukermedvirkning kan ses på fra et systemnivå, et tjenestenivå og et individnivå. På systemnivå skapes metoder og virkemidler som skal sikre overordnede mål om brukerinnflytelse. På tjenestenivå handler medvirkning om at brukerne skal ha mulighet til å delta i utforming og evaluering av tjenestetilbudet, der deres valg og ressurser blir tatt på alvor. Brukermedvirkning på individnivå handler om å anerkjenne den enkeltes erfaring og kunnskap om og selv og sine strategier, og å anerkjenne dette som en del av kunnskapsgrunnlaget (Westerlund 2012).

Brukermedvirkning henger sammen med empowerment fordi det brukes som en tilnærming for å oppnå empowerment på individnivå. Empowermentbegrepet kan også forstås ut fra ulike perspektiv: individuell myndiggjøring og systemorientert myndiggjøring (Vik 2007). Det individuelle perspektiver legger vekt på den enkeltes følelser av økt makt. Den systemorienterte retningen legger vekt på en større sammenheng, der man må ta hensyn til de sosiale relasjonene de tar del i, for å kunne forstå og hjelpe (Vik 2007).

Direkte oversatt betyr empowerment å *gi makt*. En myndiggjørende praksis handler om å redusere uheldige maktforskjeller i relasjoner (Vik 2007). For å forstå empowerment må man også forstå hva *makt* er. Makt har grunnlag i et avhengighetsforhold til andre, definert slik av Emerson (1962) *«Den eines makt er den andres avhengighet av den førstnevnte»* (siteret i Vik 2007). Makten trenger ikke alltid være synlig i samhandlingen mellom personene, men som et potensial som kan aktiveres. Makt kan være positivt ved at det holder samfunnet sammen,

skaper orden og oversikt, og makt kan være negativt hvis den fordeles og brukes på feil måte (Vik 2007).

Et mål i brukermedvirkning er å øke og styrke brukerinvolvering i møte med tjenestene. En slik medvirkning er best i en likeverdig relasjon mellom brukeren selv og de som skal hjelpe. Dette foregår i den *gode samtalen* og er en kontinuerlig prosess (Westerlund 2012). Fra et brukerperspektiv har medvirkning en sentral betydning for å styre eget liv, å motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert. Det gjør også relasjonen mellom bruker og hjelper mer likeverdig. Likeverdighet i relasjonen forutsetter at hjelperne ser brukeren som et meningsbærende subjekt – på tross av alvorlig psykisk lidelse – og ikke som et objekt for andres intervensjon (Løken et al. 2006). Det er en grunnleggende maktskjevhet mellom profesjonelle og brukere. I følge Deegan (1997) handler empowerment om en verdi om at denne makten kan deles (Deegan 1997). Hun beskriver at en dypere verdi med empowerment, er *kjærlighet*: «*That value is love. That value is to love the people we are called to work with (...) The power in empowerment is love*» (1997:15).

Empowerment handler om at avmaktsfølelsen skal være mindre dominerende i hverdagen. For den som har makt, handler det om å *gi* makt, eller *gi mer* makt, til de som burde ha mer. Målet er å styrke den enkeltes forutsetninger til å styre livet mot sine mål og behov (Vifladt og Hopen 2013). For å sikre at brukermedvirkning har et reelt innhold, må det skapes i det komplekse samspillet mellom fagperson, bruker og *konteksten* de befinner seg i. Brukernes erfaringer blir derfor en viktig kilde til kunnskapsutvikling (Ekeland 2011). For å redusere en potensiell avmaktsfølelse er tilliten mellom personal og bruker viktig (Løken 2006)

Utfordringer

Målene om mestring, empowerment og brukermedvirkning kan også medføre noen utfordringer for helsetjenestene (Løken 2006, Bergem 2007, Vik 2007, Westerlund 2012). Det utfordrer både måten tjenestene tilrettelegges og den tradisjonelle behandlingkulturen. For fagfolkene kan det være utfordrende å forholde seg til omstrukturering av maktrelasjoner, ifølge Vik (2007). Idealene som ligger til grunn for empowerment er at *brukeren vet best*, i motsetning til at *hjelperen vet best*. Ved at den profesjonelles rolle omdefineres til å være en *medvandrer* og ikke en *styrer*, får hjelperen redusert makt over brukeren (Vik 2007).

Tjenestene må legge til rette og oppmuntre til arbeidsmetoder som fremmer medvirkning for brukerne (Løken et. al 2006, Bergem 2007), og sikre systemer som muliggjør medvirkning og gir rom for brukernes egen livs- og hverdagserfaring (Norvoll og Øye 2013). Løken (2006)

argumenterer for at folk må flere *reelle* valg og i større grad ta kontroll over tjenestene sine, dersom målet om myndiggjøring og mestring skal oppnås. Det innebærer også at de må kunne velge *bort* tilbud eller tjenester.

Volden (2014) skriver dette om brukernes preferanser, som han omtaler som *det magreste leddet*, sammenlignet med tjenesteutøveres erfaring og vitenskapelig kunnskap:

«For at borgere som er psykisk utfordret, virkelig skal kunne velge (preferere), kreves det en helt annen respekt for brukeren og hennes opplevelse, historie, identitet, nettverk og kontekst. Tjenesteytere som ikke ønsker eller makter å gå dialogisk til verks i møte med brukerne, men som etter en rask «konsultasjon» i beste fall ber brukeren velge mellom knapper og glansbilder, kan ikke sies å leve opp til kravet om å tilgodese brukerens preferanser» (2014:79).

Westerlund (2012) beskriver også noen potensielle dilemma og utfordringer knyttet til medvirkning. En av disse er når brukere tar valg som fagfolkene vurderer til ikke å være det beste for brukerens helse og sikkerhet. Det kan også være utfordrende å sikre reell medvirkning, når brukeren ikke er i stand til å forstå informasjon eller uttrykke seg verbalt, noe som er nødvendig for god kommunikasjon. Et annet aspekt er når fagfolkene opplever at brukeren ikke ønsker å medvirke, på tross av at de tilrettelegger for det. Westerlund (2012) skriver at det er viktig å huske på at det å overlate beslutninger til andre, er også et valg. Vik (2007) skriver at det da er viktig å legge til rette for at medvirkning likevel skal få best mulige *vekstvilkår* i situasjonen.

Løken (2006) skriver også om at for noen med psykiske lidelser, kommer det perioder hvor de ikke ønsker, eller er ute av stand til å ta stilling til hva som er best for dem selv. Empowerment kan da innebære å selv velge å la hjelpeapparatet ta avgjørelser. *Tillit* er derfor et sentralt begrep knyttet til empowerment og brukermedvirkning, fordi dette krever at brukeren kan ha tillit til at fagfolkene rundt velger det de vurderer som det beste alternativet for den det gjelder. Brukermedvirkning kan også være utfordrende for brukerne, fordi det krever at de i større grad må ta egne valg om hvordan de vil leve. Friheten som ligger i dette er en positiv verdi, samtidig så stiller det noen krav til den som skal velge. Det kan oppleves som krevende å ta valg (Bergem 2007).

Sammenheng mellom begrepene

Jeg vil avslutte dette kapitlet med å oppsummere sammenhengen av begrepene og teoriene jeg bruker i denne studien: recovery, mestring, salutogenese, brukermedvirkning og empowerment – for å synliggjøre begrepenes likheter og hvordan de overlapper hverandre.

Recovery har en salutogen tilnærming, og salutogenese er derfor nært beslektet med recovery. Mestring er sentralt i teorien om salutogenese. Salutogenese og «SOC» har igjen klare paralleller til empowerment. Empowerment er også beslektet med recovery, og empowerment har også en salutogen tilnærming. Recovery handler først og fremst om empowerment, fordi det dreier seg om å ha fokus på brukernes preferanser, ønsker og verdier. Empowerment handler igjen om mestring, fordi mestring handler også om makt som den enkelte har eller ikke har til å styrke egen situasjon. Mestring deretter, ligger nære det mange oppfatter som brukermedvirkning, og dreier seg om at brukeren selv er aktiv medvirkende og ta avgjørelser i spørsmål som angår dem selv (Ekeland og Heggen 2007). Brukermedvirkning henger sammen med empowerment, for uten medvirkning får man heller ingen myndiggjøring.

Min oppsummering i denne sammenhengen er at empowerment og brukermedvirkning er kjerneverdier i overordnede mål som mestring og recovery. Det samme gjelder hverdagskonteksten, som danner grunnlaget i livene til folk, og dermed er den mest sentrale samarbeidsarenaen mellom brukere og hjelpepersoner. Begrepene jeg har nevnt er sammensatte og ikke så tydelig avgrensede, men samlet utgjør de både en viktig ramme, filosofi og tilnærming – fordi det bidrar til å sikre at personer med psykiske lidelser får en god oppfølging av de psykiske helsetjenestene (Slade 2009).

4.0 Metode

Data til min studie ble samlet inn gjennom et overordnet samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag og Trondheim Kommune. Data består av ti individuelle intervjuer med brukere i enheten «Botiltak og treffsted for psykisk helse» i Trondheim Kommune. Prosjektet er beskrevet i kapittel 2. I dette kapittelet vil jeg kort gjøre rede for prosjektets metodevalg, forberedelser, og den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen. Jeg beskriver min rolle som prosjektdeltaker og som masterstudent og min forforståelse. Jeg beskriver analyseprosessen av dataene, og ser på aktuelle etiske problemstillinger ved gjennomføring av undersøkelsen.

4.1 Tilnærming og metodevalg for det overordnede prosjektet

I prosjektet ønsket vi å ha brukerperspektivet i fokus, og vi ville belyse brukernes erfaringer fra sine hverdagsliv i botiltaket. Et av prosjektets tema var mestring, og hvordan personalet i botiltakene kan legge til rette for mestring. For å kunne forstå hverdagslivet i botiltakene, og opplevelse av mestring i hverdagen, var det selvsagt at brukerne måtte involveres.

Vi valgte å benytte kvalitativ metode og fenomenologisk tilnærming. Kvalitative metoder egner seg til beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som vi ønsker å studere (Malterud 2003). Prosjektet handlet om brukernes opplevelse av sin hverdag, og hverdagslivet som beboer i botiltak. For å undersøke dette valgte vi å bruke intervjuetode som fremgangsmåte. Vi valgte å gjennomføre individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer med brukere. Målet med slike intervjuer er å legge til rette for en situasjon for en åpen samtale, som handler om bestemte tema. Ved å bruke god tid og skape en avslappet stemning, kan informanten reflektere over sine erfaringer og meninger om tema (Tjora 2012). Dybdeintervjuer egner seg når vi vil studere meninger, holdninger og erfaringer, altså informantens livsverden eller omverden sett fra deres ståsted (Kvale og Brinkmann 2009). Dybdeintervjuer i dette prosjektet er hensiktsmessig fordi brukernes opplevelser, erfaringer, meninger og tanker er av stor betydning for forståelsen av hverdagslivet i botiltaket. Intervjuene ble lagt opp til å være eksplorerende til temaene, fremfor å spørre ut i fra antakelser eller hypoteser. Dette kan sies å være en induktiv tilnærming (Tjora 2012).

Intervju som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv. Fenomenologisk forskning passer når man ønsker å forstå flere individers felles eller delte erfaringer av et fenomen, og når disse er viktige å forstå for å utvikle praksiser eller politikk, eller få en dypere forståelse av

fenomenet. Fokuset er å beskrive hva informantene har til felles i sin opplevelse av fenomenet, og å redusere individuelle erfaringer til en beskrivelse av den *universelle essensen* (Creswell 2007). Det overordnede filosofiske perspektivet i fenomenologien er å studere folks levde erfaringer. Forskeren skal utvikle beskrivelser av essensene av erfaringene, og *ikke* bruke forklaringer eller analyser (Moustakas 1994; Creswell 2007).

Fenomenologisk forskning består gjerne av dybdeintervjuer av mellom 5 til 25 informanter (Creswell 2007). Tjora (2012) skriver at dybdeintervjuer er hensiktsmessige der hvor man vet for lite om det som skal undersøkes og har begrenset antall informanter. Vi ønsket å få til cirka 12 intervjuer, men det ble totalt 10. Vi vurderte å bruke fokusgruppeintervju fremfor single intervjuer, men vi mente dette var mindre egnet med tanke på de personlige tema som skulle belyses. Dersom det hadde vært mer generelt tema eller om tilfredshet med tjenestene i botiltaket, kunne fokusgruppe vært interessant for å få frem meninger som oppstår i interaksjonen mellom informantene. Valg av dybdeintervju fremfor fokusgruppeintervju var også pragmatisk, med tanke på tidsramme for planlegging og gjennomføring.

4.1.1 Om min rolle i det overordnede prosjektet og min rolle som forsker

Jeg ble spurt om deltakelse i prosjektet, av en leder i enheten. Prosjektet skulle ha med en tverrfaglig gruppe ansatte, og jeg skulle representere vernepleierne. På samme tid tok jeg de siste fagene på masterutdanningen. Underveis i prosjektarbeidet bestemte jeg meg for å ha bolig, mestring og hverdagsliv som tema i masteroppgaven. I samråd med prosjektleder sendte jeg en skriftlig forespørsel om å få bruke datamaterialet fra de planlagte brukerintervjuene, som ble godkjent av prosjektledelsen. Jeg deltok i utformingen av intervjuguide og informasjonsskriv, og hadde ansvar for rekruttering av informanter og den praktiske gjennomføringen av intervjuene.

Selv om jeg fikk bruke dataene til min masteroppgave, var min rolle i dette arbeidet fremdeles som kommunalt ansatt og prosjektmedarbeider, og vi måtte tilpasse intervjuguiden etter tema som prosjektet ønsket svar på. Jeg kunne derfor ikke skreddersy intervjuguiden til problemstillingen som jeg ønsket å jobbe med i masteroppgaven, men fikk mulighet til å komme med innspill til tema og spørsmål som jeg ønsket å belyse i min oppgave. Min rolle som masterstudent foregikk på siden av prosjektet, hvor jeg startet med det skriftlige arbeidet, litteratursøk og lesing, parallelt med intervjuprosessen.

Jeg tilstreber å gjøre arbeidet med studien *transparent*, og beskrive alle elementer i arbeidet med studien, slik at andre kan få et godt innblikk i prosessen. Jeg har systematisk gjort notater

gjennom prosessen i en «masterskriblebok». Denne har vært viktig for å huske alt når arbeidet har strekt seg over en lang tidsperiode. Transparens i kvalitativ forskning har stor betydning for at leseren skal kunne ta stilling til forskningens troverdighet (Tjora 2012).

4.2 Forforståelse

Jeg hadde flere tenkerunder med meg selv i forkant av både rekruttering og gjennomføring av intervju, om hvilke forforståelser og forventinger jeg hadde til problemstillingen min. Dette var i et forsøk på å dempe antagelsenes innvirkning på resultatet av studien.

Et ledd i fenomenologisk analyse, som er den analysemetoden jeg har valgt, er at forskeren skal skrive om sine egne erfaringer med fenomenet og situasjoner som har påvirket disse erfaringene (Creswell 2007). Jeg vil her redegjøre for min forforståelse og antagelser knyttet til studiens tema. Redegjørelsen skal være til hjelp for å kunne legge til side det jeg allerede *tror jeg vet* om mestring og hverdagsliv for personer som bor i botiltak. Den skriftlige jobben med å reflektere over egen forforståelse og antakelser startet jeg derfor i forkant av intervjuene og i forkant av dataanalysen.

I studien forsker jeg på eget praksisfelt, og det betyr at jeg har nærhet, erfaringer og kunnskap om både informantgruppen og tema. Jeg har jobbet innenfor både psykiatri og spesialisthelsetjeneste, og kommunalt psykisk helsearbeid de siste åtte årene. Min faste arbeidsplass de siste fem årene har vært i enheten *Botiltak og treffsted for psykisk helse* i Trondheim Kommune. Det er i denne enheten informantene i studien bor og mottar tjenester fra. Det betyr at jeg har kjennskap til strukturen, rammene og konteksten for informantenes bosituasjon og hverdag. Det vil si eksempelvis fysiske rammer, bemanning, tjenester og tilbud som tilbys, organisatoriske forhold og arbeidsmetoder. Jeg vet at noen ting er forskjellig fra botiltak til botiltak, men jeg har ingen egne erfaringer fra andre botiltak i enheten, enn det jeg selv jobber i. Jeg valgte tema for studien ut fra egen faglige interesse, med et ønske om en bredere kunnskap om psykisk helsearbeid, brukerperspektiv, recovery og mestringsbegrepet. Jeg har både erfaringer med, og meninger om hva som er viktig for å utføre godt psykisk helsearbeid, og er i egen yrkesutøvelse særlig opptatt av relasjoners betydning og brukernes medvirkning i utforming av eget tjenestetilbud.

For å bli mer bevisst min forforståelse, har jeg reflektert over hva jeg *vil* med denne studien. *Vil* jeg at botiltak skal fremstå som en god løsning, og som gir en god hverdag for personer med

psykiske lidelser? Ønsker jeg å få *dokumentert* historier som bekrefter mine egne meninger om hva som er viktig for brukernes opplevelse av mestring i hverdagen? Svaret er både ja og nei. Inspirasjonen til oppgaven vokste nok frem av egne opplevelser knyttet til bedring, mestring og relasjoner med brukere. Jeg ønsker å få noen svar på hvilken måte boformen bidrar til en god hverdag for noen, men også hvordan den kan hindre brukernes opplevelse av mestring.

Min studie er ikke lagt opp til å bare fokusere på det som er bra og hva som fungerer, den skal også se på hva som ikke fungerer, for å kunne ha et refleksivt og kritisk blikk på feltet. Dette er heller ingen *evaluering* av botiltakene sitt tjenestetilbud, dette er en *brukerstudie*. Det viktigste i denne studien er informantene og deres erfaringer. Det er mest hensiktsmessig å starte på *null* og ikke jobbe ut fra hypoteser eller antagelser.

Det er vanskelig å si noe om generelle antakelser, fordi brukergruppen er heterogen og jeg vet at de er svært forskjellige. En antakelse er derfor at informantene vil være ulike på mange områder, og at jeg neppe vil finne mye som er felles for alle eller som alle er enige om. Her er en kort fremstilling av min forforståelse og antakelsene jeg har blitt oppmerksom på i forkant, knyttet til den konkrete problemstillingen og analysen:

- Mange brukere har et begrenset innhold i hverdagen sin med tanke på nettverk og aktiviteter, og skulle ønske de kunne fått mer hjelp til å delta på eksempelvis fritidsaktiviteter.
- Mestring er et uklart begrep for mange av brukerne, og det er ofte ulike oppfatninger mellom brukerne og personalet knyttet til mål om selvstendighet i daglige gjøremål.
- Noen brukere ønsker egentlig å bo andre steder enn i botiltak, men blir boende i mangel på andre alternativer eller hindres av dårlig helse.

Jeg tenker at jeg også må være særlig oppmerksom på om trangen til å forklare eller vurdere informantenes utsagn, vil melde seg. Fordi jeg kjenner til strukturen og personalet i botiltakene, må jeg være bevisst at jeg kan jeg komme i fare for å ville forklare – eller forsvare – innhold i informantenes beskrivelser.

4.3 Gjennomføring av undersøkelsen

I avsnittene som følger vil jeg beskrive arbeidet med studien trinn for trinn, med forberedelser, rekruttering av informanter, og gjennomføring av intervju.

4.3.1 Forberedelser og utforming av intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 1) ble laget av en arbeidsgruppe i prosjektet, gjennom flere felles møter og diskusjoner. Vi jobbet ut fra en projektskisse som beskrev ulike områder og tema for hverdagsliv og mestring, som ble utgangspunkt for ulike spørsmål vi ønsket svar på gjennom brukerstemmer. Intervjuguiden ble bygd opp med tanke på gjennomføring av semistrukturert intervju. Den inneholdt fem hovedspørsmål, med flere underspørsmål, hjelpespørsmål, stikkord og noe hjelpetekst. Vi forsøkte å legge opp intervjuguiden slik at den skulle fungere både for de som forteller mye, og de som trenger mer konkrete spørsmål. Hjelpetekst og stikkord skulle bidra til at samtalen ikke skulle stagnere.

For å legge til rette for en mest mulig oversiktlig intervjusituasjon, satte vi spørsmålene i en rekkefølge som var ment å høste hendelser og informasjon i kronologisk rekkefølge. Første hovedspørsmål handlet om fortid og hvordan hverdagen deres så ut før de flyttet i botiltaket. Andre hovedspørsmål handlet om nåtid og hvordan hverdagen deres er nå. Tredje hovedspørsmål handlet om aktivitet og fritid. Fjerde hovedspørsmål handlet om nettverk og relasjoner. Siste hovedspørsmål handlet om fremtid og ønsker for denne med tanke på bosituasjon. Til slutt åpnet vi for tilføyelser fra informanten – om det er noe de synes er viktig, som ikke har blitt snakket om i intervjuet. Før hvert hovedspørsmål skisserte vi en liten innledning for å gå over til neste tema. Tjora (2012) skriver at dette gir informanten rammer for tematikken.

Først satte vi opp kontrollspørsmål om alder og hvor lenge de hadde bodd i boligen først i intervjuet, men disse flyttet vi til helt på slutten, for å ikke starte intervjuet med lukkede spørsmål, i frykt for at det kunne sette standarden for resten av intervjuet: vi spør - informant svarer osv. Å bruke åpne spørsmål fremfor lukkede spørsmål, gjør at informantene kan utdype det de forteller. Digresjoner underveis i samtalen er gjerne ønskelig, fordi det kan dukke opp nye tema, som kan være viktige for studien (Tjora 2012).

Invitasjon, samtykke og godkjenning

Invitasjon til deltakelse ble laget av prosjektleder, og redigert i samarbeid med meg før innsending til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), våren

2015. At jeg som prosjektmedarbeider og ansatt ved ett av botiltakene, skulle bruke data fra intervjuene i min masteroppgave, ble tydeliggjort i søknaden slik at REK hadde muligheten til å komme med en tilbakemelding på det. Prosjektet ble vurdert til å falle utenfor komiteens mandat, med henvisning til å melde prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Gjennomføring av prosjektet ble godkjent av NSD i juni 2015 (vedlegg 2). Mitt masterprosjekt var en del av hovedprosjektets søknad.

Når det gjelder samtykke fra informantene, sto det i informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet at: *«vi som jobber i prosjektet skal formidle resultater fra studien gjennom ulike former for skriftlig og muntlig formidling»*. Jeg skulle ikke intervju brukere fra eget botiltak eller andre jeg eventuelt kjenner til fra tidligere profesjonsarbeid. Vi laget to ulike versjoner av invitasjon og samtykkeskjema, en med mitt navn og kontaktinformasjon, og en med den andre intervjuerens navn. Dette fordi mulige informanter fra min arbeidsplass ikke skulle bli intervjuet av meg.

4.3.2 Rekruttering av informanter

Prosjektgruppa vurderte ulike metoder for rekruttering av informanter. Ett alternativ var å sende skriftlig informasjon til mulige informanter, slik at de selv kunne ta kontakt dersom de ønsket å delta i studien. Av erfaring visste vi at mange, på grunn av sin psykiske helse, kan synes det er vanskelig å snakke med andre, holde en samtale over tid, forstå skriftlig informasjon og så videre. Dette gjelder selvfølgelig ikke nødvendigvis alle. På bakgrunn av min og andres kunnskap om beboerne i botiltakene anså vi denne løsningen som lite hensiktsmessig, fordi vi var redde for at mange ikke skulle åpne brevet, ikke lese det eller ha vanskelig for å forstå innholdet. Vi valgte derfor heller å benytte botiltakenes fagledere som *døråpnere*.

Rekrutteringen foregikk ved at jeg sendte en e-post til enhetens fem fagledere (juli 2015). Faglederne ble bedt om å videreformidle forespørselen til botiltakenes ansatte og videre igjen til aktuelle informanter. Personer som ønsket å delta i intervju kunne da si fra til noen i botiltakets personalgruppe, eller ta direkte kontakt med intervjueren for å gjøre en avtale. I e-posten presiserte jeg at dersom det meldte seg informanter fra botiltaket hvor jeg selv jobber, skulle dette avtales med og gjennomføres av den andre intervjueren. Bekjentskap mellom informant og intervjuer var et eksklusjonskriterium, det samme gjaldt sterk ruspåvirkning. Inklusjonskriterier for deltakelse i intervju var at brukerne hadde bodd i botiltaket i mer enn ett år. Dette var for å få et langtidsperspektiv på brukernes erfaringer. Erfaringsmessig visste vi at

det er forskjeller på botiltakene når det gjelder struktur og innhold, og derfor ønsket vi representanter fra flest mulig av boligene. Vi ønsket også representanter av begge kjønn.

Totalt femten brukere meldte interesse for intervju. Vi gjennomførte ti intervjuer med brukere fra fem ulike botiltak. To av disse boligene er tilknyttet samme personalgruppe. Ved en av boligene var det ingen som ønsket å delta. Ved en annen bolig ønsket en bruker å bli kontaktet per e-post for å avtale intervju, men brukeren besvarte ikke mine e-posthenvendelser. Ved ett av botiltakene var det to brukere som ønsket å delta, men den ene ble forhindret på grunn av langvarig sykehusopphold, og den andre flyttet før intervjuet ble gjennomført. To andre brukere som også hadde meldt interesse, meldte forfall via personalgruppa, på grunn av dårlig helsetilstand.

Gjennomføring av intervjuene strakk seg over en periode på sju måneder. Vi planla å gjennomføre de fleste intervjuene i august og september i 2015, men det første intervjuet var i august 2015 og det siste i mars 2016. Det varierte hvordan vi ble satt i kontakt med disse informantene. Noen ønsket at personalet i botiltaket kontaktet intervjueren via e-post eller telefon for å gjøre en avtale på deres vegne, og noen ønsket at personalet skulle gi telefonnummeret deres til intervjuer for å gjøre en direkte avtale.

Vi intervjuet totalt ti personer, hvorav fem var kvinner og fem var menn. Informantene varierte i alder fra rundt tretti til seksti år.

4.3.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene foregikk sommer og høst 2015 og vinter 2016. Fire av intervjuene er gjennomført av meg, og seks intervjuer er gjort av en annen representant fra arbeidsgruppa i prosjektet. Fordelingen av intervjuer var av praktiske årsaker, samt på grunn av informanter som jeg hadde kjennskap til gjennom nåværende eller tidligere praksis. Intervjuene ble gjennomført i leilighetene til informantene eller i botiltakets fellesareal/møterom, og varte mellom 30 og 60 minutter. Informantene fikk selv bestemme hvor intervjuer skulle foregå. Intervjusted kan ha stor betydning, og dette er et godt utgangspunkt for at intervjuet skal foregå på en trygg arena for informanten (Tjora 2012). Jeg opplevde det også som en fordel å intervju informantene hjemme, spesielt når tema var hverdagsliv og daglige gjøremål. Flere informanter ga eksempler fra leiligheten, og fortalte historier med utgangspunkt i ting og gjøremål i leiligheten.

Alle informantene samtykket i bruk av lydopptak under intervjuet. Opptakene ble gode, uten støy. Vi gikk gjennom informasjonsskrivet (vedlegg 3) i starten av intervjuet, og innhentet

samtidig skriftlig samtykke til deltakelse i studien (vedlegg 4). Samtidig fikk de informasjon om hvordan opptakene behandles. De ble også informert om at intervjuerne jobbet ved et annet botiltak.

Tjora (2012) anbefaler å strukturere intervjuet med å stille enkle oppvarmingsspørsmål først. Vi valgte å stille spørsmål om alder og botid på slutten av intervjuet. For å skape en god start på intervjusituasjonen, småpratet jeg ved ankomst, hilste på husdyr, og snakket om vær eller sport. Hos en informant fikk jeg servert pulverkaffe, som informanten bemerket at var «*bare et billigmerke*». Jeg svarte raskt at jeg synes kaffe smaker enda bedre når den er billig. Da lo vi begge og det satte en god stemning for resten av intervjuet.

Det var store variasjoner i lengden på svarene som informantene gav, og jeg skjønnte raskt at det kan være svært forskjellig hva folk assosierer med, tolker og vektlegger innenfor et og samme tema. Jeg tok notater etter hvert intervju og tenkte over hva jeg kunne gjøre annerledes ved neste intervju. Et eksempel: en informantene svarte svært utdypende på spørsmålene, og beveget seg ut over tema for intervjuet. Jeg fant det vanskelig å avbryte eller stoppe dette, i frykt for å fornærme informanten eller bremse flyten i intervjuet. Etter jeg hadde tenkt gjennom dette på forhånd ble det enklere å styre samtalen innenfor tema, når samme utfordring oppsto i et senere intervju. Tjora (2012) skriver at intervjuere ofte *modnes* med intervjuguiden, og får den «i fingrene» slik at man kan frigjøre seg fra den i større grad, og få bedre flyt i samtalen. Dette kjenner jeg meg godt igjen i. Sånn sett hadde det vært en fordel om jeg hadde tatt alle intervjuene selv.

Jeg har erfaring med intervjusituasjoner fra tidligere. Jeg har vært informant i masteroppgaver, og jeg har utført både intervju og fokusgruppeintervju med helsearbeidere. I intervjusituasjonen med brukerne forsøkte jeg å skape en trygg og uformell atmosfære og rom for småprat i begynnelsen. Å snakke om hverdagslivet kan være vanskelig fordi det er så selvfølgelig. Mine kunnskaper om samtaler og kommunikasjon kom til nytte i disse settingene. Samtidig måtte jeg være bevisst på å unngå å påvirke informantenes svar ved å stille ledende spørsmål.

Selv om man må ha romslig med tid, skriver Tjora (2012) at intervjuene likevel ikke bør bli så lange at de sliter ut informanten. Vi hadde forberedt informantene på at intervjuet varte cirka en time. Noen informanter synes en time gikk fort, andre hadde ikke mer å si etter en halvtime. Jeg prøvde å være følsom for signaler fra informantene om de var slitne og ønsket å avslutte. Intervjuguiden var bygd opp fra «fortid» til «fremtid», og «fremtid» ble derfor en passende avslutning på intervjuene.

4.3.4 Transkribering

Det overordnede prosjektet hadde budsjettert med å leie inn ekstern hjelp til transkribering. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker av og overført til min private pc hjemme. Både jeg og den andre intervjueren brukte samme lydopptaker, han hentet og leverte denne hos meg i forbindelse med sine intervju. Fra min pc ble intervjuene overført på minnepinne og levert personlig til prosjektleder på Høgskolen i Sør-Trøndelag, som sendte den videre til transkripsjon. Når transkripsjonene var ferdige ble de skrevet ut av prosjektleder og hentet personlig av meg.

Jeg opplevde utfordringer med transkripsjonene, ved at disse var forsinket fra prosjektets eksterne hjelp. I ventetiden brukte jeg tid på å høre på intervjuene i stedet. Jeg transkriberte også fire intervjuer selv, som var utført av den andre intervjueren, for å redusere noe av tapet fra intervjuet; å lese et transkribert intervju som man ikke har vært med på selv, representerer tap fra intervjuet, i form av *visuelle ledetråder* og informasjon om stemning, ifølge Tjora (2012). Når transkripsjonene fra ekstern hjelp var ferdige, leste jeg gjennom dem. Jeg oppdaget da at transkripsjonene var «enklere» og kortere enn mine, samt at informantenes utsagn var skrevet mer som sammendrag og ikke ordrett.

Jeg bestemte meg derfor for å transkribere alle selv, for å kvalitetssikre dataene. Det føltes naturlig for meg å transkribere nokså detaljert, for å få et bedre innblikk i informantenes svar. Tjora (2012) skriver at det lønner seg å være mer detaljert enn hva man tror er nødvendig, for det er vanskelig å vite om detaljer kan få betydning i analysen. I noen av intervjuene var det språklige utfordringer, som gjorde at ekstern transkripsjon ble mangelfull, fordi vedkommende ikke hørte eller forsto hva informanten sa. Da var det en fordel å ha gjort intervjuet selv. Jeg greide å forstå innholdet og transkribere riktig, fordi det er lettere å forstå konteksten til det som blir sagt, når man selv har vært i situasjonen (Tjora 2012).

4.4 Analyse

Jeg valgte fremgangsmåten *fenomenologisk analyse*, av Moustakas (1994) slik den beskrives av Creswell (2007). Jeg har i tillegg brukt Giorgi's (2012) beskrivelse av fenomenologisk analyse. Dette var hensiktsmessig fordi det overordnede prosjektet også hadde en fenomenologisk tilnærming. Moustakas' fremgangsmåte har systematiske steg i dataanalysen,

og retningslinjer for beskrivelsene som skal utarbeides, som er til god hjelp i analysearbeidet når jeg har liten erfaring med denne typen dataanalyse.

Det informantene i denne studien har til felles, er at de bor i et bemannet botiltak, på grunn av psykiske utfordringer som gjør at de trenger bistand og oppfølging i dagliglivet. Ved en fenomenologisk analyse søker jeg her å forstå informantenes *felles erfaringer med mestring og hverdagsliv*, med deres felles kontekst som beboer i et bofellesskap.

Gangen i fenomenologisk forskning og dataanalyse består av å finne et fenomen og studere, skrive om forskerens forforståelse (dette har jeg gjort i kapittel 4.2), samle data fra flere personer som har opplevd fenomenet, og analysere data ved å redusere informasjonen til viktige uttalelser og gruppere disse inn i tema. Videre skal man utvikle en innholdsbeskrivelse av erfaringene, og *hvordan* og *hvorfor* de opplevde det, i forhold til aktuell situasjon og kontekst. Deretter skal man utvikle en kombinasjon av disse beskrivelsene for å formidle en generell essens av erfaringene (Moustakas 1994; Creswell 2007). Denne essensen skal brukes for å avklare og tolke rådataene i studien (Giorgi 2012).

Analysen foregikk i flere trinn, som jeg vil beskrive i neste avsnitt.

4.4.1 Oversikt og horisontalisering

Jeg transkriberte intervjuene selv, og hadde god oversikt over materialet. En fenomenologisk fremgangsmåte er helhetlig og krever at forskeren har en forståelse av materialet i sin helhet, før videre steg kan tas (Giorgi 2012). Jeg leste gjennom intervjuene for å få et helhetsinntrykk. Jeg markerte tekstblokker, og oppsummerte etterpå hvilke tema jeg kunne fange opp i materialet, om informantenes skildring av hverdagslivet og opplevelse av mestring. Jeg laget en liste der temaene fikk et midlertidig navn. Denne fremgangsmåten beskrives som første analysesteg av Malterud (2003), og jeg brukte dette som hjelp til å få et overblikk på materialet.

Intervjuguiden var temabasert for å besvare sentrale spørsmål til det overordnede prosjektet, og derfor var det bestemte tema som vi hadde aktivt stilt spørsmål rundt. Fordi analysen blant annet består av å redusere informasjonen inn i tema, forsøkte jeg å legge disse forhåndsbestemte temaene unna i analysen. Jeg ville unngå at disse skulle påvirke mine valg videre. Et sentralt perspektiv i fenomenologisk forskning er nemlig å *nullstille* seg (Creswell 2007).

Fenomenologisk analyse fokuserer på beskrivelsene av erfaringene til informantene, og har mindre fokus på forskerens tolkninger. Forskeren bør forsøke å sette til side sine egne erfaringer for å ha et *friskt perspektiv* til fenomenet under forskningsprosessen, selv om dette kan være

vanskelig. Et ledd i fenomenologisk analyse er at forskeren skal *skrive* om sine egne erfaringer med fenomenet og situasjoner som har påvirket disse (Creswell 2007). Dette har jeg gjort ved å forsøke å redegjøre for alle egne erfaringer og antakelser om tema (i kapittel 4.2). Det var utfordrende å ikke lese materialet med utgangspunkt i det overordnede prosjektets forhåndsbestemte tema, samtidig som det hjalp meg i *nullstillingen* av antakelser og forforståelse, og fikk meg til å fokusere på de direkte utsagnene og innholdet først, sånn at temaene fikk vokse frem ut fra det.

Horisontalisering

Creswell (2007) skriver at det første steget er å gjennomgå data og identifisere signifikante utsagn. Det vil si sitater som bidrar til en forståelse av hvordan informantene erfarte fenomenet. Moustakas (1994) kaller denne delen *horizontalization*. Jeg leste materialet på nytt og merket av signifikante utsagn; setninger eller sitater som bidrar til en forståelse av informantenes erfaringer, som sier noe om deres erfaringer med hverdagsliv og mestring. Giorgi (2012) kaller disse delene for *meningsenheter*. De er vilkårlige og har ingen teoretisk vekt, og de påvirkes av forskerens holdning. Ulike forskere kan ha ulike meningsenheter. En slik inndeling er praktisk i analysen, fordi mange svar er for lange til å brukes i sin helhet (Giorgi 2012).

Mellom 10 og 20 signifikante utsagn ble tatt ut, for hvert av de ti intervjuene. Disse uttalelsene satte jeg opp tabeller, én tabell for hvert intervju. Utsagnene besto av spesielle uttrykk, korte eller lange setninger, beskrivelser og fortellinger. Noen av informantene ga relativt korte beskrivelser, derfor sammenfattet jeg noen av svarene som omhandlet samme tema, for å konstruere mer utfyllende svar og gjøre det enklere å gruppere mening og tema.

4.4.2 Meningsgruppering og temainndeling

Etter horisontaliseringen, skal man utvikle meningsgrupper fra utsagnene, og videre gruppere disse inn i tema. Giorgi (2012) skriver at bruk av metoden *fri fantasi* er viktig for gjennomføring av dette steget, og kaller denne analysedelen for «*the heart of the method*».

Utsagnene ble som sagt plassert i tabeller. I kolonnen ved siden av utsagnene, skrev jeg en *formulert mening* for hvert utsagn. Noen av uttalelsene var så enkle og direkte at jeg mener det var best å bruke de i sin helhet, og ikke forsøke å omformulere innholdet. I en ny kolonne noterte jeg forslag eller første utkast på et tema, som uttalelsen kunne passe inn i. Her brukte jeg også temaene jeg noterte meg etter den første gjennomlesingen.

De formulerte meningene ble igjen gruppert i ulike tema. Det gjør at det åpnes for fremveksten av tema som er *felles* for alle informantenes fortellinger.

Etter første runde hadde jeg 15 tema eller kategorier. Jeg jobbet lenge med å rydde i kategoriene, og komprimere meningsformuleringer som hadde samme betydning. Jeg ble også oppmerksom på at mange av formuleringene ikke passet så godt i kategorien som jeg først tenkte, og at det egentlig handlet om noe annet. Eksempel: En kategori var «*Å bo med andre med psykiske vansker*». Dette handlet gjerne om nettverk, og ble derfor flyttet til kategori «*Nettverk og vennskap*». Jeg reduserte antall kategorier, fordi de kunne være for like, handle om det samme, og/eller hadde så nær sammenheng at det var unaturlig å skille de. Eksempel: et tema var «*Tanker om mestring*», et annet tema var «*Opplevelser av mestring*». I et førsteutkast var det oversiktlig å skille disse to, men i det videre arbeidet ble det klart at kategoriene passet bedre sammen enn hver for seg. En annen kategori som ble oppløst var «*Boforens funksjon: fellesskap og sosial arena*», fordi alle meningsformuleringene passet bedre i andre kategorier.

Jeg endte opp med seks tema:

- 1) Boligen som et hjem og en arena for selvbestemmelse
- 2) Trygge rammer og relasjoner: tillit og samarbeid
- 3) Innhold og aktivitet i hverdagen: ulike behov
- 4) Mestring av daglige gjøremål: rutiner og motivasjon
- 5) Å være en del av fellesskapet: tilhørighet med utfordringer
- 6) Mot et ordinært hverdagsliv: bedring, mestring og selvstendighet

4.4.3 Innholdsbeskrivelse og strukturbeskrivelse

Med utgangspunkt i signifikante uttalelser, meningsgrupper og temainndelingen, skrev jeg en kort samlet tekst for hvert tema. Teksten fikk format som en historie med én fortellerstemme, og jeg forsøkte å tydeliggjøre *hva* de erfarte (innholdsbeskrivelse) og hvilken kontekst eller situasjon som påvirket erfaringen. Metoden (Moustakas 1994) beskriver at man skal utvikle disse beskrivelsene hver for seg, for deretter å kombinere de. Jeg valgte likevel å kombinere beskrivelsene med en gang, fordi jeg hadde jobbet med dette tidligere i analysen, og vurderte at en ny runde med dette ikke ville tilføre analysen noe mer. Når det gjelder begrepet *generell essens*, mener jeg dette illustreres best av selve temaene kombinert med viktige utsagn og sitater fra rådata. Tema og sitater/utsagn utfyller hverandre med mening. Jeg opplevde også at selv om

hensikten er å finne den generelle essensen, er det like interessant å se på nyansene og paradoksene i materialet – og ikke bare det som er felles og likt.

4.4.4 Litteratursøk

Jeg har søkt etter litteratur for å finne ut om psykisk helse, hverdagsliv, mestring og brukererfaringer i tilknytning til bofellesskap har vært fokus i annen litteratur og forskning. Jeg har gjennomført søk i ulike forskningsdatabaser etter både nasjonale og internasjonale artikler med relevans til studien: Oria, DIVA, Google Scholar, ISI web of science, Pubmed, og EBSCO/PsykInfo. Jeg har foretatt direkte søk i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Psykologtidsskriftet, og NAPHA.

Søkeord jeg benyttet var: erfaring, hjem, bolig, bofellesskap, botiltak, psykisk helsearbeid, mestring, livskvalitet, hverdagsliv, brukererfaringer, brukermedvirkning, recovery, bedringsprosesser, everyday life, supportive housing, supported/supportive housing, (severe) mental illness, og coping. Søkeordene ble kombinert på ulike måter.

4.5 Etiske problemstillinger ved gjennomføring av undersøkelsen

Det foreligger særskilte etiske retningslinjer når man forsker på det som kalles sårbare grupper. Mennesker med psykiske lidelser inngår i denne kategorien.

Informantene ble rekruttert via ansatte i botiltaket, og det er derfor en mulighet at de kan ha opplevd *press* for å delta i studien av ulike årsaker. For å sikre at informantene har mulighet til å inngå et reelt informert samtykke, utformet vi informasjonsskrivet med ord og begreper som er enkle å forstå. I starten av selve intervjuet la vi vekt på at deltakelse var frivillig, at de kunne trekke seg når som helst uten begrunnelse - også i ettertid. Vi la også vekt på at informasjonen de delte i intervjuet ikke ville få noen konsekvenser for deres leiekontrakt eller tilbud i botiltaket, og at prosjektet skulle publiseres i anonymisert form.

Informantene responderte ulikt på denne informasjonen. Noen sa at de ikke brydde seg om de ble gjenkjent, andre ønsket for eksempel en mer detaljert beskrivelse av hvordan en anonymiseringsprosess foregår. En informant spurte – og ønsket bekræftelse på – at intervjuet ikke var en *skjult utredning*, mens vi gikk gjennom informasjonsskrivet. I de tilfellene informantene hadde spørsmål om dette, tok vi oss god tid til å forklare og gjenta formålet med

undersøkelsen, samtidig som vi sa at de valgte selv hva de ville dele med oss og ikke. Mitt inntrykk er at de satte pris på dette, og at det skapte en trygg ramme videre i intervjusituasjonen.

I intervjusituasjonen handler forskningsetikk også om at informanten ikke skal komme til skade, spesielt hvis følsomme temaer dukker opp, uten at intervjueren kan tilby terapeutisk bearbeiding av dette (Malterud 2003). I mange av intervjuene snakket informantene om sin psykiske helse, selv om ingen av spørsmålene handlet direkte om psykisk helse, sykdom eller mestring av symptomer. Vi stilte ikke oppfølgingsspørsmål som gikk direkte på dette heller, men lot informantene beskrive som de ville selv.

I intervjuet spurte vi om informantenes tanker om sin fremtid. Det etiske ved fremtidsspørsmål skal vurderes nøye, fordi det kan skape emosjonelle reaksjoner hos enkelte. Oppfølging bør planlegges på forhånd (Malterud 2003). Dette var gjennomtenkt og ble ivaretatt. I samtykkeskjema sto det at de kunne be om en samtale med personalet, eller ringe intervjuer, hvis de trengte en prat eller lurte på noe i etterkant.

Under intervjuene var jeg bevisst på at samtalen ikke skulle bevege seg i en retning av å være en *terapeutisk samtale*, som har som mål å forbedre menneskers livssituasjon (Kvale og Brinkmann 2009). Fordi vi som intervjuere til daglig jobber med å snakke med folk i like situasjoner, kunne vi fort kommet i fare for å ville forklare, trøste, å oppmuntre eller ville hjelpe informantene. Jeg ble særlig observant på dette etter det første intervjuet jeg hadde, etter jeg lyttet til opptaket. Informanten fortalte at han hadde tankekjør, men ville starte med noen medisiner fordi han følte seg hyperaktiv. Jeg stilte da et spørsmål tilbake hvor jeg foreslo at tankekjøret kunne ha noe med hyperaktiviteten å gjøre. Jeg så i ettertid at spørsmålet mitt var verken relevant eller passende, og er noe jeg heller kunne spurt om hvis vi var i en terapeutisk setting.

Oppbevaring av datamaterialet

Når det gjelder tilgang på og oppbevaring av intervju, har jeg signert en erklæring med prosjektleder (vedlegg 5). Publisierungsrettigheter er også definert i avtalen. Avtalen beskriver at jeg skal oppbevare intervjudata på sikker server, og utskrifter skal låses ned når de ikke er i bruk. Dette har jeg etterfulgt.

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, og overført til ekstern harddisk og en minnepinne. Her ble de lagret i perioden datainnsamlingen pågikk. Opptakene ble slettet fra lydopptakeren. Harddisk og minnepinne ble oppbevart i en låst arkivskuff hjemme hos meg, sammen med

signerte samtykkeskjema. Når datainnsamlingen var ferdig, ble minnepinnen levert personlig til prosjektleder. Ved levering av lydopptak var disse filene merket med et nummer som «*Informant 1*» osv. Det ble ikke registrert navn, fødselsdato, adresse eller lignende. De signerte samtykkeskjemaene er også levert til prosjektleder i forseglet konvolutt.

Det overordnede prosjektets slutt er 01.01.2022. Videre håndtering av datamaterialet følges opp av prosjektleder.

4.5.1 Anonymisering

Navn, adresse, alder og kjønn er utelatt fra oppgaven for å sikre informantenes anonymitet. I fremstillingen av informantenes svar i intervjuene, er disse bearbeidet sånn at de ikke skal kunne bli gjenkjent. Fordi jeg ikke kan vite med sikkerhet hvor mange som *vet* hvem som ble intervjuet, har jeg tatt ekstra hensyn til faren for gjenkjenning. Informantene selv kan ha fortalt det til flere, og personalet seg imellom kan ha snakket om hvem som deltok. Jeg velger å bruke fiktive navn på alle informantene, uavhengig av kjønn, for å redusere sjansen for gjenkjenning. Tredjepersoner som informantene nevner, eksempelvis helsepersonell, omtales som «hun».

Kommunen og enheten undersøkelsen ble gjennomført i er tilkjennegitt. På grunn av Trondheims store størrelse, samt enhetens mange brukere (ca. 120 personer), vurderer jeg at dette ikke går utover anonymisering av informantene. Bruk av fagledere og primærkontakter som døråpnere, kan føre til økt fare for gjenkjenning, fordi de vet hvilke brukere som deltok i intervju. Tanken var at kun primærkontakten eventuelt skulle kjenne til hvem som deltok, og at færrest mulig skulle kjenne til hvem som deltok. Men dette ble annerledes i praksis, fordi flere av informantene ba oss henvende oss til personalet som var på jobb når vi kom for intervju, for at de skulle vise oss til deres leilighet og/eller for å presentere oss.. Når såpass få brukere fra hvert botiltak er representert, vurderte jeg at jeg må være ekstra grundig med anonymisering for å redusere faren for gjenkjenning.

Det er en fare for at flere sitater i sammenheng, fra samme informant, kan øke sjansen for gjenkjenning og påvirke anonymiteten av informantene. I fremstillingen av data har jeg vært særlig oppmerksom på dette. Av hensyn til anonymiteten er ikke alle sitatene presentert med navn. Sitatene som gjengis er forholdsvis korte og på bokmål, og de skal ikke være tatt ut av sammenheng med helheten i det informanten forteller.

Sensitive opplysninger om andre personer som informantene nevnte i intervjuet, ble ivaretatt av meg i en anonymiseringsprosess.

5.0 Funn

Vi intervjuet personer som bor i bofellesskap, for å få et innblikk i den erfarte tilværelsen i hverdagslivet. I denne delen av oppgaven gir jeg en fremstilling av sentrale funn i studien. Funnene fremstilles i stor grad beskrivende. Dette passer godt med den fenomenologiske tilnærmingen og analysen, hvor hensikten er å utvikle erfaringsbeskrivelser, fremfor å benytte forklaringer eller analyser (Moustakas 1994, Creswell 2007). Kapittelet er delt inn i de seks tema som fremkom av analysen. De beskrives med utgangspunkt i de ulike analysestegene, inkludert sitateksempler.

Når informantene fortalte om sin hverdag og hva de gjør i løpet av en vanlig dag, skisserte de en hverdag som jeg tror mange kan kjenne seg igjen i. De lagde seg mat, prøvde å opprettholde en god døgnrytme, stelte seg, tok medisiner, gjorde innkjøp, gikk turer, så på tv, hørte musikk, dro til byen, slappet av, og gjorde husarbeid. For noen kunne hverdagen også bestå av jobb, frivillig arbeid, trening, hobbyer og å møte venner og familie. På en annen side kunne hverdagen også føles ensom, kjedelig og utfordrende på noen livsområder. *Innholdet* i informantenes hverdag var i så måte ikke ulikt en hvilken som helst annens hverdag, men *rammene* og *konteksten* for informantenes hverdagsliv er særlig i fokus i denne studien.

5.1 Boligen som et hjem og en arena for selvbestemmelse

Når informantene snakket om å bo i bofellesskap, sammenlignet de ofte med sine erfaringer fra årelange institusjonsopphold. Noen hadde ingen forventninger om hvordan det ville bli å flytte til i et bofellesskap, noen trodde det skulle bli som et «fengsel», og andre så frem til å flytte til egen bolig. I samtlige tilfeller var det *andre* som enten hadde søkt om, eller vurdert at de hadde behov for, tilrettelagt bolig. Likevel hadde de fleste informantene selv ønsket å bo i bofellesskap. De opplevde det som en god løsning for seg selv, fordi det var en mulighet for både å ha egen bolig og mulighet til hjelp fra personal ved behov. En informant sa det slik:

«Jeg fikk beskjed om å søke av legen på (institusjon). Det var jeg ikke så villig til i starten. Men etter hvert så skjønnte jeg, når jeg kom på (annen institusjon), da sa psykologen det samme. Da tenkte jeg at det var lurt. Jeg trodde det skulle bli mer sånn påpassing og nesten som et fengsel, men det ble det ikke. Jeg har min egen leilighet og styrer mitt eget liv».

Det å ha egen bolig ble beskrevet som selve grunnlaget for å kunne styre sitt eget liv, og å ha mulighet til å føle seg selvstendig. Boligen ble av mange informanter beskrevet som et *hjem*.

Hjemmet representerte et fristed fra andres makt og kritikk, og hvor de fikk ha sitt privatliv. Boligen og hjemmet ble beskrevet som et eget territorium hvor de kunne skjerme seg og trekke seg tilbake. De kunne også velge å takke nei til hjelp og kontakt med personalet i en periode, dersom de ønsket det. Hjemmet ble også beskrevet som frigjørende, fordi de kunne gjøre som de ville, når de ville, og være seg selv. Eksempler på dette var å kunne bestemme selv når og hva de skulle spise, når de skulle sove, se tv eller høre musikk.

Mange uttrykte at de følte seg som hovedpersonen i livet sitt, noe som ga en følelse av makt over sin egen situasjon. Det «å legge opp hverdagen sin som man vil» var en viktig del av opplevelsen av kontroll og selvstendighet. Informantene fortalte at de hadde ingen meldeplikt til noen, bestemte over seg selv og valgte ting selv. Kontakten med personalet i botiltaket var noe de selv kunne regulere, og det var frivillig hva de ville dele med dem. Informantene beskrev at de ikke var pliktige til å si noe om hva de skulle eller lignende, men de snakket gjerne med personalet om disse tingene uansett. Margaret trakk frem som positivt at personalet ikke var påtrengende. Hun sa: «*De ringer på til meg i blant og spør hvordan jeg har det og sånt, men de er ikke påtrengende*».

Dette sto ofte i kontrast til livet på institusjon, hvor de opplevde å bli mer *detaljstyrt og diktert* av andre. Daniel beskrev det slik:

«*Det her er mer åpent. Altså her kan jeg gå ut den veien og den veien når jeg vil, og trenger ikke si fra når jeg går ut og når jeg kommer tilbake. Jeg svarer selvfølgelig hvis noen spør meg, men jeg har ingen meldeplikt i det hele tatt*».

Opplevelse av selvbestemmelse kom ofte til uttrykk når informantene snakket om hjelpen de fikk i botiltaket. Det var mange eksempler på hvordan informantene medvirket i hvilken hjelp og oppfølging de skulle få, og at avgjørelsene som ble tatt, ble tatt av dem selv. Ett av eksemplene var to informanter som tidligere hadde utarbeidet ukeplaner sammen med personalet, for å organisere hverdagen sin. Dette hadde imidlertid fungert dårlig, fordi det var vanskelig for informantene å holde faste avtaler. Da forsøkte de noe annet som passet bedre, etter informantens ønsker. En informant fortalte:

«*Vi hadde en ukeplan til å begynne med, men etter hvert fant vi ut at det ikke var så veldig hensiktsmessig, fordi jeg hadde ikke en fast plan å gå etter. Jeg kunne ikke si at den dagen skal jeg gå der og en dag skal jeg gå der. Så vi gikk bort fra den ukeplanen*».

En av disse informantene hadde vansker med å vaske klær på grunn av spesifikke symptomer, men han hadde selv ordnet avtaler med personalet om å få hjelp til dette. Han fortalte at det var viktig at personalet som hjalp han var tålmodig og fleksibel, dersom han likevel ikke greide å gjennomføre klesvasken den dagen de hadde avtalt. Han gav et eksempel om en av personalet:

«Hun faktisk respekterer det hvis jeg sier «du, i dag vil jeg ikke vaske klær», at hun da sier «okei, det er greit, da tar vi det en annen dag når du føler deg i litt bedre form og litt tryggere» (...).»

Et tema som gikk igjen i mange intervjuer, var det jeg har valgt å kalle det *selvbestemte maset*. Flere informanter fortalte om hjelp de fikk fra personalet som kunne være *irriterende* eller *masete*. Samtidig ga de uttrykk for å sette pris på denne typen hjelp, fordi de selv hadde vært med å bestemme at de ville ha det slik. En informant sa eksempelvis at personalet måtte sette grenser for hans oppførsel – ved å korrigere han – dersom han oppførte seg upassende i sosiale sammenhenger. Han ønsket dette fordi han ønsket å lære seg å fungere godt sosialt:

«Innimellom må de være strenge med meg, for at jeg skal være rolig. (...) Maser jeg, så sliter jeg meg selv ut, og jeg sliter ut andre. De setter meg på plass sånn at jeg skal lære dette, så hverdagen ikke skal bli helt ødelagt for meg.»

Et annet eksempel er en informant som sa at personalet maste på han, for at han skulle stå opp om morgenen. Selv om det var irriterende, visste han at det var nødvendig. Han fortalte det slik:

«De maser kanskje litt for mye på meg at jeg må stå opp tidligere om morgenen. Det irriterer meg litt. Det er godt å ligge utpå litt. Jeg har sagt det til dem selv da, at jeg behøver ikke ligge så lenge, at de kan låse seg inn og vekke meg, at det er greit. Da kommer de og da får jeg medisinen min. Da bruker jeg som regel å stå opp da.»

Informantene hadde også mange eksempler på hvordan de bestemte at *andre* kunne bestemme, eller ta ansvar for, visse ting i hverdagen deres. Dette var en måte å mestre hverdagen på, ved at de heller fikk til å konsentrere seg om ting som de kunne greie å håndtere selv. Flere informanter fortalte eksempelvis at de fikk hjelp til å administrere sine medisiner. Noen fikk utlevert medisiner hjemme, eller de gikk til personalbasen og hentet eller tok medisin til faste tider. Dette ble beskrevet som noe positivt, og var en fast rutine de hadde. En informant fortalte at han rotet med medisinene sine, og det var en trygghet at personalet passet på dette: *«Det ble bare rotet til meg tidligere. Så her ordner de med alt og medisiner til meg»*. Ingen av informantene fortalte om opplevelse av tvang eller negative opplevelser knyttet til medisiner.

5.2 Trygge rammer og relasjoner: tillit og samarbeid

Bofellesskapet representerte for mange informanter en trygg ramme i hverdagen. Tryggheten ble knyttet til nærheten til personalet i botiltaket, og at disse er lett tilgjengelige og fleksible. Å ha fleksible hjelpere rundt seg, gjorde at hjelpen ble tilpasset det behovet de hadde der og da. Flere ga uttrykk for at muligheten for å ta ting på sparket, åpnet muligheter for å kunne tilpasse sine daglige aktiviteter og gjøremål etter lyst og dagsform. Informantene satte for eksempel pris på å få mer hjelp når de var i dårlig form eller hadde dårlige perioder. Det kunne være mer praktisk hjelp, eller flere besøk og samtaler med personalet. En informant illustrerte det slik: *«Vi blir enige om når det passer. Og hvis jeg er dårlig eller syk så får jeg mer hjelp. Da klarer jeg ikke å gjøre noen ting selv».*

Det å kunne *«bare gå å prate med noen»* eller *«bare ringe til personalet»* fungerte for mange som en mestringsstrategi i vanskelige perioder, og den daglige kontakten med personalet hjalp mot forverring av psykisk helse. De beskrev at det var godt å ha personal rundt seg, og en trygghet å vite at de hadde noen å kontakte for å få hjelp og støtte, til både store og små ting. Theo fortalte om hvordan han brukte personalet som en mestringsstrategi for å håndtere hverdagslige utfordringer: *«Hvis jeg møter motstand blir det nederlag for meg. Da går jeg og klager til personalet. Jeg får fikset i ting».*

Å få helt eller delvis dekket sitt behov for trygghet, sosialt samvær og noen å prate med ble beskrevet av flere som noe *«helt nødvendig»* og grunnleggende for å ha en god hverdag. Eline sa: *«Det at jeg bor i bolig med base gjør at jeg føler meg veldig trygg. Og at jeg har folk rundt meg, siden jeg er en sosial person. Og trenger folk rundt meg for å fungere normalt.»*

Tryggheten ble ofte knyttet til det daglige og hverdagslige samværet med personal og naboer. Den daglige kontakten med personalet kunne innebære uformelt sosialt samvær, aktiviteter inne eller ute, bistand og veiledning til daglige gjøremål, eller andre ting som å handle klær. Mange hadde daglige eller ukentlige aktiviteter med personalet i botiltaket som betydde mye for hverdagen deres. Det kunne være gåturer, spille spill og puslespill, og gjøre felles aktiviteter på fellesstua. En av informantene trakk frem som positivt at personalet la til rette for at han fikk gjøre morsomme aktiviteter med personal, som hadde samme interesser som han selv.

Alle informantene sa noe om forholdet de hadde til personalgruppa som helhet, og om relasjoner til enkeltpersoner i personalgruppa. Informantene trakk frem viktigheten av at personalet er greie, hyggelige og faglig dyktige. Egenskaper hos personalet som de verdsatte var at de er rolige, ikke stresser, holder avtaler, og er punktlige og ærlige. Kvaliteter som

åpenhet og respekt var viktig for en god relasjon. Dette ble definert som å kunne ha en åpen dialog, tørre å si det man mener, å bli hørt og sett, og å bli tatt hensyn til. Dersom informantene ble møtt med disse egenskapene, ønsket de å være det gjensidig.

Relasjonene var ofte basert på kjemi. Kjemi ble definert som å ha felles interesser, kunne snakke sammen og drøfte ulike tema i en *uformell tone*. Å føle at de hadde kjemi var en forutsetning for at de ville slippe personalet inn i hjemmet sitt. En av informantene sa for eksempel at han takket nei til hjelp eller besøk, hvis det kom noen han ikke hadde god kjemi med. Selv om han egentlig hadde lyst på besøk, følte det for slitsomt å snakke med noen han hadde dårlig kjemi med.

Tillit ble trukket frem som en grunnstein for trygghetsfølelse i relasjonen. Tillit ble definert som det å kunne stole på personalet, og å kunne betro seg til dem. Tillit var en forutsetning for å ha et godt *samarbeid* med personalet. *Primærkontakten* ble av flere informanter trukket frem som en viktig person og relasjon i hverdagen. En god primærkontakt ble beskrevet som en som er tålmodig, «ordner opp» i ting, respekterer deres grenser, og er fleksibel når det gjelder planlegging og gjennomføring av avtaler. Primærkontakten kunne ha en funksjon som sparringspartner, og relasjonen representerte en fin balanse ved at de kunne diskutere uten at relasjonen tok skade av det. For noen var det å kunne utveksle meninger og være uenig, uten at det ble store konflikter, et kjennetegn ved en god relasjon til primærkontakten sin. Theo beskrev det slik:

«Vi kan krangle skikkelig, men vi blir alltid venner igjen. Det er jo viktig, for hun er jo primærkontakten min. Hun greier å sette meg på plass. (...) Jeg har et godt forhold til henne, jeg kan betro meg til henne».

Georg hadde også en positiv relasjon og kommunikasjon med sin primærkontakt:

«Vi har et godt forhold og vi prater godt sammen. Det er slik at hun sier sin mening uavhengig av hva jeg måtte mene, men jeg har enda ikke opplevd noen store konflikter mellom oss. Jeg føler jeg kan si hva jeg vil til henne».

En informant fortalte at han hadde regelmessige samtaler med sin primærkontakt, noe som hadde en viktig forebyggende funksjon for han, ved at han fikk *sluset* ut når ting ble for mye eller uoverkommelig for han. Dette, i tillegg til at han selv styrte hyppighet og innhold i samtale, gjorde at han følte at han hadde et godt *samarbeid* med sin primærkontakt.

Samarbeidet med personalet kunne også være mindre positivt, og gi en opplevelse av avmakt. Daniel fortalte at han opplevde at primærkontakten var opptatt av at ting skulle være for mye på hennes måte, og at personalet ville legge seg borti for mye i hans liv, når han likte best å gjøre ting på egenhånd: *«Alt skal skje i regi av de liksom. Jeg liker best å gjøre ting på egenhånd. Når jeg skal til legen og sånn synes jeg ikke det er artig å ha med seg folk, for eksempel»*.

Samtidig sa han at personalet hjalp han med å ordne innleggelses på institusjon hvis han trengte det, og det var noe han satte pris på. Om andre ting, som husarbeid, sa han: *«Jeg vil helst ordne med det selv hvis jeg kan, men av og til så er det greit med litt hjelp da»*. På noen områder ønsket han altså hjelp, men det ikke at personalet skulle bli med til fastlegen hans. Han beskrev at personalet insisterte på å bli med, og han ikke hadde ingen valgmulighet til å takke nei.

5.3 Innhold og aktivitet i hverdagen: ulike behov

Det å ha meningsfulle aktiviteter ble beskrevet som nødvendig for å ha en meningsfull og god hverdag. Det å ha noe å gjøre og å fylle dagene med noe var viktig. Det å føle seg aktiv, og ikke bare som en passiv mottaker, var viktig for å få stimuli og brukt energi. Leah beskrev det slik, mens hun pekte på hodet sitt: *«Det er veldig viktig for meg med innhold i hverdagen. Det å sitte inne er ikke noe for meg. Det er viktig å skru ut korketrekkeren og få ut dampen»*.

Noen informanter forsøkte å komme seg ut en eller flere ganger i uka for å få miljøforandring i hverdagen. Tom sa det slik: *«Jeg må prøve å være med på litt utenom for å få nye impulser. For jeg blir sittende mye i leiligheten og på basen»*.

Når det gjaldt ønsker og behov for aktiviteter og sosial kontakt, var det stor variasjon i informantgruppa. Om lag halve gruppa beskrev at de hadde tilfredsstilte behov for innhold i hverdagen, mens de andre beskrev at de hadde tilfredsstilte behov, eller *mer enn nok*. Mange av informantene ga uttrykk for at de hadde *utilfredsstilte behov knyttet til aktiviteter og sosial kontakt*, på tross av at de deltok på noen fellesaktiviteter i botiltaket og hadde daglig kontakt med personalet.

Organiserte aktiviteter i botiltaket var viktige for informantene, fordi det førte til et sosialt samhold, og de kunne være sammen om noe. De fortalte at botiltaket tidligere hadde disponert bil, og at de hadde hatt fellesaktiviteter som skogturer, byturer og handleturer. Dette tilbudet var nå avsluttet. De savnet fellestiltak i regi av personalet, i form av aktiviteter i helgene,

spesielt turer med bilen. De ønsket å kunne fortsette å være en gjeng fra botiltaket som dro ut sammen. Eline fortalte om når de hadde bil-tilbudet: *«Da var jeg med på turer. Så jeg skjønner ikke hvorfor de tok bort den bilen. Det var dumt. Alle sier det. Alle var med på turene der. Det var et fint tilbud det».*

Flere synes det var ensomt å gjøre aktiviteter alene, og følte seg avhengig av felles turer for å komme seg ut. Det ble også beskrevet at det å dra på felles turer *visket bort* at de var psykisk syke, som kunne komme mer til syne dersom de bare satt på fellesstua. Turene med bilen ble beskrevet som et høydepunkt, ikke bare for den enkelte, men for fellesskapet. Opphør av aktivitetstilbudet med bilen hadde ført til at noen følte seg mer innestengte, og hadde en dårligere tilværelse. Sandra sa:

«Det er viktig for meg å dra på turer, dra noen plass. Jeg prøvde å dra alene til byen for eksempel, men det er ikke det samme. Jeg blir alene, og føler meg alene. Når vi drar sammen, vi beboerne og personalet, blir det koselig».

En annen informant fortalte at han hadde et aktivt og sosialt liv før han ble syk, og hadde en eiendom hvor han var sysselsatt med vedlikeholdsarbeid. Leiligheten i botiltaket var enkelt stelt, og han følte seg derfor mer anonym og hadde lite utfordringer å bryne seg på i hverdagen, spesielt i helgene: *«Altså, du står liksom litt låst her, for liksom, ja blir litt sittende inne og se på nyheter eller sånn. Det blir kanskje litt trasig og litt ensomt etter hvert. Blir ikke det sosiale».*

En annen informant sa også at han kunne ønsket mer utfordringer og morsomme aktiviteter i hverdagen, og at han var ofte rastløs og ensom i helgene: *«Det jeg kanskje ikke mestrer så godt er å være alene her da, og gå på veggen og blir særlig rastløs om kveldene og sånn. Trenger at det i hvert fall er to ting som skjer hver dag».*

Flere informanter beskrev at det krevde en god del egenvilje og innsats for å finne på ting selv i fritiden, blant annet når botiltaket ikke la til rette for nok fellesaktiviteter. Leah brukte å trene og hadde noen andre aktiviteter som hun vekslet mellom på fritiden. Hun forklarte det som at dette var en situasjon hun hadde *jobbet* for å få til: *«Jeg har ordnet det slik jeg da, stått på litt for det selv også. Jeg vil ikke bare være en sofadriver, en som bare ligger på sofaen og drive hodet. Jeg må ha noe å gjøre».*

Noen informanter beskrev at de hadde *tilfredsstilte behov*, og flere av disse gav uttrykk for at de *ikke* ønsket å ha andre eller flere aktiviteter eller hobbyer, fordi de hadde nok med å mestre de mer basale tingene i hverdagen. Det å stå opp, ta medisiner, gå en liten tur og ha avtaler med

personalet kunne være nok innhold i hverdagen. Det var også flere av informantene som ønsket mer innhold i hverdagen sin, som *ikke* involverte naboer. De ønsket heller flere aktiviteter alene med personalet, men opplevde at personalet hadde begrenset med tid til dette. Eline sa for eksempel dette:

«De er med og går tur. Jeg og et personell. Vi kan gå tur på en og en halv time for eksempel. Det liker jeg. Skulle ønske vi kunne gjøre det oftere. Men det er jo mange som bor her, ikke bare meg».

Jon ble spurt om det var noe han ville endret på i hverdagen i botiltaket, for at han skulle få det bedre. Han svarte: *«Nei, jeg synes jeg har det greit som jeg har det».* Han ga uttrykk for at han var fornøyd med sin hverdag. Han likte boligen sin, mestret de fleste daglige gjøremål, handlet på nærbutikken, følte seg selvstendig og hadde faste rutiner for disse tingene. Det sosiale nettverket han hadde var personalet og naboene. Han hadde uføretrygd og kunne ikke tenke seg å jobbe. Han sa at han ønsket ikke å ha andre aktiviteter eller innhold i sin hverdag, og satte mest pris på at *«dagene de rusler og går».*

Flere hadde også støttekontakt som dekket behovet deres for sosial kontakt for å komme seg ut, og for å sitte på med bil. Flere informanter fortalte at *familien* deres var en viktig del av hverdagen deres, at de hadde mye kontakt, gjorde ting sammen, og de fant støtte i en eller flere familiemedlemmer.

5.4 Mestring av daglige gjøremål: rutiner og motivasjon

Informantene ble spurt om å si noe om hva de gjør i løpet av en vanlig dag eller ei uke. Mange snakket da om å gjøre sine *«hverdagslige plikter»*. De hverdagslige pliktene ble knyttet til aktiviteter som husarbeid, klesvask, innkjøp og håndtering av penger. Felles for mange av informantene var at disse aktivitetene ikke var en selvfølge å håndtere. De kunne ha utfordringer knyttet til en eller flere av disse områdene, og kunne trenge ulik grad av hjelp for å mestre de.

Hverdagen ble ofte påvirket av den psykiske formen, og for noen kunne det være vanskelig å sette i gang med, eller å gjøre husarbeid på dårlige dager. Sandra illustrerte det slik:

«Hvis jeg er deprimert blir jeg bare stående å se på kjøkkenet, som skremmer meg. Jeg kommer meg ikke bort til kjøkkenet da, klarer ikke rydde fordi jeg er i dårlig form».

Rot og skitt i leiligheten påvirket både trivsel og helse, og flere sa at de ble preget av hvordan de hadde det hjemme. For å holde boligen ved like, hadde mange rutiner hvor de gjorde husarbeid på daglig eller ukentlig basis, både med og uten hjelp fra andre. Daniel sa følgende om den daglige egeninnsatsen: «*Om dagen så gjør jeg de hverdagslige plikter, vasker klær og prøver å rydde. Selv om det ikke er så veldig ryddig her nå så prøver jeg å holde en viss standard da*».

Det å ha rutiner ble knyttet opp til ulike *motivasjon* for gjennomføring av de daglige gjøremålene. Leah sin rutine var motivert av et ønske om å trives i hjemmet sitt:

«Har det vært mye rot her hadde jeg hatt det mye verre. Da har jeg fått et rotete hode da. Det første jeg gjør om morgenen er at jeg ordner opp og tar oppvasken og rydder her, sånn at det skal være koselig resten av dagen. Så jeg skal trives med å være hjemme».

Noen fikk hjelp fra familiemedlemmer til disse gjøremålene, men de fleste fikk hjelp fra personalet i større eller mindre grad. Flere sa at de helst ville gjøre det meste i huset selv fordi de hadde sitt eget system og egne rutiner, men at det var greit å få hjelp av personalet av og til.

En viktig forutsetning var at hjelpen måtte skje når de selv vurderte at de hadde behov for det, og når de selv etterspurte det. Flere beskrev at de fikk hjelp for eksempel en gang i uka av personalet i botiltaket, hvor informanten og personalet tok ei «økt» sammen. «Økten» kunne gjerne ta form som et samarbeid om de praktiske oppgavene, eller som veiledning gjennom de ulike gjøremålene. Det å samarbeide med noen fungerte som en *motivasjon* for både å komme i gang og å gjennomføre gjøremålene. Theo fortalte hvordan han samarbeidet med personalet om praktiske gjøremål:

«Klesvask gjør jeg selv, men personalet kan veilede meg hvordan jeg skal sortere klær, og hva som trengs å vaskes og ikke. (...) De prøver å veilede meg og gir meg litt hjelp ved at vi begynner sammen, eller at jeg begynner selv og da kan de komme å gi meg veiledning også».

Margaret fortalte at hun gjorde alt husarbeidet selv, og at hun brukte hun besøk fra personal, venner eller familie som *motivasjon* til å gjennomføre gjøremålene. En annen informant fortalte at han hadde lært seg å vaske klær uten hjelp etter han flyttet inn i botiltaket. Han hadde gjort klesvasken til en rutine, og gjennomførte denne selv om aktiviteten fremdeles var en kilde til stress og angst for han. Hans *motivasjon* for å lære seg dette var blant annet at han da kunne ha kontroll på at klærne ble vasket riktig.

Innkjøp, transport og økonomi

Innkjøp og handling på nærbutikken var en vanlig, daglig rutine for de fleste informantene. For innkjøp av dagligvarer var det også noen som enten fikk hjelp fra familiemedlemmer eller andre hjelpepersoner som kunne kjøre de med bil. Ingen av informantene sa at de hadde førerkort for bil. Flere nevnte at de kunne ønsket at botiltaket disponerte bil, slik at de kunne dra til et kjøpesenter eller en storbutikk å handle. Dette var for å kunne få et avbrekk fra de vanlige turene til nærbutikken, eller for å ha mulighet til å handle mer økonomisk på storbutikker som Coop Obs. Dette greide de ikke uten bil for det ville bli for tungt å bære, eller det var for kronglete og tidkrevende å ta buss tur/retur kjøpesenteret.

Å ha grei økonomi, ha oversikt over pengene sine, og å unngå gjeld var en viktig del av hverdagen. Flere hadde verge som hjalp til med fordeling av penger, noe som ble opplevd som positivt. Disse var fornøyd med at de slapp å sitte med oversikten og ansvaret selv. Det var en trygghet at vergen hadde kontrollen på pengene, når de følte at de ikke greide å følge med på det selv. En informant sa dette om betaling av regninger:

«Det gjør hjelpevergen min, så jeg slipper det da. Det blir så mye rare regnestykker med lønn og trygd, jeg synes det er greit å ha en person som hjelper meg med det. (...) Alt helt under kontroll».

Andre hadde ansvaret for økonomien sin selv, og sa at det utgjorde liten eller ingen utfordring i hverdagen. Noen fikk hjelp fra personalet i boligen til å bruke pc og nettbank for å betale regninger, eller at personalet administrerte og porsjonerte ut pengene deres. Det å slippe å forholde seg til regninger ble av noen beskrevet som en lettelse, fordi det opplevdes som en ekstra belastning i en hverdag med andre utfordringer. En informant fortalte at hun hadde et anstrengt forhold til regninger. Dette handlet i hovedsak om at hun ikke greide å disponere pengene sine slik at hun fikk til å betale regningene sine:

«Får jeg regninger i posten er det vanskelig å betale de. (...) Jeg har ei regning jeg fikk fra et selskap fra noe jeg kjøpte. Jeg har fått tre purringer nå men den ligger fortsatt på kjøleskapet. Men når (hjelpeperson) kommer gir jeg den til dem, og da sender de den til vergen».

Å få hjelp til å ringe og snakke med offentlige instanser ble også nevnt som en god hjelp, når de følte at de ikke greide det selv på grunn av stress eller angst.

5.5 Å være en del av fellesskapet: tilhørighet med utfordringer

Det å ha folk rundt seg og noen å prate med på daglig basis, var verdifullt fordi de slapp å være og å føle seg alene, og de følte en tilhørighet til noe og noen. Å gå til botiltakets fellesareal for å prate med personal og naboer var en daglig aktivitet for flere av informantene. Fellesarealet i boligen ble av mange beskrevet som en positiv og sosial plass å gå til, hvor de sammen kunne gjøre aktiviteter som å prate, se film, spise måltider og være sammen i høytider. Fellesarealet kunne også være en del av de daglige rutinene, ved at de gikk dit for å treffe folk, drikke kaffe og lese avisa på morgenen.

Leah fortalte om fellesarealet i botiltaket: *«Plasseringen her er veldig fin. Vi har platt utom her når det er fint vær og sånn. Vi sitter nå ute og prater da, eller så møtes vi nede på basen det er et lite møtested da».*

For noen var naboene en del av sin vennekrets, og de likte å bo sammen med andre *i samme båt*. En informant sa eksempelvis at hverdagen hans var mer kjedelig og ensom før, noe han ikke var lengre, fordi han hadde større sosialt nettverk i bofellesskapet. Andre følte at det som en belastning å bo tett med andre psykisk syke med sosiale utfordringer.

Det å være en del av fellesskapet, som er uunngåelig i en slik boform, hadde altså også utfordrende og mindre gode sider. En informant sa at selv om han skulle ønske at han hadde et godt forhold til sine naboer, for å dekke ditt behov for sosial kontakt, var det vanskelig for å han å være sammen med andre syke. Beboersammensetningen kunne være en utfordring, og flere sa at de ikke likte å bo sammen med personer som brukte rusmidler. Disse representerte ofte en uro og forstyrrelser med bråk, festing og uforutsigbar atferd, særlig på natta.

På tross av disse utfordringene sa de fleste informantene at det opplevdes trygt å bo i botiltaket, men det kunne være plagsomt og det kunne påvirke humør og trivsel. Tom beskrev det slik:

«Folk huler i gangene om nettene, spesielt det er veldig plagsomt. Jeg har en nabo i gangen som ofte har nattlige besøk. anbefaler folk amfetamin. Det er ikke noe særlig for meg det altså, og skal bo her med folk som ruser seg».

Disse to bodde i to ulike botiltak, og det tyder på at problemet er gjeldende for flere enn ett botiltak. En annen informant beskrev at han hadde det veldig bra i boligen sin, men han hadde en nabo som hadde gjort skadeverk på huset flere ganger, noe som gjorde han redd og engstelig.

En informant mente at fellesarealet kunne bidra til å gjøre beboernes psykiske problemer mer *synlige*, ved at sykdomssymptomer ble mer fremtredende, særlig når personalet ikke var tilstede og «tok ansvar» i fellesarealene. De ble derfor mer avhengig av personalets tilstedeværelse i fellesarealer, siden de i liten grad greide å skape god stemning eller sette i gang med aktiviteter på egenhånd. Informantene nevnte også eksempler på hvordan de måtte tilpasse seg «systemet», når det gjaldt kontakt med personalet. Selv om kontakten med personalet ble beskrevet som positivt av de fleste, inkludert denne informanten, opplevde han at dagene hans måtte tilpasses personalets timeplan. Det var ikke alltid rom for at de kunne komme hjem på besøk til han, hvis han ringte og spurte om å få besøk eller samtale:

«Noen ganger trenger jeg mer, når jeg er i dårlig form. Men det kan være vanskelig å få. De sier at jeg kan bare ringe og spørre, men det er jo sånn at det fordeles oppgaver og besøk i forkant av vaktene. Noen ganger når jeg ringer, har de ikke tid. Det er ikke rom for det, fordi de allerede planlagt dagen. Men jeg har vent meg til det».

En annen arena som ble knyttet til negative erfaringer med å tilhøre et fellesskap med andre med psykiske helseproblemer, var jobb og sysselsetting. Mange informanter manglet arbeid eller dagtilbud. Flere informanter fortalte at de hadde fått tilbud om deltakelse ved et felles dagtilbud – et treffsted – for å dekke behovet for aktivitet og sysselsetting. Med unntak av en informant, hadde alle takket nei til tilbudet. Noen følte at tilbudet ikke passet for seg, og noen takket nei fordi de ikke ønsket å gjøre enda flere aktiviteter sammen med andre psykisk syke. En informant uttrykte at han følte det var nedverdiggende å ikke få et annet dagtilbud enn sammen med andre psykisk syke. De som følte det slik sa også at de hadde et ønske og behov for mer sosial kontakt med *friske* personer.

En informant sa for eksempel at han hadde et inntrykk av at dagtilbudet treffstedet var for «enkelt» for han. De hadde ingen tilbud der som han kunne tenke seg å holde på med. Sandra hadde også prøvd å benytte seg av et slikt treffsted, men hun skjønnte ikke hva hun skulle gjøre der. Hun opplevde at mange av de som var der var syke, og hun beskrev det derfor som «trist» å være der. Begge disse informantene hadde utdanning og hadde hatt ordinære jobber i starten av sine voksne liv.

Fremtid og boligønsker

Når det gjaldt boligønsker for fremtiden, sa flere at de ønsket å flytte ut av bofellesskapet. De hadde ulike motiver for dette. Noen ønsket å *stå på egne bein*. Georg sa at han ønsket å flytte etter hvert, fordi han mente at hans behov hadde endret seg i løpet av tiden han hadde bodd i

botiltaket, og at han ikke hadde noe stort behov for oppfølging av personalet lenger. Tom hadde en fremtidsdrøm om å kjøpe seg en leilighet, i et ordinært og rolig borettslag. Beboersammensetting og bomiljø var en av årsakene til dette. Han beskrev derimot at han måtte vente med å oppfylle drømmen sin, fordi han følte han verken var i fysisk eller i psykisk stand til å bo uten oppfølging nå.

En annen informant beskrev at han vurderte å flytte for å få en forandring, fordi han opplevde at botiltaket i stor grad manglet tilrettelagte sosiale aktiviteter. Han ønsket samtidig å eie, og ikke leie bolig, og ha et uteareal å vedlikeholde. Når det gjelder disse utsagnene, ser jeg et paradoks. Informanten ønsket både å bo i egen bolig, uten personalbase, men savnet og etterlyste samtidig tilrettelagte aktiviteter som en del av botilbudet. Om han hadde flyttet vekk fra bofellesskapet, ville han sannsynligvis hatt mulighet for *færre* sosiale fellesaktiviteter.

Jeg har gjort noen refleksjoner om mulige forklaringer på dette. Dersom informanten flyttet inn i bofellesskapet med en *forventning* om mange fellesaktiviteter, kan det oppleves begrensende når tilbudet ikke svarer til forventningene. Å være en del av et fellesskap som ikke dekker behov og ønsker man har, vil muligens være et dårligere alternativ enn å bo *uten* fellesskapet og dermed slippe skuffelsen over et manglende tilbud. Sett i sammenheng med at informanten kan få oppfylt sine ønsker om eid bolig og uteareal, kan flyttingen potensielt føre til at informanten oppsøker andre arena på egenhånd. Det kan selvsagt også være andre forklaringer til informantens utsagn.

Noen informanter sa de ønsket å bo i bofellesskapet resten av livet. Flere av de som ønsket å bo der permanent, sa at det var fordi hverdagen og livssituasjonen deres opplevdes som mye bedre enn før de flyttet inn i botiltaket. De hadde ikke noe ønske om å endre på det som var trygt og fungerte bra.

5.6 Mot et ordinært hverdagsliv: bedring, mestring og selvstendighet

De fleste informantene sa noe om hvordan hverdagen deres var før de flyttet i botiltaket, og sammenlignet med hvordan de hadde det nå. Mange av informantene sa de hadde en bedre hverdag etter de flyttet i bofellesskapet. Flere beskrev fortiden som en hverdag preget av dårlig psykisk helse, mange innleggelse på psykiatrisk sykehus, angst, ensomhet og isolasjon, og svekkede ferdigheter knyttet til egenomsorg og praktiske gjøremål.

Et ordinært hverdagsliv ble beskrevet som noe som *før* kunne virke urealistisk, men som mange nevnte som en *ønsket situasjon*. Definisjonen av et ordinært hverdagsliv kunne være å bo i egen bolig, være selvstendig, mestre daglige gjøremål, føle at man greier seg fint i hverdagen, ha kontakt med venner og familie, og ha små eller meningsfulle aktiviteter å fylle dagene med.

Noen beskrev at de mestret «ingenting» i hverdagen tidligere, og brydde seg ikke om hverdagen, i sammenheng med symptomer eller psykisk sykdom. Leah forklarte det slik: «*Jeg har ikke taklet hverdagen i det heletatt. Hverdagen har vært så langt unna meg. Distansert meg fra den*».

Flere fortalte at de hadde *færre innleggelses* etter de flyttet inn i botiltaket, og var mer stabile fordi de hadde mulighet til å ha daglig kontakt med personalet. En informant fortalte: «*Før hadde jeg innleggelses hele tiden jeg. Hele tiden. I mange år. Etter jeg flyttet hit har jeg hatt et par innleggelses på to-tre år!*».

En informant sa at hverdagen hans var «*helt annerledes nå enn før*», fordi han koste seg mer når han hadde en bra bolig og folk rundt seg. Daniel beskrev at behovet for hjelp og kontakt med personalet hadde blitt mindre i løpet av de årene han hadde bodd der. Flere informanter beskrev også at de fungerte bedre nå enn ved innflytting, og hadde mindre behov for oppfølging.

Flere av informantene knyttet begrepet *mestring* til å komme seg gjennom tøffe perioder i livet, og å stå i sosiale situasjoner selv om de hadde psykiske vansker, eksempelvis sosial angst. Av en informant ble *mestring* beskrevet som en tilstand som kunne best beskrives som å «*få til litt mer enn de basale behovene*». Samme informant sa også at *mestring* kunne handle om at man føler at man har det helt ok og greier seg bra i hverdagen, selv om livet kan være både tøft og slitsomt.

Informantene som hadde dagtilbud eller arbeid, knyttet *mestrings*begrepet til det å gjøre en jobb eller aktivitet. *Mestring* kunne være å ha små eller store utfordringer å strekke seg etter, med motivasjon om å oppnå et eller flere mål. Margaret sa at et mål for henne i denne sammenhengen, var å kunne gå på jobb hver dag og gjøre en god jobb. Videre sa hun at det måtte være en fin balanse mellom utfordringer og forventninger i jobben. Utfordringene burde være overkommelige, og ikke for vanskelige. En annen informant, Anja, sa også noe lignende om *mestring* i jobbsammenheng. Hun beskrev at *mestrings*følelsen kommer når man har arbeidsoppgaver som man forstår og har gode rutiner på, og at *mestringen* styrkes i takt med økt forståelse og erfaring.

Mestring og selvstendighet

Flere av informantene knyttet begrepet mestring til selvstendighet og å greie å gjøre ting på egenhånd. Mestring ble blant annet definert som «å klare seg på greiest mulig måte gjennom hverdagen». Jon definerte begrepet kort: «Å greie daglige gjøremål». Mange fortalte at de følte seg selvstendige i hverdagen, selv om de var avhengige av, ønsket eller trengte hjelp. De følte de greide seg bra og hadde det bra, men trengte hjelp av andre innimellom for å få hverdagen til å «gå rundt».

Mestring handlet ikke nødvendigvis om å gjøre alt alene eller selvstendig, og følelsen av å mestre en situasjon eller en oppgave kunne oppstå uavhengig av grad av hjelp fra andre. Følelsen av å mestre noe hadde derfor ingen entydig sammenheng med å være selvstendig.

Flere informanter beskrev at de følte seg mer selvstendig nå enn før, og at de greide det meste selv, uavhengig av *omfanget* de fikk av bistand fra personalet eller andre. En informant fortalte eksempelvis at han var selvstendig når det gjaldt matlaging og klesvask etter å ha fått opplæring og veiledning av personalet, men at han fremdeles fikk hjelp til å bytte sengetøy. Han følte seg likevel selvstendig når det gjaldt huslige oppgaver. Noen hadde også kommunal vaskehjelp hver eller annen uke, men følte likevel at de gjorde det meste av husarbeidet selv.

Det å være i stand til å gjøre de *hverdagslige gjøremålene* selv, med eller uten hjelp, var for noen ekstra viktig for opplevelse av mestring og selvstendighet, fordi de hadde mistet eller redusert sine ferdigheter i løpet av flere år med sykdom og institusjonsopphold. Eline beskrev at livet hennes var som *natt og dag* etter hun flyttet inn i botiltaket, og knyttet dette til gjenvinning av praktiske ferdigheter:

«Det var så mye i hverdagen jeg ikke mestret selv, jeg var mye syk. (...) Når jeg flyttet hit kunne jeg ikke å sette på ei vaskemaskin en gang. Nå vasker jeg klær selv og lager middag og sånn selv. Da jeg ble dårlig var det som alt ble visket ut, det ble glemt alt sammen oppi hodet på meg. Når jeg kom hit fikk jeg bistand med klesvask og husarbeid. Dem har ikke gjort det for meg, men vist meg hvordan det skal gjøres».

Informantene sa at det var godt å få til ting selv, og å finne ut at de fikk til ting som de ikke trodde de greide. Theo hadde et eksempel på noe han hadde lært etter han flyttet fra institusjon: «Det er litt artig, å vite at man er i stand til...du vet, jeg får til å henge opp gardiner selv, det kunne jeg ikke før. Sånne ting».

Jon fortalte at han hadde en bedre hverdag nå enn før, selv om han mente at funksjonsnivået hans knyttet til praktiske gjøremål var det samme. Opplevelsen av å ha en bedre hverdag for han, handlet ikke om ferdigheter eller selvstendighet i gjøremålene. Andre ting som var viktigere var tilfredshet med boligens fysiske utforming, tryggheten med personalbasen og muligheten til å delta på fellesaktiviteter i botiltaket.

Flere informanter beskrev at de ønsket å bli selvstendig på flere områder, men noen ønsket ikke det. Tom uttrykte eksempelvis at han *ikke* hadde noe ønske eller mål om å bli selvstendig med husarbeid. Disse aktivitetene kunne være så utfordrende og kreve energi som han allerede manglet, selv om han skjønnte at det var nødvendig. Han synes dette med husarbeid var det vanskeligste å med å bo i egen bolig. Han beskrev husholdet som en ekstra byrde. Det virket som han ønsket å bruke energien sin på mer lystbetonte aktiviteter, som ikke krevde så mye av han.

I noen situasjoner kunne det oppstå ulik forståelse mellom informantene og personalet, knyttet til *grad* av selvstendighet i daglige gjøremål. En informant fortalte om et spesifikt gjøremål hvor han greide det meste selv, men brukte å få hjelp fra personalet til å kaste søppelet etterpå. Han følte mestring når han hadde gjennomført «sin» del av oppgaven, og hadde ikke noe interesse for å ta søppelet, det mente han at personalet kunne gjøre. Når det kom nye ansatte i boligen, eksempelvis studenter, kunne de sette spørsmålstegn ved dette og mente at han kunne greie det selv. Dette var en kilde til mistillit, og opplevdes som *flisespikkeri*. Han forklarte det slik:

«Det er enkelte som ser at jeg helst er med på å gjøre mesteparten, men av og til synes jeg at det kan bli dumt. Det er ikke nødvendig at jeg er med på å gjøre alt sammen, når det egentlig er bare en liten filleting jeg ber om».

En annen informant fortalte at han mente personalet hadde for mye fokus på selvstendighet, og at han derfor ikke fikk så mye praktisk hjelp som han ønsket, i dårlige perioder. Tidligere hadde han fått mer hjelp, eksempelvis at de vasket leiligheten for han eller vasket klærne hans. Nå var det *veldig strengt* for hva han fikk hjelp til. Han visste ikke hvorfor dette var endret, og lurte på om det kunne skyldes *forandringspolitikk*.

Andre informanter fortalte også om erfaringer med forandringer i oppfølgingen de fikk, men disse hadde hatt en positiv effekt. En informant fortalte eksempelvis om bedring av sin sosiale angst. Før greide han ikke å dra ut blant folk. Da han flyttet til botiltaket ble han med på de faste felles bilturene, som bidro til at han ble tryggere i sosiale situasjoner. Å mestre bilturene

fungerte som et springbrett til dagens tilværelse, hvor gjorde det meste på egenhånd. Etter hvert fikk han avslag på sine ønsker om personalfølge til aktiviteter utendørs: *«Da måtte jeg bare dra ut alene, men det gikk helt fint det».*

En annen informant sa også at han ikke fikk så mye hjelp fra personalet lengre, og hadde blitt utfordret på å gjøre ting på egenhånd. Han visste derimot at hjelp var tilgjengelig hvis han spurte. Å ha denne tryggheten i bakhånd – eller som reserve – hadde en effekt på opplevelsen av mestring og selvstendighet, fordi det var en kilde til motivasjon og selvsikkerhet til å gjøre ting på egenhånd.

6.0 Diskusjon

Denne studien handler om brukererfaringer knyttet til hverdagsliv i et bofellesskap. Ut fra mine funn ønsker jeg blant annet å diskutere om, og hvordan, bofellesskap som boform fremmer de overordnede målene med tjenestene, med hovedvekt på recovery. I diskusjonen tar jeg utgangspunkt i to forståelsesmodeller: recovery som *sosial prosess* og som en *personlig prosess* (Borg et al. 2013). Diskusjonen er delt i tre tema, med metodediskusjon til slutt. Først oppsummerer jeg mine hovedfunn.

Boligen ble opplevd som et hjem. Det å ha egen bolig og et hjem var et viktig grunnlag og en arena for opplevelse av mestring, selvbestemmelse, frihet og privatliv. Det å styre sin egen hverdag var viktig for kontroll og selvstendighet. Bofellesskapet var en trygg og stabil ramme i hverdagen, hvor de hadde nær tilgang til fleksibel og individtilpasset hjelp. Informantene opplevde gode samarbeidsrelasjoner med personalet i bofellesskapet, som var kjennetegnet av tillit, god kjemi, åpen dialog og gjensidig respekt. De medvirket i stor grad hvilken oppfølging de skulle få. Primærkontakten ble omtalt som den viktigste relasjonen, og ble beskrevet som en sparringspartner som ivaretok en fin balanse mellom utfordringer, krav og omsorg.

Videre var det viktig å ha en meningsfull hverdag. Det var store variasjoner knyttet til ønsker, behov og tilfredshet for innhold og aktivitet i hverdagen. Fellesarealene i boligen var et viktig bidrag til opplevelse av tilhørighet og fellesskap. Samtidig var det mange som savnet flere sosiale aktiviteter og et passende dagtilbud. Mange følte seg avhengig av personalet i bofellesskapet for å finne på ting. Det kunne også være utfordrende å være en del av et fellesskap med andre personer med psykiske utfordringer, særlig det å bo tett på andre med rusproblemer.

Ønsket om å ha et ordinært hverdagsliv og mestre daglige gjøremål var sterkt, fordi mange hadde opplevd hvordan det var å ha det motsatte. Mange opplevde å få en bedre hverdag etter innflytting i botiltak, fordi de følte økt mestring av ferdigheter knyttet til hverdagslige gjøremål. Andre positive effekter var bedre psykisk helse og færre innleggelses, mindre isolering og økt selvstendighet. Mestring ble blant annet definert som å komme seg gjennom tøffe perioder, på tross av psykiske vansker, eller å ha det helt greit. Selvstendighet ble i likhet med mestring definert som å mestre daglige gjøremål. Samtidig handlet ikke selvstendighet entydig om å gjøre alt på egenhånd, og ble definert mer som en følelse. Ønsker og mål for selvstendighet var individuelt. Mange følte seg selvstendige, selv om de trengte hjelp på flere livsområder.

6.1 Boligkontekstens sosiale betingelser – er bofellesskap en sosial struktur som fremmer recovery?

Den sosiale prosessen i recovery handler om sosiale betingelser og kontekster: hverdagsliv, bolig, nettverk, nærmiljø, økonomi, arbeid og aktiviteter. Recovery handler blant annet om å finne omgivelser som styrker psykisk helse. De sosiale faktorene kan både hemme og fremme utvikling, mestring og bedring, og er en forutsetning for å kunne leve et godt liv (Tew et. al 2012). Det er derfor aktuelt å diskutere hvordan omgivelsene i botiltaket påvirker hverdagen til de som bor der, og om botiltak som boform representerer en sosial struktur som tillater og fremmer muligheter for egenkontroll, mestring og recovery (Tew et. al 2012).

Å ha en bolig og et hjem

Det å ha et hjem er en viktig sosial faktor, og hjemmet er et godt utgangspunkt for forskning om hverdagslivet (Gullestad 1989). Mine funn viser at botiltak som boform kan bidra til at brukerne ser på boligen sin som et hjem, selv om det var variasjoner knyttet til om de ønsket å bo der midlertidig eller varig. Hansen (2006) fant det samme i sin brukerstudie. Hansen (2006) og flere andre studier peker på at det uansett er viktig at boligen de har oppleves som et permanent og ikke midlertidig tilbud, for at det skal representere en trygghet og ha en effekt på bedring av psykisk helse (Andvig et al. 2013, Ådland 2003, Kyle og Dunn 2008, Chesters et al. 2005). Ingen av mine informanter sa noe eksplisitt knyttet til varighet på leieforholdet, fra kommunens side. Ut fra beskrivelsen av kommunens leiekontraktspraksis i kapittel 2, er det grunn til å tro at informantene oppfatter botilbudet sitt som stabilt og/eller permanent, og at dette bidrar til muligheter for å slå seg til ro og skape et hjem. Å føle eierskap til hjemmet sitt gir et annet og bedre utgangspunkt for en god hverdag, enn om boligen hadde blitt opplevd som en kortvarig mellomstasjon.

Det å ha egen bolig, et hjem og et territorium hadde betydning for helse, trivsel, følelse av frihet, privatliv, å kunne ta egne avgjørelser og bestemme over sin egen hverdag. Det å styre egen hverdag og forme innholdet selv er viktig (Scott 2009). Hjemmet hadde på denne måten stor symbolverdi for selvstendighet, kontroll og mestring, slik det beskrives av Gullestad (1989). At hjemmet er en stabil base i hverdagen, og har betydning for følelse av trygghet, selvbestemmelse, mestring og kontroll, er funnet også i andre studier (Ådland 2003, Chesters et al. 2005, Padgett 2007, Carpenter-Song et al. 2012, Andvig et al. 2013, Frestad 2013, Bengtsson-Tops et al. 2014).

Mange informanter fremhevet også viktigheten av å ha kontroll på egen økonomi, og mange ønsket – og fikk – hjelp av andre til å håndtere penger. Når bofellesskap som boform bidrar til å ivareta materielle vilkår som en trygg bolig, økonomi og et hjem, kan boformen sies å være stimulerende for recoveryprosesser (Borg 2009).

Å bo sammen med andre – fellesskap på godt og vondt

Mine funn viser variasjoner knyttet til ønsker og tilfredshet med å bo i fellesskap sammen med andre personer med psykiske vansker. Noen synes det var trygt og godt å bo sammen med andre i «samme båt». Andre opplevde utfordringer med å bo i fellesskap med andre med psykiske lidelser, eller å bo tett med folk som brukte rusmidler. Andre studier peker også på utfordringer knyttet til beboersammensetting i bofellesskap, og at det kan oppleves negativt å bo i en *gruppe* med andre med psykiske lidelser (Andvig et al. 2013, Hansen og Grødem 2012, Reed 2015, Bengtsson-Tops et al. 2014, Petersen et al. 2015).

På den andre siden kunne det å bo sammen med andre være både trygt og ønskelig. Det ga mulighet for sosialt samvær med beboere og ansatte, og var en arena hvor de kunne møte for forståelse fra andre, knyttet til sine psykiske helseutfordringer (Ådland 2003, Hansen 2006, Frestad 2013, Bengtsson-Tops et al. 2014). Uavhengig av meninger om det å bo med andre, viste mine funn at de fleste følte seg som en del av et fellesskap. Eksempelvis ble fellesarealene i boligen omtalt som et positivt samlingspunkt for beboere og personal – en arena for uformelt sosialt samvær, felles måltider og andre aktiviteter. Det bidro til at de følte en tilhørighet til både noe og noen, og som en del av et større fellesskap. Det å føle fellesskap og å høre til en plass, er viktig for recovery (Borg og Topor 2003).

Et meningsfullt innhold i hverdagen

Et av mine funn var viktigheten av å ha et meningsfullt innhold i hverdagen, som man kan forme selv. Hva som er meningsfullt og viktig for den enkelte, er individuelt (Gullestad 1989). Det var stor variasjon i informantgruppa når det gjaldt ønsker, behov og tilfredshet knyttet til aktivitet og innhold i hverdagen sin. Selv om botiltakenes fellesarealer tilfredsstilte manges behov for fellesskap og sosialt samvær, opplevde noen savn og mangel på sosiale aktiviteter. På grunn av lite nettverk utenfor botiltaket, var mange ofte avhengig av fellesaktiviteter organisert av personalet i botiltaket, for å komme seg ut og få et avbrekk fra det daglige. Denne avhengigheten av andre for å kunne delta aktivt og sosialt, kunne gi en opplevelse av avmakt når tilbudet i botiltaket ikke samsvarte med behovene og ønskene de hadde. Dette ble spesielt knyttet til det frafalte «biltybudet» som mange informanter snakket om. Noen mestret å skape

et meningsfullt innhold i hverdagen sin med å gjøre egeninnsats. De som ikke greide å finne andre alternativer, ble mer passive og isolerte, og opplevde mindre mestring fordi de hadde begrensede muligheter til å utfolde og utfordre seg.

Ut fra mine funn ser det ut som det er mangel på et bredt spekter av individuelt tilpasset dag- eller aktivitetstilbud, for mange som bor i botiltak. Sett i forhold til teorien om salutogenese og «sense of coherence», skal meningsgivende faktorer i livet, gi en større helsegevinst (Langeland 2014). De som opplever at de *ikke* har en meningsfull hverdag, vil få mindre helsegevinst.

Mangel på meningsfylte hverdager, vil i et recoveryperspektiv være en mangel på en viktig sosial betingelse, som igjen kan være til hinder for bedring og mestring. Lignende funn ble gjort av Bengtsson-Tops et al. (2014), hvor mange informanter beskrev hverdagen i bofellesskap som kjedelig, med mangel på mental og sosial stimulering. Også Hansen (2006) fant i sin studie at brukerne hadde utilfredsstilte behov for støtte til *innhold i livet*, som arbeid og meningsfull aktivitet. Andre studier peker også på et utilfredsstilt behov for sysselsetting og aktivitet for personer med psykiske lidelser som bor i tilrettelagte botiltak (Hansen og Ytrehus 2005, Hansen 2006, De Heer-Wunderink et al. 2012). Med tanke på at et av tjenestenes overordnede mål er individtilpassede tjenester og tiltak (Trondheim Kommune 2014), tyder mine funn på at målene ikke er nådd når det gjelder disse områdene.

Å legge til rette for individuelt tilpassede aktiviteter, handler om å kunne møte de ulike behovene enkeltpersonene har, uansett om behovene er små eller store. I mine funn var det eksempelvis ikke nødvendigvis de som hadde *flest antall* aktiviteter i hverdagen sin, som var mest tilfredse. Noen av de som hadde tilsynelatende *minst* innhold, var de mest tilfredse, nettopp fordi deres egne ønsker og behov var tilfredsstilte.

Kriteriet om *alvorlig psykisk lidelse*, som gjelder for å få bolig i bofellesskap, kan indikere at brukerne er en homogen gruppe. Funn i studien indikerer derimot at selv om brukerne har alvorlig psykisk lidelse, bør tjenestene og aktivitetstilbudene være utformet med utgangspunkt i at de er en heterogen gruppe. Om man likevel tilbyr de samme tjenester og tilbud til alle, bør det også finnes andre alternativer, dersom tilbudene viser seg å ikke være godt nok tilpasset brukerne i første omgang.

Sosialt nettverk og sosiale relasjoner

En god, egnet bolig med individuelle tjenester, fellesskap og sosial støtte er sentralt for å fremme mestring og recovery, og er viktig for å kunne opprettholde sosiale relasjoner og

meningsfulle aktiviteter (Chesters et al. 2005, Padgett 2007, Browne et al 2008). Samtidig kan bofellesskap som boform også være *begrensende* når det gjelder sosiale relasjoner. Tidligere forskning beskriver at bofellesskap kan ha negative konsekvenser for enkeltindividene, knyttet til økt avhengighet av personal og mindre selvstendighet, samt isolering og begrensning fra samfunnet for øvrig (Chilvers et al. 2006, Browne et al. 2008, Andvig et al. 2013, Reed 2015, Eidså et al. 2016,). Mine funn viser derimot at mange av informantene følte seg generelt *mer* selvstendige etter å ha bodd i botiltaket noen år, og *mindre avhengig* av hjelp fra personalet i det daglige. Samtidig var mange i stor grad avhengige av personalet på andre måter, for eksempel knyttet til sosiale aktiviteter og innhold i hverdagen, som beskrevet i tidligere i kapitlet.

Mine funn viser at noen informanter har familie, kolleger, støttekontakt og noen få nære venner i sitt nettverk, utenom naboer og personal i botiltaket. Andre informanter hadde bare personalet i boligen og/eller naboer som nære relasjoner. Andre studier viser også at mange som bor i bofellesskap opplever at sosial kontakt begrenser seg til andre beboere og personal, og/eller at de har lite sosialt nettverk og aktiviteter utenfor bofellesskapet (Chesters et al. 2005, Browne et al. 2008, Andvig et al. 2013, Petersen et al. 2015, Eidså et al. 2016).

Chilvers et al. (2006) åpner for en diskusjon om fordelene med bofellesskap veier opp for risikoen for negative konsekvenser, og dette vil jeg bygge videre på her. For å diskutere potensielle svakheter eller negative konsekvenser av et lite – eller begrenset – sosialt nettverk, har jeg sett funnene i sammenheng med den sosiologiske teorien om «*The strength of weak ties*» (Granovetter 1973). Både sterke og svake sosiale bånd er viktige i interaksjonen i sosiale nettverk, og båndene har ulike funksjoner. De svake sosiale båndene er de som kan gi sosiale fordeler via informasjonsutveksling i småprat; som nyheter, dagsorden og ting som skjer rundt om i samfunnet – eller bare det å ha noen bekjente å ringe, hvis man trenger en tjeneste.

Personer som har få slike svake bånd, vil således kunne gå glipp av fordelene som er nevnt over. Det kan igjen isolere de fra viktige dagsaktuelle debatter og temaer. Dette kan i seg selv være begrensende. I tillegg kan de som deltar lite i andre sosiale arenaer enn bofellesskapet, tenkes å ha begrenset mulighet til å knytte og bruke slike svake sosiale bånd. Hvis man tenker at svake sosiale båndene (Granovetter 1973) kan være viktig for recovery, bør helsetjenestene tilrettelegge for å styrke svake sosiale bånd for å bidra til å fremme recovery.

Et lite nettverk kan således fremstå som noe negativt for enkeltindividene. Mine funn viser derimot at det er flere aspekter knyttet til dette. Det var delte ønsker og erfaringer knyttet til

sosiale relasjoner. Noen var tilfredse med sitt lille sosiale nettverk i bofellesskapet, av ulike årsaker, og flere av informanten uttrykte at det å forholde seg til få personer var noe de selv ønsket. De beskrev også bofellesskapet som en positiv og viktig sosial arena i hverdagen. De sosiale relasjonene med naboer og personal i bofellesskapet, var viktig for trivsel og forebygging av forverring av psykisk helse, og fellesaktivitetene var viktig for samhold. Fellesskapet ga en følelse av å være en del av samfunnet. Lignende funn er gjort i andre studier (Ådland 2003, Chesters et al. 2005, Schön et al. 2009, Bengtsson-Tops et al. 2014, Petersen et al. 2015, Eidså et al. 2016).

En informant beskrev også at bofellesskapets fellesaktiviteter med personal og naboer, både styrket fellesskapet og tok bort fokuset på at de var psykisk syke. Disse fellesaktivitetene er et godt eksempel på hverdagslig uformelt samvær, som Skatvedt (2013) mener bidrar til fremveksten av *alminnelige identiteter* for brukerne. Å føle seg *alminnelig* i stedet for syk, åpner for mestringsopplevelser og positive sosiale roller. Dette gjør at det hverdagslige har et terapeutisk potensial (Skatvedt 2013). Fellesskapsfølelsen som mange informanter fortalte om i denne sammenhengen – som er viktig for recovery – er en følelse de kanskje ikke ville hatt dersom de *ikke* hadde bodd i bofellesskap.

Det å legge til rette for gode sosiale relasjoner, er mer komplisert enn å tilby en bolig og ulike helsetjenester (Chesters et al. 2005). Sosiale relasjoner er beskrevet som en *nøkkel* til alle elementer av recovery. Alle tilbud og tjenester som skal fremme mestring og recovery, må ses i sammenheng med kvaliteten på de sosiale relasjonene som *er* involvert i brukernes liv (Schön et al. 2009). Informantene i denne studien – som var tilfredse med lite nettverk – beskriver nettopp at de opplever de sosiale relasjonene de har i bofellesskapet, å være av høy kvalitet. Eksempler på dette var relasjonen til primærkontakten. Dette tyder på at det er viktig å anerkjenne *brukernes definisjon* av hva gode sosiale relasjoner er. Selv om personalet har en profesjonell rolle i relasjonen, kan brukerne oppleve relasjonen som nær, god og virksom. Disse relasjonene ser også ut til å dekke flere behov og/eller roller. Samme funn er gjort av Schön et al (2009).

Brukerne som bor i de større bofellesskapene, har mange naboer og personal rundt seg. Hvis relasjonene oppleves som gode, er det potensielt mange sterke og svake sosiale bånd her (Granovetter 1973). Lignende funn ble gjort av Schön et al. (2009), som beskriver at de bedringsfremmende sosiale relasjonene handlet om kvaliteten på relasjonene – uavhengig av om relasjonene var etablert i en hjelpekontekst (bruker/hjelper-relasjon), med venner og

familie, eller med andre personer i samme situasjon. De sosiale relasjonene til fagpersonene kunne være helt avgjørende for recoveryprosessen (Schön et al. 2009).

Samtidig er det relevant å påpeke at botiltakene har visse likhetstrekk med en institusjon, selv om mine funn viser at informantene beskriver et tydelig skille mellom institusjonsopphold og det å bo i bofellesskap. Det er ansatt ei personalgruppe som utøver tjenester. De som bor der har betegnelsen *alvorlig psykisk lidelse* eller *brukere*. Botiltakene tilbyr eksempelvis både felles måltider og aktiviteter i regi av personalet. Således kan det være en fare for institusjonalisering av brukerne, fordi rammen er så tett og trygg at mange vil bli værende i dette, og dermed opprettholde avhengigheten til personalet. En varig avhengighet av slik art, kan tenkes å være til hinder for selvstendighet og integrering i samfunnet for øvrig.

Bofellesskap ser ut til å være en sosial struktur som fremmer recovery nettopp fordi den tilbyr blant annet langvarige og virksomme relasjoner. Mine funn som omhandler en opplevd avhengighet av personalet for å gjøre positive fritidsaktiviteter, sett i sammenheng med tidligere forskning og teori, indikerer at tjenestene bør være bevisst de potensielle negative effektene boformen kan ha på brukerne. Dette for å bidra til en balanse mellom de trygge rammene i bofellesskapet og samfunnet for øvrig, på en god måte. Dette er særlig et poeng hvis tjenestene ønsker å legge til rette for at brukerne skal kunne ta et steg videre og flytte til bolig uten personal.

Mine funn viser at flere informanter hadde ønsker og mål om å flytte i ordinær bolig i fremtiden. Dette utfordrer tjenestene til å bidra med en struktur som fremmer utvikling, som kan hjelpe brukerne å mestre hverdagen i større grad på egenhånd. Samtidig er det ikke er noe mål eller ønske for *alle* å greie seg uten hjelp av personal. For noen er det nettopp rammene og relasjonene som kjennetegner denne boformen, som bidrar til at de har en opplevelse av en god hverdag.

Om bofellesskap er potensielt fremmende eller hemmende for mestring og recovery, ser ut til å være avhengig av individuelle ønsker og behov. Det kan være *fremmende* for de som er tilfredse med sin tilværelse, uansett om nettverket begrenser seg til personell og naboer. Det kan være *hemmende* eller begrensende for de som *ikke* er tilfredse med sin situasjon i bofellesskapet av ulike årsaker, føler seg begrenset i hverdagen av bomiljøet, og/eller har ønsker og behov for sosial kontakt som ikke er ivaretatt. Borg et al. (2013) skriver at det må jobbes med eventuelle begrensende omgivelser, for å fremme bedringsprosesser. I likhet med Borg et al. (2013), fant Petersen et al. (2015) i sin studie at sosiale forhold var viktig for recovery, og at disse kunne bli

en barriere hvis de sosiale aspektene er av en begrensende art (Petersen et al. 2015). Dette understøtter Bengtsson-Tops (2014) sin studie, som konkluderer med at botiltakene må kontinuerlig evaluere brukernes individuelle sosiale og emosjonelle behov, for å sikre at alle får tilstrekkelig sosial stimulering.

6.2 Hjelpekonteksten – er bofellesskap en arena for brukermedvirkning og reelt samarbeid med hjelpepersoner?

Det som skiller hverdagslivet til personer som bor i botiltak, fra noen som *ikke* bor i botiltak, er at konteksten og rammene for boligen og hjemmet deres er et kommunalt bofellesskap for personer, med personell. Denne boformen innebærer både å være leietaker og en bruker av helsetjenester, og et daglig samarbeid med profesjonelle, i sitt eget hjem. Å bo et sted hvor andre mennesker jobber, har potensielle utfordringer. Personellet i botiltaket er ikke mennesker de har valgt inn i livet sitt selv, som de likevel må forholde seg til på et eller annet vis. Borg et al. (2013) skriver at recovery blant annet handler om valgmuligheter et *reelt samarbeid* med fagpersoner. Relasjon mellom bruker og hjelper skal også være en allianse som preges av gjensidighet (Borg et al. 2013). En relevant diskusjon er derfor om bofellesskap er en arena for medvirkning, reelt samarbeid og gode allianser med fagfolk.

Mine funn viser at botiltaket representerte en trygg ramme i hverdagen, og dette ble ofte knyttet til nærheten til personalet i boligen og det hverdagslige samværet. Å få dekket behov for trygghet og ha noen å prate med, var nødvendig for å ha en god hverdag. At bofellesskap med nærhet til en personalbase kan være en trygg ramme i hverdagslivet, er funnet i flere andre studier (Chesters et al. 2005, Chilvers et al. 2006, Hansen 2006, Hansen og Grødem 2012, Carpenter-Song et al. 2012, Frestad 2013, Andvig et al. 2013,).

Et av funnene i denne studien er at de fleste opplever et godt samarbeid med personalet, og at de er medvirkende i utformingen av hjelpen de får. Samarbeidet med personalet var positivt fordi det var basert på frivillighet og selvbestemmelse. Selvbestemmelse er sentralt i både empowerment, brukermedvirkning og recovery. Selvbestemmelse og medvirkning kom også til uttrykk ved at de regulerte innhold og hyppighet for kontakten med personalet selv. Brukermedvirkning handler nettopp blant annet om å motta hjelp på egne premisser, og bli sett og respektert (Løken et al. 2006). Personalet var lett tilgjengelige og fleksible når det gjaldt informantenes ønsker og dagsform. Fleksibilitet kunne dreie seg om klokkeslett, og mer hjelp og samtaler i dårlige perioder. Denne fleksibiliteten er viktig fordi den kreves for å få hverdagen

til å gå rundt på tross av problemer og utfordringer (Borg 2009). Det harmonerer med et recoveryperspektiv, som skal fremme personlige meninger og valg, selvstyring og egenkontroll (Slade 2009). Viktigheten av å ha lett tilgjengelig personell i boligen, med behovstilpasset hjelp, spesielt i vanskelige perioder, er funnet også i andre studier (Ådland 2003, Hansen 2006).

Mine funn står i denne sammenhengen i kontrast til Petersen et al. (2012) sin studie, hvor brukermedvirkning ble opplevd som en *kamp* for selvbestemmelse og anerkjennelse fra personalet. Én informant i min studie beskrev at personalet i boligen ville blande seg for mye i livet hans, ved at de insisterte på å følge han til legetimer. Samtidig satte han pris på, og ønsket, at personalet skulle hjelpe han med å ordne innleggelse på sykehus når han trengte det. Det eksemplet tyder på at det er viktig at hjelpepersoner ikke tar for gitt at brukeren vil samtykke i *alt*, selv om de samtykker i *noe*.

Viktige relasjoner

Mange informanter beskrev gode relasjoner til personalet, spesielt den som hadde funksjon som primærkontakt. Relasjonene til personalet hadde viktige funksjoner i den enkeltes hverdag. De gode relasjonene var preget av gjensidig respekt, tillit, tålmodighet, god kjemi og en åpen dialog. Dette illustrerer det Westerlund (2012) skriver er et godt utgangspunkt for medvirkning: likeverdige relasjoner og hverdagslige møter. Dette underbygger også funn i Rise et al. (2011) sin studie som viste at både brukere og profesjonelle definerte brukermedvirkning som en *dialog med gjensidig respekt*, for å ta felles avgjørelser. Steinsbekk et al. (2013) fant også at blant annet respekt, sosial kontakt, fleksibilitet, felles beslutninger og ansvarsfrihet er viktige kjennetegn på gode psykiske helsetjenester.

Mine funn viser at *tillit* var elementært for relasjonen og samarbeidet med personalet. Tillit er sentralt når det gjelder empowerment og brukermedvirkning. Empowerment handler om å redusere maktforskjeller i relasjonene (Vik 2007, Petersen et al. 2012), og å redusere avmaktsfølelse i hverdagen (Vifladt og Hopen 2013). Informantene i Petersen et al. (2012) sin studie opplevde å ha lite medvirkning, særlig i dårlige perioder. En av årsakene til dette var en opplevd konflikt mellom økt omsorgsbehov fra personalet, og samtidig få anerkjennelse for egne meninger og valg. Mine funn viser at informantene opplevde tillit i relasjonene, ved stolte på at personalet *ordnet opp* og at de kunne være sparringspartnere i hverdagen. Denne funksjonen ivaretok en fin balanse mellom omsorg, utfordringer og krav. Mine funn, sett opp mot Petersen et al. (2012), handler i så måte om det samme. Forskjellen er at balansen oppleves å være bedre ivaretatt av brukerne i min studie. Også Rise et al. (2014) fant i sin brukerstudie,

at god hjelp krever både trygg omsorg i dårlige perioder, og tilrettelegging for økt medvirkning og ansvar i gode perioder. Dette er dynamiske behov, som krever fleksible tjenester med individtilpassede tjenester (Rise et al. 2014).

Andre eksempler fra mine funn er hvordan informantene noen ganger brukte tillitsrelasjonene til å *delegere ansvar* til personalet, når det gjaldt medisiner, penger, vekking om morgenen, eller regulering av atferd. Dette var en måte å mestre hverdagen på, slik at de kunne konsentrere seg om andre ting de håndterte selv. Det å velge at andre skal bestemme noe for seg, kan også være *myndiggjørende*, dersom de ikke ønsker eller greier å ta stilling til hva som er beste løsning. Tilliten handler da om å stole på at de som skal bestemme, gjør en god vurdering (Westerlund 2012).

Funn i studien tyder på at relasjonene mellom informantene og personalet i botiltaket bærer preg av at makten mellom partene er jevnt fordelt. Dette bidrar sannsynligvis til det at mange av informantene opplever at de bestemmer over seg selv og styrer sin egen hverdag, selv om de bor i bofelleskap med personal. Gode relasjoner til personalet hadde også forebyggende funksjoner, og var for mange en mestringsstrategi mot forverring av psykisk helse. Andre studier viser også at funksjonene til disse relasjonene er viktig for recovery og forebygging av forverring av psykisk helse (Chesters et al. 2005, Schön et al. 2009, Petersen et al. 2015).

At samarbeidet mellom brukere og hjelpepersoner foregår i det daglige, på hjemmebane og i en hverdagskontekst, synes å bidra til en styrke for relasjonen og dens betydninger og funksjoner. Almvik (2014) beskriver det samme i sin studie, og peker på at det er særlig det *uformelle* og det personlige og ekte som har betydning for relasjonen.

For å se på bofelleskap som en potensiell *ramme* for mestring i et større perspektiv, i denne sammenhengen, har jeg sett på konteksten og relasjonene til personalet i sammenheng med Brofenbrenners utviklingsmodell (Heggen 2007). Det sentrale i modellen er samspillet mellom bruker, konteksten og miljøet. I modellens *mikrosystem* er samspillet mellom brukerne, hverdagsarenaene og personalet de samarbeider med. Dette nivået er det mest *synlige* i mestrings situasjoner. I denne sammenhengen handler dette om samarbeidet og relasjonene til personalet, og de hverdagslige situasjonene og aktivitetene i bofelleskapet.

Hva som foregår i dette samspillet, beskrives å påvirke brukernes evne til å mestre: maktbalansen i relasjonene og følelser som skapes mellom bruker og personal, påvirker mulighetene for læring og mestring (Heggen 2007). Mine funn tyder på at brukerne opplever en jevn maktbalanse og gode, nære samarbeidsrelasjoner med personalet. Hvilken *rolle*

brukeren har i tjenestetilbudet påvirker også mestring (Heggen 2007). Eksempler fra funnene viser at de fleste informantene har en sentral rolle når det gjelder bestemmelse og medvirkning i egen hverdag og i hjelpen de mottar.

I *makrosystemet* er botiltakenes overordnede føringer og rammer. Disse faktorene kan påvirke den enkeltes vilkår for opplevelse av mestring i hverdagen, fordi makronivået former tjenestene brukerne mottar, og hvordan de blir møtt av personalet. Hvordan disse nivåene påvirker hverandre, har betydning for om de er hemmende eller fremmende for utvikling og mestring (Heggen 2007). I denne aktuelle konteksten, hvor tjenestenes overordnede mål er å fremme brukermedvirkning, mestring og recovery, sier teorien at dette skal «kjennes på kroppen» for brukerne.

Mine funn viser flere eksempler på hvordan dette kan ha fått konsekvenser for praksis. Jeg vil nevne ett eksempel her. En informant fortalte om det han kalte *forandringspolitikk*, hvor han etter flere år plutselig sluttet å få hjelp til husvask av personalet, med begrunnelsen om at han måtte delta i denne oppgaven selv. Det er ikke usannsynlig at dette var et resultat av tjenestens arbeid med *målsetting om å legge til rette for selvstendighet og mestring, med fokus på brukerens ressurser* (Trondheim Kommune 2014). Informanten fortalte at dette påvirket han på en negativ måte, fordi det *ikke* hadde hjulpet han med å bli mer selvstendig, eller å føle mestring. Sett opp mot teori om empowerment, er det heller ikke en jevnt fordelt *makt* i denne situasjonen. Makt har grunnlag i et avhengighetsforhold til andre (Vik 2007). Når informanten tilsynelatende ikke forsto hensikten med endringen, ikke hadde vært med på bestemmelsen, ikke opplevde å mestre situasjonen, og ikke kunne gjøre noe for å påvirke avgjørelsen, er dette en situasjon som kan gi en avmaktsfølelse for brukeren.

Modellen bekrefter i stor grad det informantene sier – presentert i mine funn – at gode allianser med reell medvirkning og selvbestemmelse, og en verdsatt rolle i samarbeidsrelasjonen er viktige rammer for mestring. En rimelig konklusjon synes å være at rammene og relasjonene i bofellesskap, kan representere en viktig sosial faktor for å fremme mestring og recovery. Et annet viktig poeng er å være bevisst hvilke konsekvenser endringer i overordnede føringer kan gi, for enkeltpersoner og deres opplevelse av empowerment og medvirkning.

6.3 Hverdagskonteksten – er bofellesskap en arena for bedring og mestring?

Recovery som personlig prosess handler blant annet om egenopplevd bedring, mestringsstrategier, å ha en god hverdag og leve et godt liv. En relevant diskusjon i denne sammenhengen, er om – og på hvilken måte – informantene opplever bedring ved å bo i botiltak.

Et av funnene i denne studien var nettopp at mange av informantene opplevde hverdagen sin som *bedre* etter de flyttet inn i botiltaket. Opplevelsen av bedring ble knyttet til flere ting, eksempelvis at de opplevde bedre psykisk helse og mindre innleggelses på psykiatrisk sykehus. Selv om mange fremdeles hadde ulike psykiske vansker og dårlige perioder, hadde de mestringsstrategier for å håndtere dette. Opplevelsen av bedring kunne også handle om tilfredshet med de fysiske rammene i boligen, tryggheten med å ha en personalbase i nærheten og mulighet for å delta i sosialt samvær og fellesaktiviteter. Andre studier viser også at mange brukere opplever at de har en bedre hverdag og bedre psykisk helse etter innflytting i botiltak (Ådland 2003, Hansen og Grødem 2012, Frestad 2013). Dette underbygger recovery-forskningen, som viser at personer med alvorlige psykiske lidelser faktisk blir bedre (Topor 2006, Norvoll 2013).

Mestringsstrategier brukerne hadde for å håndtere utfordringer og dårlige perioder, var for mange det å bruke personalet i boligen til samtaler eller annen hjelp. Et sosialt perspektiv på recovery, handler om å ha tilgang til sosiale ressurser og mulighet og evne til å utnytte disse (Borg et al. 2013). En sosial forståelse av mestring handler ikke om individuelle egenskaper og ressurser, men om hvordan rammene og konteksten gir muligheter for mestring (NK LMH 2017). Å ha noen som er lett tilgjengelige, å kontakte for å få hjelp i dårlige perioder, er et eksempel på en sosial ressurs. Med utgangspunkt i dette, tyder det på at bofellesskap som boform kan representere en sosial struktur som fremmer mestring og recovery.

Å ha en ordinær hverdag

En dimensjon av hverdagslivet er «*den daglige organisering av oppgaver og virksomheter*», ifølge Gullestad (1989). Disse er lett å overse fordi det er så selvsagt. Betydningen av den hverdagslige konteksten, rutinehverdagen og å mestre de daglige gjøremålene, er beskrevet i mine funn. Bedring ble ofte knyttet til at informantene hadde et mer *normalt* eller *ordinært* liv nå, sammenlignet med tidligere. Dette var noe de ønsket å ha. Viktigheten av å være «normal» eller «som folk flest» var tema også i Borg (2009) sin studie.

Bedring ble også knyttet til utvikling av mestring og selvstendighet i daglige gjøremål, via læring, veiledning og samarbeid med personalet. For mange var de dagligdagse gjøremålene *ikke* en selvfølge, og kunne være anstrengende og utfordrende, ofte knyttet til symptomer, mangel på motivasjon eller svekkede ferdigheter. Mange var derfor, i forskjellig grad, avhengig av andre for å mestre sine daglige gjøremål. Mine funn viser mange eksempler på hvordan de fikk praktisk hjelp til hverdagslige utfordringer. Slade (2012) beskriver dette som elementært i recovery-tenkning: *“The strongest contribution of mental health services to recovery is to support everyday solutions to everyday problems”*.

Basert på funnene har jeg gjort en refleksjon, knyttet til informantenes store fokus på mestring av daglige gjøremål. Ville andre, som ikke er i samme situasjon, lagt såpass mye vekt på dette, dersom de hadde blitt spurt om å definere mestring? En mulig sammenheng her, er at mange av informantene har erfart nettopp det å *ikke* mestre hverdagen, eksempelvis på grunn av sykdom og opphold i institusjoner. Denne kontrasten kan forsterke betydningen av å mestre hverdagen.

Borg (2009) sin studie om bedringsprosesser, viser at slike dagligdagse aktiviteter er viktige å mestre, fordi det å *ikke* mestre de kan oppleves uverdigg. Bedringsprosesser handler nettopp om å mestre det som alle «må», for å få hverdagen til å gå rundt (Borg 2009, Petersen et al. 2015). Det å kunne bo for seg selv, føle seg selvstendig og mestre hverdagen, er en bekreftelse på mestring av eget liv – som igjen er en kompetanse knyttet til en sosial rolle (Ådland 2003, Borg 2009). Andre studier viser også at å mestre de daglige gjøremålene i egen bolig, er viktig for bekreftelse av egenverdi og selvstendighet (Ådland 2003, Borg 2009, Frestad 2013, Eidså et al. 2016).

Mestring og selvstendighet

Når det gjelder å *mestre* noe, er det relevant å diskutere hva mestring innebærer. I likhet med definisjonene av mestring beskrevet i teorikapittelet, knyttet informantene mestring til både hverdagslige gjøremål og større mål. De informantene som hadde arbeid, knyttet mestringsbegrepet til ulike sider ved jobbhverdagen, eksempelvis det å ha forståelige oppgaver, og få utfordringer. Dette er likt med teorien om salutogenese og SOC – at indre og ytre stimuli og utfordringene de opplever er forståelig, håndterbare og gir mening, bidrar til graden av mestring (Langeland 2014).

En definisjon av mestring ble av mange også knyttet direkte til hverdagslivet; om å føle seg selvstendig og greie seg gjennom hverdagen. De fleste hadde en opplevelse av å greie seg selv og mestre daglige gjøremål. Samtidig hadde ikke mestring en entydig sammenheng med å være

selvstendig. Mange følte både mestring og selvstendighet, uavhengig av om de fikk lite eller omfattende hjelp fra andre. Sett i sammenheng med andre funn i studien – det at de i stor grad medvirker og bestemmer egen oppfølging og samarbeid med personalet – har jeg gjort meg en refleksjon om at dette er et eksempel på at utførelsen av hjelpen de får, er avgjørende for hvorvidt hjelpen oppleves som massiv eller inngripende.

Å ha praktiske ferdigheter var viktig for opplevelse av mestring. Som beskrevet i forrige avsnitt, er det samtidig et poeng at opplevelsen av mestring (mestringsfølelse) ikke alltid samsvarer med mestringskompetansen (evnen til å utføre oppgaven) (Heggen 2007). Hvis målet for tjenestene er at de skal fremme recovery og mestring, blir det dermed viktig at *selvstendighet* i gjøremålene, ikke nødvendigvis bør være det gitte hovedmålet – med mindre dette er brukerens uttalte mål. For å legge til rette for mestring bør det gjøres vurderinger som sikrer en balanse mellom krav, kapasitet og ønske hos den enkelte. Hvis vi ser selvstendighet opp mot empowerment, handler det om at brukerne skal kunne være medvirkende i denne vurderingen (Vik 2007). En samarbeidsrelasjon basert på tillit vil bidra til å ta gode, felles avgjørelser som sikrer denne balansen, og samtidig reduserer en potensiell avmaktsfølelse.

Når det gjelder diskusjonen om risikoen for negative konsekvenser, veier opp for fordelene med bofellesskap, har jeg også gjort noen refleksjoner. Med utgangspunkt i informantenes beskrivelser, kan man se for seg hvordan hverdagen til mange hadde vært hvis de *ikke* hadde bodd i bofellesskap. Dersom boformen har bidratt til færre innleggelse og en bedre hverdag, kan det alternativet bety flere innleggelse, mindre mestring og svekkede muligheter for recovery. For noen ser det ut til å være nødvendig å ha denne formen for bolig og tjenester, for å kunne mestre hverdagen sin med de psykiske utfordringene de opplever. De recoveryfremmende rammene som bofellesskap kan tilby – som tilhørighet, hverdagslig hjelp og alminneliggjøring – kan bidra til utvikling av positive sosiale roller, som noen kanskje ville gått glipp av dersom de *ikke* hadde bodd i bofellesskap. Informantene trakk frem at det er nettopp den hverdagslige hjelpa og mestring av hverdagen, som bidrar til opplevelse av å mestre eget liv.

6.4 Metodediskusjon

De tre kriteriene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet benyttes som indikatorer på kvalitet i forskning (Tjora 2012). Jeg benytter de fornorskede uttrykkene pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.

6.4.1 Pålitelighet

Som beskrevet tidligere, fikk jeg tilgang til data gjennom et overordnet prosjekt. Det gjorde at tema og intervjuguide måtte tilpasses etter prosjektets mål og hensikt. Jeg kunne derfor ikke skreddersy intervjuguiden til problemstillingen som jeg ønsket å jobbe med i masteroppgaven, på forhånd. Men jeg deltok aktivt i utforming av intervjuguide og informasjonsskriv, og fikk på denne måten mulighet til å komme med innspill til tema og spørsmål som jeg ønsket å belyse i min oppgave. En fordel med å tilhøre et overordnet prosjekt, er at jeg fikk tilgang til flere informanter. Dersom jeg hadde hatt et eget prosjekt, kunne jeg ikke intervjuet brukere på egen arbeidsplass. En annen fordel med å være med i en prosjektgruppe er at jeg fikk veiledning fra høgskoleansatte med bred erfaring når det gjaldt både søknader, utforming av informasjon/samtykke og intervjuguide, og gjennomføring av intervju. Her fikk jeg verdifulle tips, som jeg kanskje ikke villet tilegne meg gjennom å lese teori.

Hvilken type relasjon det er mellom intervjuer og informant kan ha betydning for påliteligheten (Tjora 2012). I informasjonsskrivet som informantene fikk, sto det ikke at de som skulle utføre intervjuene, jobbet i et av enhetens botiltak. I en annen masteroppgave gjort på samme enhet, av en ansatt, ga NSD tilbakemelding på det burde stå i informasjonsskrivet at «*studenten selv jobber ved et annet botiltak*» (Reed 2015). Vi valgte å informere informantene muntlig i starten av intervjuene, om at vi jobbet ved et annet botiltak. Vi opplevde ikke at informantene synes dette var negativt, heller positivt i den forstand at det ble noe til felles og noe å snakke om, når informantene enten kjente til botiltaket eller annet personell hvor vi jobbet.

Denne informasjonen kan likevel ha påvirket informantene på ulike måter, fordi vi er en del av ansatte- og fagmiljøet. De kan for eksempel holdt tilbake informasjon eller meninger om botiltaket eller personalet, i frykt for at vi skulle videreformidle dette til noen. Et annet potensielt problem er at informantene kan prøve å svare «riktig» på spørsmålene. Det kan være for å ville sette botiltaket i et godt lys, eller at de selv ønsker å framstå som «flinke» i undersøkelsen (Tjora 2012). På den andre siden kan min bakgrunn og erfaring vært med å skape en trygg intervjusituasjon, og bidratt til å stille gode oppfølgings spørsmål til informantene.

Jeg kan heller ikke utelukke at data og resultater hadde blitt annerledes dersom, eksempelvis, noen andre med mer intervjuerfaring eller annen bakgrunn hadde gjort studien, fordi de kunne fått frem andre perspektiver eller beskrivelser. For eksempel opplevde jeg at det var vanskelig for noen av informantene å utdype hverdagslige tema. Det kan ha vært svakheter i spørsmålsstillingene som ikke fikk dette godt nok frem.

Jeg har gjort rede for min kunnskap om og erfaring med feltet, i kapittel 4.2. Creswell (2007) skriver at det er nesten en umulig oppgave å skulle «nullstille» seg hundre prosent. Jeg kan derfor ikke garantere at mine erfaringer og tanker om temaet ikke har påvirket analysene. Det er mulig at en annen forsker med en annen bakgrunn ville hatt andre funn i denne undersøkelsen.

Mitt engasjement i tematikken kan betraktes som støy, men også som ressurs (Tjora 2012). At jeg har kunnskap og engasjement for området som studeres er en god forutsetning, men det kreves en særlig bevissthet på mine forforståelser, og dets innvirkning på min tolkning av empirien. Fordel med kunnskap på feltet er at man får stilt presise spørsmål, men for mange forutinntattheter er en ulempe (Tjora 2012). I analysene må jeg også reflektere over om jeg «*finder det jeg leter etter*». Jeg har tenkt på dette i flere faser av studien. Særlig etter intervjuene ble gjort, og før jeg begynte analysearbeidet, gjorde jeg meg noen tanker om at jeg greide å legge bort de fleste av mine antakelser, om hva informantene kom til å si i intervjuene. Det var fordi jeg erfarte at innholdet ikke nødvendigvis ble slik jeg trodde, og intervjuene ble også nokså forskjellige.

Jeg ser at det er mulig at dybdeintervjuer ikke er den beste måten å forstå hverdagslivet i botiltaket på. Jeg har reflektert over om observasjon eller deltakende observasjon hadde vært nyttige metoder å bruke i tillegg, for å fange opp de små tingene det kan være vanskelig å sette ord på i et intervju. På en annen måte bidrar intervjuene til å holde fokus på informantenes fortellinger og subjektivitet.

Som intervjuer bør man prøve å forstå informantens utsagn opp mot hva han forventer at intervjueren vil vite, og hvordan han eller hun påvirkes av mine verbale og visuelle tilbakemeldinger, som nikk, osv. (Tjora 2012). Vi ønsket å tilrettelegge intervjusituasjonen som en uformell situasjon. Likevel kan det ha blitt en formell situasjon i starten av intervjuene, når vi gikk gjennom informasjonsskriv og samtykkeskjema. Tjora (2012) skriver at informantene kan ha en forventning om at intervjueren stiller spørsmål, og at de skal svare kort og presist på spørsmålet. Følelsen av «det formelle» og «intervjuer snakker – informant sier ja» kan ha satt

standarden for resten av intervjuet, ved at det bidro til at noen svarte kort og direkte på nesten alle spørsmålene. Ideelt sett mener jeg det hadde vært bedre for flyten og interaksjonen på starten og under intervjuet, dersom det formelle hadde blitt gjennomgått på slutten.

Forventninger til hverandre kan også påvirke kommunikasjonen. For eksempel kan informanten forvente at en intervjuer av samme kjønn eller alder «skjønner» enkelte erfaringer eller synspunkter (Tjora 2012). Som intervjuer må man forsøke å ha en slags naiv posisjon, for at det som formidles ikke skal underkommuniseres. På grunn av vår bakgrunn fra botiltak, kan det også være at noe informasjon ikke er «forløst», fordi vi ikke har greid å stille oppfølgingsspørsmål som fanger opp det «selvfølgelige».

Jeg har reflektert over hvordan informantene tolket formålet med intervjuet og studien. Hva informantene har oppfattet som formålet, påvirker hva de forteller (Tjora 2012). I informasjonsskrivet, som også ble gjennomgått muntlig, sto det sagt blant annet

«For at botiltakene skal bli så gode boformer som mulig er vi avhengig av enkeltpersoner som kan dele sine erfaringer med oss. Det du forteller vil bidra til økt kunnskap om hvordan botiltakene kan legge til rette for en bedre hverdag for beboerne sine».

Hos flere av informantene merket jeg tendensen til å ville snakke om ytre faktorer eller praktiske gjøremål, fremfor å snakke om seg selv. Dette kan være fordi de trodde eller ønsket at visse tjenestetilbud ville komme tilbake eller endres ved å ta det opp i intervjuet – selv om ingen spurte eksplisitt om dette. Det kan også være enklere å prate om tilfreds- eller utilfredshet ved tjenestetilbudet fremfor personlige tema. Fordi det overordnede prosjektet hadde elementer av kvalitetssikring og/eller evaluering av tjenestetilbud, var det også ønskelig at informantene skulle si noe om akkurat dette.

Intervjuguiden ble utformet med åpne spørsmål som ikke enkelt lar seg besvare med ja eller nei. Vi forsøkte å stille hjelpespørsmål på samme måte, men ved lesing av transkripsjoner la jeg merke til at det likevel forekommer at oppfølgingsspørsmålene er *lukkede*, og dette gir ofte korte, entydige svar fra informantene. I de intervjuene vi opplevde at dette skjedde, snakket vi om det, slik at vi kunne justere dette til neste intervju. I intervjuer med språklige utfordringer stilte jeg en del ja/nei-spørsmål, for å spørre om jeg hadde forstått det de sa, riktig.

Analyseprosess

I fremstillingen av funn og analysen forsøker jeg å være tydelig på hva som er mine tolkninger og hva som fremkommer gjennom datamaterialet. Jeg bruker direkte sitater fra informantene

for å styrke stemmene til informantene. Denne synligheten vil også styrke undersøkelsens troverdighet (Tjora 2012).

Tjora (2012) skriver at det samtidig er viktig å redegjøre for *hvordan* sitater er valgt ut. Sitatene som ble brukt, var i stor grad valgt ut i horisontalisering-prosessen. Tabellene og temaene som ble utviklet ut fra disse, handlet ofte om det samme. Når jeg valgte ut sitater for å illustrere mine funn, valgte jeg sitater fra den aktuelle tabellen, og det sitatet som jeg vurderte passet best for å illustrere poenget. Alle informantene er representert i oppgaven med sitat, men noen er oftere sitert enn andre.

6.4.2 Gyldighet og overførbarhet

Rekruttering og utvalg

Formelt skulle forespørsel om intervju nådd alle brukerne i enheten vi undersøkte, totalt cirka 120 brukere. I e-posten jeg sendte til døråpnerne, sto det at vi ønsket at primærkontaktene skulle videreformidle forespørselen til *aktuelle kandidater*. I ettertid ser jeg at denne betegnelsen kan ha ført til at ikke alle ble forespurt, men de som er valgt ut av personalgruppen. Det kan være en svakhet ved rekrutteringen. Det har også betydning hvordan forespørselen fremstilles og hvordan innholdet presenteres.

Vi benyttet enhetens fagledere som døråpnere for rekruttering av informanter. Faglederne er mine kolleger, og det kan ha påvirket tilgangen til feltet ved at de har gjort en «ekstra innsats» i rekrutteringen. Av erfaring vet jeg at det kan være svært få som takker ja til deltagelse i intervju og studier. Utvalget kan også være avhengig av hvem personalet har forespurt. De kan for eksempel ha de spurt noen som ofte takker ja til å delta i lignende prosjekter. Selv om vi ønsket at forespørselen skulle gå til alle enhetens beboere, kan jeg ikke utelukke at det er brukere som ikke har mottatt forespørselen. Dette er vanskelig å vite, men det er sannsynlig at rekruttering via døråpnere i dette tilfellet har ført til flere informanter.

Informantene kan ha ulik motivasjon for deltakelse. Jeg observerte for eksempel at en informant likte å ha besøk, annen likte å prate med nye folk, og en svarte med korte setninger hele intervjuet gjennom. Tjora (2012) skriver at det kan være viktig å tenke over hvorfor informantene takker ja til å delta i dybdeintervjuer. I denne sammenhengen kan det være for å få snakke om noe politisk eller faglig de er opptatt av, eller kanskje de ønsker å prate med noen for en terapeutisk effekt.

Hva et representativt utvalg er i denne gruppen mener jeg er vanskelig å si. Kjønn har en jevn fordeling, alder varierer mellom under 30 til over 60. Det finnes yngre brukere i enheten også, men alle er over 18. Utvalget har jevn spredning når det gjelder botid i botiltaket. Det er bra med informanter fra fem ulike botiltak, men det er fremdeles tre botiltak som ikke er representert. Dette kan ha påvirket resultatet, fordi rammene kan være annerledes i disse botiltakene.

Av erfaring vet jeg at brukerne for øvrig en heterogen gruppe med forskjellig bakgrunn, helsetilstand og livssituasjon, selv om gruppen kan fremstå noe homogen når man leser beskrivelsen «langvarig, alvorlig psykisk lidelse», som er forutsetning for at man får tildelt bolig i botiltak. For å sikre relevansen utover studien, har jeg brukt tidligere forskning og aktuell teori for å støtte opp under gyldighet og overførbarhet. Mine funn er i stor grad like funn i andre studier, som handler om erfaringer med å bo i bofellesskap. Om en annen forsker skulle gjort samme studie, med samme kunnskapsgrunnlag, kunne funnene blitt noe like, selv om vi kunne lagt vekt på ulike tema. Ved å velge andre tilnærminger eller teorier for å analysere samme data, ville nok resultatene sett annerledes ut. Jeg valgte å se mine funn i et recoveryperspektiv.

Målet med denne studien er å øke kunnskap og innsikt i brukererfaringer fra botiltak. Funnene brukes til å diskutere hvorvidt boformen kan fremme mestring og recovery. Resultater og konklusjon kan ha relevans for lignende kontekster og rammer. Tjora (2012) kaller dette *konseptuell generalisering*. Jeg har gjort noen refleksjoner om at både brukere, personale i bofellesskapene, samt andre fagfolk som jobber i dette feltet, kan kjenne seg igjen i det studiens informanter beskriver. På den måten kan resultatene sies å være overførbare til en viss grad.

Funnene sier noe om hverdagslivet til de som bor i bofellesskap, hva som er viktig for å ha en god hverdag, hvilke utfordringer de opplever i hverdagen og hvordan de opplever samarbeid og relasjoner med fagfolk. Kunnskapen som er utviklet gjennom studien sier også noe om hvordan hverdagskonteksten og boligkontekstens sosiale rammebetingelser kan fremme recovery. Dette er kunnskap som kan være gjenkjennbart og aktuelt for flere psykiske helsetjenester, som jobber med oppfølging i bolig i kommunene.

Kunnskapen kan brukes videre som et grunnlag for tjenesteutvikling, vurdering og evaluering av utforming av bo- og tjenestetilbud. Resultatene peker på konkrete faktorer som både kan hemme og fremme mestring og recovery. Dette kan være en kilde til kunnskap og refleksjon for de som ønsker å jobbe med recovery, og for tjenesteutøvere som ønsker å satse på recoveryorienterte tjenester.

7.0 Konklusjon, videre forskning og implikasjoner for praksisfeltet

Denne studien har som mål å bidra til økt innsikt og kunnskap om brukererfaringer fra hverdagslivet i bofellesskap, et tema som så langt ser ut til å ha vært underrepresentert på forskningsfeltet (Chilvers et al. 2006, Bengtsson-Tops et al. 2014). Funnene som er presentert i kapittel 5 bidrar til å besvare første del av problemstillingen; *Hvilke erfaringer har de som bor i bofellesskap for personer med psykiske lidelser, knyttet til hverdagsliv og mestring?* I dette kapitlet vil jeg oppsummere diskusjonen og trekke noen konklusjoner, som tar sikte på å besvare andre del av problemstillingen; om rammene og konteksten for bofellesskap som bo- og tjenesteform bidrar til å fremme tjenestenes overordnede føringer knyttet til recovery. Jeg vil også si noe om mulige implikasjoner denne studien har for praksisfeltet, samt hva som kan være spennende å forske videre på.

7.1 Oppsummering og konklusjon

Funnene som er gjort i denne studien tyder på at bofellesskap som boform har potensial til både å hemme og å fremme recovery. Her vil jeg presentere mine konklusjoner, inkludert korte oppsummeringer fra hovedfunn og diskusjon.

Teori og tidligere forskning beskriver at sosiale betingelser har stor betydning for opplevelse av mestring og bedring. Mine funn tyder på at bofellesskap i all hovedsak representerer en sosial struktur som fremmer recovery. Boformen bidrar til å sikre viktige sosiale betingelser. Et eksempel er ivaretagelsen av materielle vilkår, som en trygg bosituasjon med tilpassede tjenester og økonomi. Rammene sørger også for at hjemmet oppleves som en arena for selvbestemmelse og egenkontroll. Det hverdagslige samværet mellom brukere og personal kan også stimulere til positive sosiale roller, og en følelse av fellesskap og tilhørighet i samfunnet.

Andre faktorer er gode relasjoner og samarbeidsallianser med personalet. Et sosialt perspektiv på mestring og recovery handler om å ha *tilgang* til sosiale ressurser og mulighet til å utnytte disse. Å ha lett tilgjengelig, behovstilpasset og fleksibel hjelp – som rammene i bofellesskapet gir – er en slik sosial ressurs. Gitt at bofellesskap som tjenestetilbud innebærer relasjoner som beskrevet her, er dette en rammebetingelse som vil sikre empowerment og reell medvirkning i tjenestetilbudet. Dette er en faktor som vil fremme opplevelse av mestring og recovery.

Sosialt nettverk og sosiale relasjoner er også viktig for recovery. I likhet med flere andre studier viste mine funn at mange informanter hadde lite nettverk utenfor bofellesskapet, og jeg

diskuterte hvorvidt et lite nettverk er negativt eller ikke. Sosiale forhold kan hindre mestring og bedring, hvis brukeren ikke er tilfreds med sin situasjon, føler seg begrenset, og/eller har utilfredsstilte sosiale behov. Dersom omgivelsene i bofellesskapet er begrensende for den enkelte, blir det en barriere for recovery. Et lite nettverk kan også være recoveryfremmende, dersom relasjonene er gode og personen selv er tilfreds med dette. Nære og virksomme relasjoner kan være avgjørende i recoveryprosesser, uavhengig om hvorvidt det er en profesjonell relasjon eller ikke. At bofellesskap er en ramme med mulighet for å inngå langvarige og virksomme relasjoner, gjør at den kan bidra til å fremme recovery.

Jeg diskuterte også hvorvidt boformen kan ha risiko for negative konsekvenser, som avhengighet av hjelpepersoner og isolering fra samfunnet for øvrig. Mine funn bekrefter at dette er aktuell problemstilling. Avhengighet av personal ble mest tydelig når det gjaldt aktivisering, sysselsetting, og sosiale aktiviteter. Det manglet også individuelt tilpassede dag- eller aktivitetstilbud. At det er en mangel på sosial stimulering for personer som bor i bofellesskap, bekreftes også i andre studier. En lite meningsfylt hverdag medfører en mangel på en viktig sosial betingelse for recovery. Slike faktorer kan derfor være hemmende for recoveryprosesser.

Teorien beskriver at recovery også er en personlig prosess, som handler om opplevd bedring og å ha en god hverdag. Å mestre egen hverdag, ha mestringsstrategier for utfordringer og kunne ivareta daglige gjøremål var en stor del av den opplevde bedringen. Å bo i bofellesskap ivaretar dette ved at informantene i stor grad får hjelp og støtte til å løse praktiske utfordringer. Det å mestre hverdagen i egen bolig, er en kompetanse som knyttes til å ha en verdsatt sosial rolle (Ådland 2003), som er viktig for opplevelse av mestring og bedring. Gitt at boformens rammer bidrar til fremveksten av verdsatte sosiale roller, bidrar den også til å fremme recovery.

Et interessant funn er informantenes definisjon av mestring og selvstendighet. Opplevelse av mestring og selvstendighet var *ikke* entydig med å utføre gjøremål alene. Mange fikk mye hjelp, men følte seg likevel selvstendig. Dette kan bekreftes i lys av mestringsteori: *mestringsfølelsen samsvarer ikke alltid med evnen eller kompetansen til å utføre oppgaven* (Heggen 2007). Hvorvidt den hjelpen de får oppleves inngripende eller ikke, har sannsynligvis sammenheng med innholdet og rammene for hjelpen som gis. I tilfeller hvor hjelpen hadde større krav om selvstendighet enn brukerens forventninger, kunne det medføre liten grad av mestring. For å legge til rette for mestring, bør det være en fin balanse mellom krav og brukerens kapasitet og ønsker. En god samarbeidsrelasjon kan bidra til å finne en felles forståelse og avgjørelser. Dette vil bidra til å redusere en potensiell avmaktsfølelse, og å fremme recovery.

7.2 Interessante tema for videre forskning

I årene som kommer vil kommunene få større ansvar for å tilby gode tjenester til mennesker med alvorlige og/eller langvarige psykiske helseproblemer. Kommunale tjenester vil i stor grad baseres på hjemmebasert omsorg, enten i ordinær boligmasse eller i ulike former for boligtiltak. Utviklingen tyder også på at recoveryperspektivet og erfaringskunnskap vil være sentralt i psykiske helsetjenester i fremtiden. Med utgangspunkt i dette ser jeg flere interessante forskningstema som det kan være spennende å gå videre med.

Det er fremdeles en mangel på erfaringsbasert kunnskap knyttet til tjenester i bolig. Det trengs en større bredde og et større utvalg, for å få belyst de ulike erfaringene brukerne besitter. Det kunne vært interessant å undersøke hvordan små kommuner organiserer boligtiltak og recoveryorienterte tjenester, kontra de store kommunene, og om de kan lære noe av hverandre. Det kunne også vært interessant å gjøre en studie med fokus på store bofellesskap og institusjonalisering, gjerne en kombinasjon av dybdeintervjuer og deltagende observasjon, for å bedre kunne besvare om fordelene ved bofellesskap veier opp for de potensielle negative konsekvensene.

Funn i denne studien tyder på at det mangler gode tilbud som sikrer meningsfull aktivitet og sysselsetting for denne brukergruppa. Det fremkommer derimot ikke *hva* de savner og ønsker, og hvilken støtte de ønsker seg for å realisere dette. Dette er noe som kan undersøkes videre. Det kunne også vært interessant å gjøre brukerstudier med personer som *tidligere* har bodd i bofellesskap, for å undersøke hvordan de i ettertid vurderer hvordan botiden bidro til mestring og recovery. Å se på kjønnsforskjeller i opplevelsen av hva som hjelper, kunne også vært interessant (Schön et al. 2009).

I enheten studien er utført, vet jeg at det er gjort flere tiltak for å implementere mestringsfokus og recovery, til både ansatte og brukere. Når intervjuene ble gjort i 2015 og 2016, hadde dette arbeidet akkurat startet. Om noen år frem i tid, kunne vært det spennende å gjennomføre en ny studie for å undersøke brukernes erfaringer med eksplisitte recoveryorienterte tjenester. Hvordan vil det oppleves å bo på et «recovery-sted»? Hvordan vil brukerne definere og forstå recovery? Vil brukerne merke noen forskjell i sin hverdag?

I den sammenhengen kunne det vært nyttig med *medforskning*, som handler om å forske sammen med brukere, i stedet for å forske *på* eller *om* dem (Kristiansen og Borg 2009).

7.3 Implikasjoner for praksis

Helt til slutt vil jeg si noe om hva mine funn kan bety for praksisfeltet, på bakgrunn av det som er kommet frem i denne studien. Jeg vil også foreslå det jeg mener er hensiktsmessige tiltak for at bofellesskap som boform skal være en god arena for brukervedvirkning og recovery i fremtiden.

Mine funn tyder på at enheten som studiens informanter bor i, lykkes med å organisere og utøve tjenester som fremmer recovery. Viktige elementer i dette er å ha en trygg bosituasjon med gode materielle vilkår, oppleve av selvstendighet og selvbestemmelse, mestre hverdagen, og å ha nære og virksomme samarbeidsallianser med fagpersoner. En rimelig konklusjon synes å være at boligjenester som ønsker å jobbe recoveryorientert, bør ta disse eksemplene til etterfølge. Enheten det gjelder vil jeg gjerne oppfordre til å opprettholde og videreutvikle organiseringen som har bidratt til disse suksessfaktorene.

Studien avdekket også sider ved bofellesskapene som, for noen, kan være til hinder for mestring og recovery. Eksempler på slike faktorer er lite sosialt nettverk og mangel på meningsfylte aktiviteter og sysselsetting. Tjenestestedene bør jobbe med slike begrensende omgivelser, hvis ikke kan vi stå i fare for å øke avhengighet til hjelpeapparatet, som kan føre til passivitet og lite mestring.

I en brukerstudie gjort ved enhetens tre lavterskel treffsteder, konkluderer forfatteren med at det kan være konstruktivt å differensiere treffstedene noe, for å bedre kunne tilrettelegge og imøtekomme brukernes ulike behov og ønsker for meningsfylte aktiviteter (Høgås 2016). Med tanke på at flere av informantene i denne studien sa at de hadde takket nei til aktivitetstilbud ved disse treffstedene, fordi det ikke passet deres ønsker, støtter jeg tanken om at noe differensiering kan være hensiktsmessig.

Jeg har tidligere i oppgaven argumentert for at det bør finnes alternativer til brukere som ikke ønsker treffsted som dagtilbud. Et av tiltakene som kan iverksettes knyttet til dette, er å gå grundig til verks for å finne ut hva brukerne ønsker, og eventuelt forsøke å tilpasse tilbud ved treffstedene ut fra dette. Treffstedene kan være et godt alternativ for mange, så lenge det er meningsgivende for den enkelte. Det er riktignok ikke en enkel sak å tilrettelegge tjenester som skal tilfredsstillende mange ulike behov. Likevel tyder mye på at nettopp dette bør være en konsekvens for praksis.

Det handler først om å lytte – og deretter anerkjenne – de ulike behovene som finnes hos enkeltpersoner. Det betyr at det ikke alltid er hensiktsmessig å utforme *ett* opplegg til en heterogen brukergruppe. For å fremme recovery vil det være behov for et bredt spekter av aktivitets- og sysselsettingstilbud.

Funn i studien viser at noen har mindre behov enn tjenesteomfanget, noen er tilfredsstilt, og noen ønsker eller trenger mer oppfølging. Mye kan tyde på at boligtiltak bør organiseres slik at det i større grad tilfredsstiller ulike behov, og blir tuftet på ressurser og individuelle ønsker. For noen kan botiltak være en treningsarena og mellomstasjon før et videre steg til ordinær bolig. For andre vil det være nødvendig å bo over lengre tid i disse trygge rammene, for å kunne ha en god hverdag. Også for botiltak kan det være hensiktsmessig å vurdere om en differensiering, med utgangspunkt i brukernes egne ønsker og behov, kan bidra til å øke medvirkning og kvaliteten i tjenestene. En annen løsning kan også være å inkludere brukerne i organisering og utforming av tjenestene innad i botiltakene, og å sammen vurdere hvordan praksis best kan løses, ut fra de økonomiske ressursene og de øvrige rammene man har.

Gjennom praksis vet jeg at mange fagfolk opplever at det kan være utfordrende å jobbe recoveryorientert. Særlig gjelder dette i tilfeller hvor brukeren ikke ønsker eller er i stand til å delta i et konstruktivt samarbeid, enten på grunn av rusatferd, avvisning eller fremtredende psykotiske symptomer. Jeg mener det vil være riktig å anerkjenne utfordringene som tjenesteutøvere møter. Samtidig vil jeg oppfordre til å ta i bruk kreativitet og forsøke å finne fleksible løsninger, som vil bidra til at empowerment og medvirkning likevel blir ivaretatt.

Petersen et al. (2012) skriver at tjenestene og personalet bør vurdere *hvordan* de kan bidra til å utjevne maktforskjellen mellom personal og brukere, for å bidra til å nå målene om empowerment og medvirkning i psykisk helsearbeid. Det kan tyde på at etablering av trygge og gjensidige samarbeidsallianser med en eller flere hjelpepersoner, kan ha stor betydning i denne sammenhengen. Å ha en organisasjon med kultur for etablering av relasjoner basert på kjemi og felles interesser mellom bruker og personal, kan bidra til dette.

Til slutt vil jeg si at det har vært inspirerende å få et innblikk i informantenes livshistorier. Særlig de som har opplevd langvarig psykisk sykdom, vært mange år i institusjoner og opplevd tvang og reduserte ferdigheter til å ta vare på seg selv – som nå beskriver at de har en god og trygg hverdag, føler seg som sjef i eget liv, har et nettverk og ser muligheter for fremtiden.

Historiene illustrerer at det er håp for bedring, uansett utgangspunkt.

Litteraturliste

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M, Westerlund, H. og Norvoll, R. (2011). «Å lage farger på livet til folk»: *God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2(8), 154-162.
- Almvik, A. (2014). *God hjelp i oppsøkende tjenester – mating av katter og «skitprat»*. I Almvik, A. og Borge. L. (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s. 299-312). Bergen: Fagbokforlaget.
- Andvig, E., Lyberg, A. og Gonzalez, M.T. (2013). *Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10(2): 160-168.
- Andvig, A. & Gonzalez, M.T. (2014). *Boligen som hjem og hjelpearena i psykisk helsearbeid*. I Almvik, A. og Borge. L. (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s. 234-264). Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Askheim, O.P (2016). *Recovery-perspektivet: utfordrende, men utydelig og uavklart*. I Landheim, A., Wiig, F.L., Brendbekken, M., Brodahl, M. og Biong, S. (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. (1. utgave, s. 192-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bengtsson-Tops, A., Ericsson, U. og Ehliasson, K. (2014). *Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life*. International Journal of Mental Health Nursing, 23(5), 409-418, doi: 10.1111/inm.12072.
- Bergem, R. (2007). *Medborgarskap og myndiggjøring*. I Ekeland T.-J. og Heggen, K. (Red.) *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* S. 103-117. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Biong, S. og Borg, M. (2016). *Hva handler recovery om?* I Landheim, A., Wiig, F.L., Brendbekken, M., Brodahl, M. og Biong, S. (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. (1. utgave, s. 18-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Borg, M. og Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse*. Kommuneforlaget
- Borg, M. (2009). *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet. Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 46: 452-459.
- Borg, M., Sells, D., Topor, A. (2005). *What makes a house a home: The role of material resources in recovery from severe mental illness*. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8, 243-256.
- Borg, M. og Davidson, L. (2008). *Recovery as lived in everyday experience*. Journal of Mental Health, 17 (2): 129-141.
- Borg, M. og Karlsson, B. (2010). *Å arbeide i menneskers hjem – dilemmaer i humanistiske praksiser i psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for Sygeplejeforskning, 2(3), 47-53.
- Borg, M., Jensen, P., Topor, A., og Andersen, A.J.W (2011) *Recovery med nordisk blikk*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 4(8). 290-292.
- Borg, M. og Karlsson, B. (2013). *Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 10(2), 105-113.
- Borg, M., Karlsson, B. og Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser*. Rapport nr. 4/2013. Trondheim: NAPHA.
- Browne, G., Hemsley, M. og St. John, W. (2008). *Consumer perspectives on recovery: A focus on housing following discharge from hospital*. International Journal of Mental Health Nursing, 17(6), 402-409. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00575.x
- Carpenter-Song, E., Hipolito, M.M.S og Whitley, R. (2012). *“Right Here Is an Oasis”: How “Recovery Communities” Contribute to Recovery for People With Serious Mental Illnesses*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 35(6), 435-440. doi:10.1037/h0094576
- Chesters, J., Fletcher, M. og Jones, R. (2005). *Mental illness recovery and place*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4:2, 89-97, DOI: 10.5172/jamh.4.2.89.
- Chilvers, R., Macdonald, G. og Hayes, A. (2006) Supported housing for people with severe mental disorders. Cochrane Database of systematic reviews, (4), doi: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.

- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. California: Sage Publications, Inc.
- De Heer-Wunderink, C., Visser, E., Sytema, S. og Wiersma, D. (2012). *Social Inclusion of People With Severe Mental Illness Living in Community Housing Programs*. *Psychiatric services*, 63(11), 1102-1107. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100538>
- Deegan, P.E (1997) *Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities*. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24, DOI: 10.1300/J010v25n03_02
- Eidså, T.H, Haraldstad, E.A og Larsen, I.B (2016). «Vi ønsker å bli sett, men ønsker ikke å bli sett rart på». *Om materialet og mennesker i bofellesskap og dagsentre innen psykisk helsetjeneste i kommunene*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(1-2), 57-67, DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-07](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-07)
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Erfaringskompetanse.no 2011:1. Oslo: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (Red.) (2007) *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Frestad, A. M. (2013). «Når jeg bor her får jeg ikke angst, men jeg får det godt og varmt i mitt hjerte». *En kvalitativ studie blant beboere i kommunale bemannede boliger, for mennesker med psykiske lidelser, i Kristiansand kommune*. (Masteroppgave, Universitetet i Agder). Kristiansand: Universitetet i Agder.
- Giorgi, A. (2012). *The Descriptive Phenomenological Psychological Method*. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3-12.
- Granovetter, M.S (1973). *The Strength of Weak Ties*. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. 5. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, G.V. (2013) *Helhetlige tjenestetilbud med basis i bolig*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2(10), 129-137.

- Hansen, I.L.S (2006). *Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. En brukerstudie*. Fafo-rapport 519. Oslo: Fafo
- Hansen, I.L.S og Grødem, A.S. (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap – perspektiver og erfaringer i kommunene*. Fafo-rapport 2012:48. Oslo: Fafo.
- Hansen, I.L.S og Ytrehus, S. (2005). *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser*. (Fafo-rapport 494). Oslo: Fafo.
- Heggen, K. (2007). *Rammer for meistring*. I Ekeland T.-J. og Heggen, K. (Red.) *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* S. 64-83. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Helsedirektoratet (2014): *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*, IS-2076.
- Holm, A. (2006). *Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (Prosjektrapport 398-2006). Oslo: Byggforsk, Norges Byggforskningsinstitutt.
- Høgåas, M. (2016). *Hverdag og psykisk helse i et recoveryperspektiv. Erfaringer fra deltakelse i lavterskeltilbudet treffsted – psykisk helse*. (Masteroppgave). NTNU.
- Karlsson, B. og Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Akademisk.
- Kristiansen, K. og Borg, M. (2009). *Medforskning: å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kyle, T. og Dunn, J.R (2008). *Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review*. Health and Social Care in the Community, 16(1), 1-15. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. NAPHA-rapport nr. 1/2014.

- Løken, K.H., Bjørgen, D., Kaspersen, B. og Westerlund, H. (2006). *Undring og dialog: hvordan kan brukerundersøkelser være et verktøy for å involvere brukere og deres organisasjoner i kvalitetsutvikling av tjenester i en kommune?* I Rådet for psykisk helse (Red.). Rådet for psykisk helse.
- Løken, K.H. (2006). *Å lykkes med brukermedvirkning*. I Almvik, A. og Borge, L. (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 187-200). Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. California: Sage Publications.
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NKLMH) (2015). *Mestring*. Hentet fra https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_mestring.pdf
- Norvoll, R. (Red.) (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norges Forskningsråd (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Padgett, D.K. (2007). *There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States*. *Social Science & Medicine*, 64, 1925-1936. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.011>
- Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T. og Nielsen, C.V. (2012). *User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 59-67, DOI: 10.3109/11038128.2011.556196.
- Petersen, K. S., Friis, V. S., Haxholm, B. L., Nielsen, C. V., Wind, G. (2015). *Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers*. *Community Mental Health Journal*, 51, 1-13. DOI 10.1007/s10597-014-9779-7.
- Pilgrim, D. og McCranie, A. (2013). *Recovery and Mental Health. A critical sociological account*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rambøll (2010). *Kunnskapsoversikt over forskning om vanskeligstilte på boligmarkedet 2004–2010*. Sluttrapport for Husbanken.
- Ramsdal, H. (2013). *Styring og organisering av tjenestene*. I Norvoll, R. (red.) *Samfunn og psykisk helse*. S. 214-242. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Reed, N. (2015). «Alle trenger jo noen å støtte seg til innimellom...». *En brukerstudie om selvstendighet, mestring og boligsituasjon*. (Masteroppgave). NTNU.
- Rise, M.B., Solbjør, M., Lara, M.C., Westerlund, H., Grimstad, H. og Steinsbekk, A. (2011). *Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care*. *Health Expectations*, DOI: 10.1111/j.13697625.2011.00713.x
- Rise, M.B., Westerlund, H., Bjørgen, D., Steinsbakk, A. (2014). *Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please*. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 134-138, DOI: 10.1177/0020764012471278.
- Scott, S. (2009) *Making sense of everyday life*. Cambridge: Polity Press.
- Schön, U. K., Denhov, A. og Topor, A. (2009). *Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness*. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347.
- Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial: en sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Skatvedt, A. (2013). *Småprat som terapeutisk verktøy*. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. 1. utgave, side 98-116. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. New York: Cambridge University Press
- Slade, M. (2012). *Everyday Solutions for Everyday Problems: How Mental Health Systems Can Support Recovery*. *Psychiatric Services*, 63(7), 702–704, doi: 10.1176/appi.ps.201100521.
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery*. Rapport nr. 1/2015. Oversatt og tilrettelagt for norske forhold av Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Trondheim: NAPHA.
- Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D. og Rise, M.B. (2013). *Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?* *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(1), 2-5.

- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. og Le Boutillier, C. (2012). *Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence*. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. Doi: 10.1093/bjsw/bcr076.
- Tjora, A. (2012) eller (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske helseproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Trondheim Kommune (2014). *Botiltak og treffsted for psykisk helse*. Hentet fra: <https://www.trondheim.kommune.no/content/1117715418/Botiltak%20og%20treffsted%20for%20psykisk%20helse>
- Trondheim Kommune (2016). *Faglig grunnlagsdokument*. En beskrivelse av dagens praksis i kommunale tjenester og psykisk helse og rus, og utvikling av tjenestene. Internt dokument.
- Vifladt, E.H. og Hopen, L. (2013) *Pasientopplæring. Kompetanse, veivalg, lederskap*. Oslo: Kolofon.
- Vik, J. (2007). *Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar*. I Ekeland T.-J. og Heggen, K. (Red.) *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* S. 83-100. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Volden, O. (2014). *Hvis vi tar brukerperspektivet helt ut – brukerperspektivets forutsetninger, status og konsekvenser*. I Almvik, A. og Borge, L. (Red.), *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s. 73-98). Bergen: Fagbokforlaget.
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid*. Tekster om definisjoner av brukerperspektivet i psykisk helsearbeid. Utgivere: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Westerlund, H. og Bjørgen, D. (2011) *Samarbeid mellom forsknings- og brukermiljøer. Ressurshefte*. Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Porsgrunn: Wera AS.

Øye, C. og Norvoll, R. (2013). *Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv*. I Norvoll, R. (red.) *Samfunn og psykisk helse*. S. 73-97. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Ådland, A. (2003). *Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?* (Hovedfagsoppgave). Bergen: Universitetet i Bergen.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Hei! Jeg heter og er med i et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim Kommune og Høgskolen i Sør-Trøndelag. Dette er en erfaringsstudie som skal undersøke hvordan brukerne opplever sin bosituasjon og mestring i hverdagslivet, og hvordan de ansatte ved botiltaket kan bidra til å gjøre hverdagen bedre. I denne samtalen kommer jeg til å stille spørsmål om erfaringen til deg som bor i botiltak, der du forteller fritt og åpent om det du tenker og mener. Ingenting er feil eller dumt å si, det finnes ingen fasit. Vi har noen spørsmål vi skal igjennom, og jeg har satt av ca 1 time. Pause tar vi etter behov. Det du forteller til meg vil bli anonymisert, slik at det ikke er mulig å gjenkjenne hvem som har fortalt hva i ettertid. Jeg har taushetsplikt. Du kan når som helst trekke deg uten at det får konsekvenser for ditt boforhold. Det er ønskelig å bruke båndopptaker for å være sikker på at jeg får med meg alt du forteller. Opptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Er det i orden for deg? Har du noen spørsmål før vi setter i gang med intervjuet?

1) Samtale om fortid

Hvis du tenker tilbake på når du flyttet inn i botiltaket, hva husker du fra når du flyttet hit?

- *Når flyttet du hit? Hva tenkte du før du flyttet?*
- *Hva gjorde at du fikk denne boligen? Ønsket du å flytte hit?*
- *Hvordan var den første tiden i botiltaket? Hvordan ble du mottatt av personalet?*
- *Deltok du i planlegging av oppfølging du skulle få?*
- *Fikk du den hjelpa du trengte? Eventuelt, hva fikk du ikke hjelp til, som du mente du trengte?*
- *Hva likte du? Hva likte du ikke?*
- *Hva gjorde du når du opplevde dette? (Knytte til noe konkret som informant forteller)*
- *Hvordan er dette i dag? Opplevd endringer?*
- *Hva var det som gjorde det bedre?*

2) Samtale om nåtid

For å få kunnskap om hverdagslivet i botiltakene er det fint om vi kan snakke om de konkrete tingene rundt det å bo – det du gjør i løpet av en dag eller en uke og hva du syns om det.

Hva synes du om de huslige oppgavene? (vask, rydd, vaske klær, mat- og vareinnkjøp, betale regninger, lage mat).

- *Morsomt eller trasig?*
- *Hva er det som er bra med å bo i egen leilighet? Hva er vanskelig?*
- *Hva gjør du selv? Hva gjør du selv med hjelp? Hvordan er det å få hjelp til dette?*
- *Hva er det du ikke får hjelp til / hva får du hjelp til?*
 - o *Hvis hjelpen er bra: hva er grunnen til at de er fornøyd? Kan hjelpen bli enda bedre?*
- *Får du være med å bestemme selv hvilken hjelp du skal få?*
- *Hvordan mener du hjelpa burde blitt gitt/tilrettelagt?*

3) Samtale om fritid

Vi er også interessert i andre sider av hverdagen din - om du er med på noen form for aktiviteter her på huset eller utenfor – som arbeid, fritid, aktivitet og hobby eller andre ting. **Er det for eksempel noen fritidsaktiviteter eller hobbyer du er interessert i?**

- *Er du med på noen fellesaktiviteter? Andre fritidssysler? Treffsteder?*
 - o *Ingen? Hva er grunnen til det? Manglende tilbud?*
- *Hva kan personalet/botiltaket kan gjøre for at du får delta i flere/andre aktiviteter?*
- *Er det noe du kan gjøre?*
- *Hvis alle muligheter hadde vært tilstede, hva ville du vært med på? Drøm om å delta i noe?*
- *Har du arbeid? Eller kunne du tenke deg å arbeide? Hva kunne passet for deg?*
- *Hvorfor man ikke ønsker/kan arbeide? Vært i jobb før?*
- *Er det noe hjelp du skulle ønske deg med tanke på å klare å fungere i arbeidslivet?*
 - o *Hva kan ansatte ved botiltaket hjelpe deg med i denne sammenhengen?*

4) Om relasjoner

Du har allerede fortalt noe om kontakten du har med personalet i boligen, men mer generelt, kan du si noe om hvordan du opplever relasjonen/kontakten din med primærkontakten? (eller andre nære kontakter/roller?)

- *Hva tenker du er viktig for at relasjonen/kontakten mellom deg og primærkontakten din skal være/er god?*

5) Om fremtid

- *Hvor ønsker du å bo om 5-10 år?*
- *Hva skal til for å oppnå dette – hvilken hjelp trenger du for å nå målet ditt?*

Kontrollspørsmål

Til slutt vil jeg stille noen konkrete spørsmål (hvis informanten ikke har svart på dette tidligere i intervjuet):

- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du bodd her?
- Hvordan bodde du før?

Avslutning

Nå har vi gått gjennom mange tema i løpet av samtalen. Er det noe du synes er viktig, som vi ikke har snakket om? Hvis ikke – tusen takk for bidraget! Vi er takknemlig for at du ville delta og dele dine erfaringer.

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Skender Redzovic
Avdeling for sykepleierutdanning Høgskolen i Sør-Trøndelag
Postboks 2320
7004 TRONDHEIM

Harald Høegs gate 79
N-5017 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 37
Fax: +47 55 58 96 50
mailto:nsd@nsd.no
www.nsd.no
Orgnr: 985 321 881

Vår dato: 10.06.2015

Vår ref: 43117 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.04.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 09.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43117	<i>Med brukers mestring i fokus</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sør-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Skender Redzovic</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2022, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering



Formålet er utvikle en tverrfaglig felles veileder for botiltakene på hvordan brukers mestring i aktivitet og deltagelse skal fremmes i ulike faser av oppholdet.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til ansattes taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltbeboere. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sør-Trøndelag sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 01.01.2022. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Med brukers mestring i fokus”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hverdagslivet i botiltakene slik det erfarer av brukerne, og hvordan personalet ved botiltakene legger til rette for brukernes mestring i hverdagslivet. Du forespørres til å delta fordi du har bodd i en bolig ved et av botiltakene i Enhet for botiltak, psykisk helse i minst ett år.

For at botiltakene skal bli så gode boformer som mulig er vi helt avhengig av enkeltpersoner som kan dele sine erfaringer med oss. Det du forteller vil bidra til økt kunnskap om hvordan botiltakene kan legge til rette for en bedre hverdag for beboerne sine. Vi håper derfor at du har lyst og mulighet til å delta i et intervju.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer at du deltar på et intervju, hvor vi vil stille deg spørsmål om din opplevelse og dine erfaringer om det å bo slik du gjør. Intervjuet vil ta form av en samtale, rundt tema som for eksempel hvordan hverdagen din er og hvilken hjelp du får. Det betyr at du som bruker vil få anledning til å bidra med dine erfaringer og synspunkter rundt det å bo ved botiltaket.

Dersom du kan tenke deg å dele dine erfaringer med oss, er det fint om du sier ifra til den som ga deg dette skrevet. Personalet kan da ta direkte kontakt med oss for å avtale tidspunkt for intervju, ut ifra hva som passer for deg. Du kan også ta slik kontakt selv. Hvis du lurer på noe eller noe er uklart kan du ta direkte kontakt med intervjuer: [Vegard Eide Dall, telefon 99534642](mailto:Vegard.Eide.Dall@helse-bergen.no). Hvis du får noen tanker om intervjuet i ettertid, kan du kontakte din primærkontakt for en oppfølgingssamtale etter intervjuet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta og det er mulig å trekke seg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil all informasjon om deg bli slettet. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre bosituasjon ved botiltaket. Dersom du senere i studien ønsker å trekke deg eller du har spørsmål til studien, kan du si fra til din primærkontakt eller til intervjuer Vegard Eide Dall.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vi får fra deg vil bli behandlet konfidensielt. Det betyr at vi har taushetsplikt om det du forteller oss. Prosjektet avsluttes innen 01.01.2017, og alle opplysninger vi har om deg vil da bli slettet. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S, som har ansvaret for at all forskning gjennomføres forsvarlig og etter etiske retningslinjer.

Vi som jobber i prosjektet skal formidle resultater fra studien gjennom ulike former for skriftlig og muntlig formidling. All formidling skjer i anonymisert form slik at ingen vet hvem som har deltatt i studien eller hvem som har fortalt hva.

Vedlagt finner du:

Utdypende informasjon om studien

Samtykkeerklæring

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte intervjuer Vegard eller prosjektleder Skender Redzovic på telefon 99 32 40 30, eller epost: skender.redzovic@hist.no.

Med vennlig hilsen

Skender Redzovic

Førsteamanuensis og prosjektleder

Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan brukerne mestrer hverdagen i botiltaket. For å finne svar på dette vil vi stille spørsmål om dine erfaringer med det å bo, og det å bo i omgivelser hvor man må forholde seg til andre. Vi vil også stille spørsmål om hvordan du opplever deltagelse i fritid og aktiviteter. Videre, er vi nysgjerrig på hvordan du opplever hjelpa du får av ansatte ved botiltaket for at du skal mestre hverdagen på best mulig måte.

Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Skulle du være redd for ikke å komme på noe å si, vil jeg be deg å fortelle om konkrete erfaringer fra hverdagen. Hva var det som var vanskelig? Hva fikk du til? Fikk du hjelp? osv.

Hvem kan delta?

Kriterier for å delta er at du er over 18 år og har vært bosatt ved botiltaket i minst ett år. Det er ønskelig å intervju mellom 10-12 beboere med representanter fra alle botiltakene i enheten.

Personvern

Denne forespørselen har gått gjennom faglederen ved botiltaket der du bor. Forskerne i prosjektet/den som intervjuer deg vet ikke hvem du er før du samtykker til deltagelse.

I intervjuet blir du spurt om bakgrunnsopplysninger, som alder og hvor lenge du har bodd ved botiltaket. Ellers vil dine erfaringer og opplevelser være det intervjuet handler om.

Det er kun forskerne i denne studien som har tilgang på informasjonen du gir, oversikt over hvem som deltar og som kan finne tilbake til deg underveis i studien. Alt materiale vil oppbevares i et låst skap. Disse vil ligge der i fem år etter prosjektslutt som er 01.01.2017. Dette gjøres etter Personopplysningsforskriften kapittel 2. Det skriftlige datamaterialet samt koblingsnøkkel vil bli destruert etter prosjektslutt.

Det som blir sagt i intervjuet vil i enhver publisering presenteres anonymt, slik at ingen kan forstå at det er sagt av deg. Både jeg som prosjektleder og medarbeiderne mine er underlagt Lov om helsepersonell og taushetsplikten som følger av den.

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5: Avtale om bruk av data fra prosjektet «Med brukers mestring i fokus»

Erklæring

Tilgang på og oppbevaring av intervju

I forbindelse med skriving av masteroppgave med utgangspunkt i data fra prosjektet «Med brukers mestring i fokus», har jeg fått tilgang til intervjudata som jeg vil oppbevare på sikker server. Utskrifter skal passes nøye på og låses ned når de ikke er i bruk.

Jeg forplikter meg til å ikke videreformidle noe av dette råmaterialet videre, men henviser til prosjektledelsen om det er noen som ønsker å få tilgang.

Datamaterialet skal kun benyttes til å skrive masteroppgave med problemstilling som er forhåndsgodkjent av prosjektleder. Eventuell skriving av artikkel med utgangspunkt i masteroppgaven avtales med prosjektleder og krever egen overenskomst om forfatteropplysninger med mer. Prosjektleder skal i så tilfelle være medforfatter på artikkelen og skal være med å godkjenne tekst som sendes til review.

Trondheim den 28. august 2016

Prosjektleder:



Skender Redzovic, PhD



Ingunn Sletvold, masterstudent ved ISH