

”Alle trenger jo noen å støtte seg til innimellom...”

**- en brukerstudie om selvstendighet, mestring og
boligsituasjon.**

Masteroppgave i sosialt arbeid

av

Nina Petersen Reed

Trondheim, januar 2015

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

SAMMENDRAG

Denne masterstudien er en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med sju beboere fra fire ulike botiltak for personer med psykiske lidelser i Trondheim Kommune. Botiltakene i Trondheim Kommune har som hovedmålsetting å fremme økt selvstendighet og mestring, noe som er i tråd med politiske føringer for psykisk helsearbeid. Formålet med studien har vært å få innsyn i *beboernes* tanker og opplevelser om selvstendighet og mestring, både som begrep og målsettinger, og å få vite mer om hvordan de har opplevd prosessene rundt valg og tildeling av bolig. Spørsmål som dreier seg om selvstendighet, mestring og valgfrihet er relevante for sosialt arbeid fordi de berører tema som er sentrale for fagfeltet; endring, makt, maktfordeling og empowerment. Problemstillingen for studien har vært:

Hvilke tanker har beboerne i botiltak om temaene selvstendighet og mestring, og hvilke opplevelser har de hatt når det gjelder boligvalg og boligtildeling i botiltak?

Informantene forholdt seg til begrepet *selvstendighet* på ulike måter. Noen betraktet det å være selvstendig som det å være selvhjulpen og uavhengig, andre anså selvstendighet mer som selvbestemmelse og kontroll over eget liv. *Mestring* ble knyttet til det å ha kontroll og til det å gjennomføre selvvalgte, betydningsfulle aktiviteter. Alle informantene hadde behov for tjenester i ulik grad; selvstendighet som selvhjulpenhet eller uavhengighet var derfor en urealistisk målsetting. Noen av informantene hadde et ønske om å bli mer selvstendige på enkelte områder, mens andre ikke gav uttrykk for å ha økt selvstendighet som målsetting i det hele tatt. Flere av informantene gav uttrykk for følelser av avmektighet og ambivalens når det gjaldt mestring og endringsmuligheter. Botiltakene og personalet der ble beskrevet med egenskaper som både kunne fremme og hemme økt selvstendighet. Informantene hadde ikke opplevd noen valgmuligheter når det gjaldt bolig, og flere av dem ønsket å flytte fra botiltaket. Noen av informantene fortalte om utfordrende sammensettinger av beboere i botiltaket sitt. Funnene drøftes blant annet i lys av teoretiske beskrivelser av begrepene selvstendighet og mestring, teori om behov, endringsprosesser, makt og avmakt, og tidligere forskning.

På bakgrunn av funnene i studien ble jeg oppmerksom på to tema for videre refleksjon og diskusjon. Det første temaet handlet om hvordan begrepet selvstendighet kan brukes og defineres på bakgrunn av ideologiene normalisering og empowerment. Det andre temaet dreide seg om det å ha økt selvstendighet og mestring som felles politiske og faglige målsettinger i psykisk helsearbeid.

SUMMARY

This Master Thesis is a qualitative study based on interviews with seven residents from four different locations of supportive housing for persons with severe mental disorders in Trondheim municipality. The main goal for supportive housing in Trondheim municipality is to promote independence and coping. According to national political guidelines this is one of the main goals for mental health work in general. The purpose of this study has been to acquire more insight into the residents' thoughts and experiences regarding independence and coping, both as concepts and goals, and to get to know more about the experiences the residents have had regarding choice and assignment of housing. Questions about independence, coping and freedom of choice are relevant for social work because they can be seen in relation to themes that are essential to the discipline; change, power, redistribution of power and empowerment. The research question for this study was:

What thoughts do the residents of supportive housing have regarding independence and coping, and what experiences have they had when it comes to choice and assignment of housing?

The informants defined the concept of independence in different ways. Some viewed it as being self-reliant and not in need of help from others. Other informants viewed it as being in control and making their own decisions. Coping was related to having control and to engage in chosen, meaningful activities. All of the informants were in need of some kind of services; hence independence as being self-reliant was not a realistic goal for them. Some of the informants wished to enhance their independence in different areas, while others did not have increased independence as a goal for themselves. Several of the informants expressed feelings of powerlessness and ambivalence when it came to coping and their own possibilities of change. Supportive housing and service providers were described as both promotional and inhibitory of independence. The informants had experienced no freedom of choice when it came to assignment of housing, and some of them wished to move out of their current apartment. Some informants also talked about negative experiences with their neighbors, and felt that there should be taken more considerations to the residents as a group when new residents were to be assigned to supportive housing. The findings are discussed in light of theoretical views on the concepts of independence and coping, theories about basic human needs, processes of change, power and disempowerment, and relevant research.

Based on the findings of the study two areas for further reflection and discussion caught my attention. The first area was how the concept of independence can be defined and used based on the ideologies of normalization and empowerment. The other area for reflection was that of vindicating increased independence and coping as universal political and academic goals for mental health workers.

FORORD

Jeg har funnet arbeidet med denne masterstudien både spennende og lærerikt, og har hele tiden blitt drevet framover i prosessen av interesse og nysgjerrighet overfor de temaene jeg har forsket på. Jeg har tilegnet meg nye kunnskaper og nye perspektiver som jeg er sikker på at jeg vil dra nytte av i arbeidet i botiltakene. Jeg håper at også andre kan ha nytte av arbeidet jeg har utført.

Jeg ønsker å rette en stor takk til de syv informantene som deltok i studien; takk for at dere tok imot meg i deres hjem, og for at dere tok dere tid til å svare på mine spørsmål. Jeg vil også takke både fagledere og ansatte i boligene for at dere engasjerte dere i rekrutteringen av informanter.

Tusen takk også til min veileder Riina Kiik for gode råd og tilbakemeldinger.

Takk til min mann, Tomas Moe Skjølsvold, for oppmuntring, engasjement, råd og støtte i prosessen. Takk til Kirsten Petersen, Linn Tiller og Stina Grolid for gjennomlesning av oppgaven og konstruktive tilbakemeldinger. Til sist vil jeg takke Even og Sigurd som bidro med gode muligheter for avveksling og utkobling fra arbeidet.

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	3
Summary	5
Forord	7
Innholdsfortegnelse	9
1.0 Innledning	13
1.1 Bakgrunn for oppgaven	13
1.2 Boligsosialt arbeid, psykisk helsearbeid og sosialt arbeid	15
1.3 Problemstilling	18
1.4 Forforståelse og teoretisk referanseramme	18
1.5 Begrepsavklaringer	19
1.6 Oppbygging av oppgaven	20
2.0 Relevant teori	23
2.1 Normalisering og empowerment	23
2.2 Selvstendighet	25
2.3 Mestring	29
2.4 Behov som grunnlag for motivasjon	31
2.5 Endringsprosessen	32
2.6 Makt og avmakt	34
2.7 Institusjonaliseringens effekt på individet	36
2.8 Paradigmeskifte – nye modeller for psykisk helsearbeid og oppfølging i bolig	37
3.0 Kunnskapsoversikt	39

3.1 Offentlige dokumenter og norske forskningsstudier	39
3.2 Internasjonale forskningsstudier	45
4.0 Kontekst	47
4.1 Norsk boligpolitikk	47
4.2 Utbygging av botiltak for personer med psykiske lidelser	48
4.3 Botiltakene i Trondheim Kommune	49
4.4 Boligtildeling	49
5.0 Metode	51
5.1 Kvalitativ metode	51
5.2 Gjennomføring av undersøkelsen	53
5.2.1 Forberedelser	53
5.2.2 Litteratursøk	54
5.2.3 Rekruttering av informanter	54
5.2.4 Gjennomføring av intervju	55
5.2.5 Strukturering og analyse	56
5.3 Metodediskusjon	60
5.3.1 Pålitelighet	60
5.3.2 Validitet/gyldighet og overførbarhet	62
5.4 Etiske problemstillinger ved gjennomføring av undersøkelsen	64
5.4.1 Forskning basert på intervju av sårbare personer	64
5.4.2 Anonymisering	64
5.4.3 Respekt og frivillighet	66
6.0 Funn og Drøfting	67
6.1 Selvstendighet – uavhengighet og kontroll	67

6.2 Mestring – kontroll og motivasjon	69
6.3 Opplevelser og tanker rundt egen selvstendighet og mestring	70
6.4 Botiltakenes rolle i utviklingen av selvstendighet og mestring	73
6.4.1 Trygghet og selvstendighet	73
6.4.2 Arena for mestringsopplevelser og tro på endring	74
6.4.3 Maktforhold, institusjonalisering og sykeliggjøring	75
6.5 Opplevelser av avmektighet og ambivalens	78
6.6 Boligtildeling og valgfrihet	80
6.7 Avsluttende refleksjoner	81
6.7.1 Ulike perspektiv på selvstendighet	
– normalisering og empowerment	82
6.7.2 Selvstendighet som universell målsetting	83
7.0 Oppsummering, implikasjoner for praksis, og behov for videre forskning	87
7.1 Oppsummering	87
7.2 Implikasjoner for praksis	88
7.3 Interessante problemstillinger for videre forskning	90
Referanseliste	93
Vedlegg:	
Vedlegg 1: Masterskisse	
Vedlegg 2: Intervjuguide	
Vedlegg 3: Informasjonsskriv	
Vedlegg 4: Informert samtykke	
Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD	

1.0 INNLEDNING

Jeg innleder oppgaven med å skrive litt om bakgrunnen for at jeg valgte å gjennomføre denne studien. Jeg gir så en kort presentasjon av fagfeltene sosialt arbeid, boligsosialt arbeid og psykisk helsearbeid, og setter dem i sammenheng med hverandre. Jeg presenterer så problemstillingen for studien, og deretter vil jeg beskrive noen av mine egne forforståelser rundt temaene jeg forsket på og min teoretiske referanseramme som forsker. Til slutt vil jeg avklare enkelte av de begrepene jeg benytter i oppgaven og presentere oppgavens videre disposisjon.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Oppfølgingen av personer med psykiske lidelser har de siste tiårene gjennomgått en del forandringer. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* avdekket store mangler i oppfølgingstilbudet, og Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* ble utarbeidet på bakgrunn av dette. Opptrappingsplanen hadde som målsetting å både endre og styrke oppfølgingstilbudet til personer med psykiske lidelser. Planen førte blant annet med seg en styrking av de kommunale tilbudene. Mer av oppfølgingen og behandlingen av personer med psykiske lidelser skulle nå foregå utenfor spesialisthelsetjenesten og institusjonene (Holm, 2006).

Opptrappingsplanen introduserte også et nytt fagfelt på området; psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid skal være et tverrfaglig fagfelt, hvor målsettingene skal være å fremme og bedre menneskers psykiske helse, bidra til opplevelse av sammenheng, *mestring* og *selvstendighet*, redusere stigmatisering og fremme inkludering. Brukerkunnskap ble trukket frem som en viktig del av kunnskapsgrunnet i psykisk helsearbeid (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Erfaringskunnskap fra brukerne skal benyttes som et vesentlig utgangspunkt for arbeidet (Ulland, Bøe og Sæther, 2013). Brukerkunnskap er både nyttig og nødvendig for det å utvikle effektive og gode tjenester, men det å få frem stemmene til brukerne er også en viktig forutsetning for demokratiske verdier. Alle har rett til å bli hørt, til å få fram sine meninger, og til å bidra i fellesskapets kunnskapsutvikling (Beresford, 2003).

Som en følge av opptrappingsplanen ble mange institusjonsplasser bygd ned, og personer som tidligere hadde vært innlagt skulle tilbake til sine hjemkommuner og motta botilbud og oppfølging der. Opptrappingsplanen førte med seg midler til oppbygging av kommunale

boliger, og mange kommuner valgte av ulike årsaker å benytte bofellesskap/botiltak som boform. Bofellesskap som boform er beskrevet av både ansatte, brukere og pårørende som både nyttig og krevende. Boformen kan ikke sies å være verken ønskelig eller ideell for alle mennesker med psykiske lidelser (Hansen og Grødem, 2012). Det har imidlertid vært gjennomført få undersøkelser som har omhandlet hvilke typer boliger som egner seg best for personer med psykiske lidelser (Husbanken, 2009).

Jeg har arbeidet i flere ulike botiltak for personer med psykiske lidelser siden 2006; fire botiltak i Trondheim Kommune og to botiltak i omkringliggende kommuner. Gjennom arbeidet har jeg observert at *økt selvstendighet og mestring* sees som sentrale målsettinger for arbeidet som utføres i botiltakene, noe som er i tråd føringene fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Trondheim Kommune har også skriftliggjort målsettingen i serviceerklæringen til Enhet for botiltak, psykisk helse:

«Hovedmålsettingen er å legge til rette for størst mulig grad av selvstendighet og mestring av hverdagen ut fra individuelle forutsetninger. Dette innebærer både habilitering og rehabilitering. Vi skal ha størst fokus på brukerens ressurser. Bruker skal ha mest mulig ansvar for egen hverdag» (Trondheim Kommune, 2013).

Gjennom mitt arbeid i botiltakene har jeg fått inntrykk av at personalet i boligene søker å utføre sitt arbeid gjennom et godt samarbeid med beboerne, og at de ser på hovedmålet om økt mestring og selvbestemmelse for beboerne som viktig. En forutsetning for arbeidet i botiltakene er at beboernes egne mål og ønsker settes i fokus. I noen tilfeller kan imidlertid personalet og beboerne ha ulike oppfatninger av hvilke mål de skal arbeide mot og hva slags bistand som skal ytes. På bakgrunn av dette har jeg sett at det å ha en overordnet *felles* målsetting om økt mestring og selvstendighet kan by på visse utfordringer for både ansatte og beboere i botiltakene. Personal og beboer trenger ikke alltid å være enige om hva denne målsettingen innebærer for den enkelte, og hvordan de skal arbeide sammen for å nå den. Samtidig finnes det situasjoner hvor personer med psykiske lidelser er i så dårlig form at personalet kanskje må utføre handlinger som direkte strider imot målsettingen om selvstendighet, og hvor personalets myndighet og makt som tjenesteutøvere blir mer fremtredende.

Gjennom arbeidet i botiltakene har jeg også observert at enkelte av beboerne har måttet velge mellom bolig i botiltak eller ingen bolig. Jeg har møtt flere beboere som i utgangspunktet ikke ønsket seg bolig i botiltak, men likevel hadde fått tildelt en slik leilighet. Dette har fått

konsekvenser for blant annet beboernes trivsel og deres forhold til menneskene rundt seg, både personal og naboer.

Som følge av disse observasjonene har jeg blitt interessert i å finne svar på flere spørsmål som omhandler målsettingene om økt selvstendighet og mestring, og valgfrihet i boligspørsmål. Jeg har ofte lurt på hva beboerne ønsker seg for fremtiden, om de føler at de blir hørt av personalet når det gjelder sine egne mål og ønsker, og hvordan jeg som ansatt i botiltakene kan bistå dem i å finne motivasjon til å forsøke å oppnå det de ønsker. Jeg har også lurt på i hvor stor grad beboerne har blitt spurt, og hørt, når det gjaldt valg av bolig, hvilke alternativer de har hatt, hvem som har bestemt at det er bolig i botiltak de skal ha (om det ikke er dem selv), og hvor disse personene ser for seg å bo i fremtiden.

Da jeg skulle velge tema for masterstudien min var det viktig for meg å studere noe jeg virkelig hadde interesse og engasjement for, slik som temaene jeg har beskrevet ovenfor. Jeg visste mye om hvordan ansatte i botiltakene arbeider og tenker omkring disse temaene. Min hensikt med masteroppgaven har vært å bidra til økt innsikt i beboernes tanker og erfaringer gjennom å få fram noen av stemmene deres. Jeg mener det er særlig viktig i et forskningsfelt som sosialt arbeid, hvor myndiggjøring og helhetlig forståelse står sentralt, at stemmene til mottakere av ulike offentlige tjenester kommer frem. I neste rekke er det viktig at denne kunnskapen benyttes i arbeidet med å utvikle enda bedre tjenester, jevne ut makt- og ressursfordeling i samfunnet og bidra til økt livskvalitet og selvstendighet for den enkelte.

1.2 Boligsosialt arbeid, psykisk helsearbeid og sosialt arbeid

Denne studien er basert på intervju med sju personer med psykiske lidelser som bor i 4 ulike bemannede botiltak. Personalgruppene i boligene er tverrfaglig sammensatt og utøver både boligsosialt arbeid og psykisk helsearbeid. Boligsosialt arbeid er et felt som spenner over mange ulike typer boliger og brukergrupper. Konteksten for denne studien har vært boligsosialt arbeid med psykisk helsearbeid som fokus. Jeg ønsker her å gi en kort beskrivelse av hva boligsosialt arbeid og psykisk helsearbeid innebærer, samt si noe om sosialt arbeid sin rolle innenfor disse fagfeltene.

Fagfeltet sosialt arbeid søker å belyse tema og problem gjennom å se på samspillet mellom ulike nivå; individet, gruppen og samfunnet. Fordeling av makt har særlig vært et tema for sosialt arbeid, og faget søker å utjevne maktforskjeller og redusere stigmatisering og

diskriminering i samfunnet (Levin, 2004). Sosialt arbeid innebærer et helhetssyn; individet og konteksten er begge gjenstand for fokus. Irene Levin skriver i sin bok *Hva er sosialt arbeid?* at i sosialt arbeid er «analyseenheten ikke endimensjonal, men skal fange opp både enkeltmennesket eller gruppen og dennes eller disses forhold til samfunnet» (2004, s. 15). Payne (2006) skriver at sosialt arbeid kan sies å ha tre ulike utgangspunkt og målsettinger: terapeutisk virksomhet, sosial kontroll og samfunnsmessige reformer. Han skriver at det meste av sosialt arbeid innebærer elementer fra alle disse tre, men i ulike grader.

Boligsosialt arbeid defineres av Ulfrstad som «å bistå individene i å erverve nødvendige ressurser og redusere hindringene i boligsituasjonen, slik at flest mulig kan skaffe og opprettholde en bolig og en god boligsituasjon» (2011, s. 95). Inn under dette arbeidsfeltet benyttes både materielle virkemidler som bostøtte, kommunale boliger og fysisk tilrettelegging, og oppfølgingstjenester hvor blant annet bistand og kompetanseutvikling står sentralt. Ulfrstad beskriver boligsosialt arbeid som en slags sammenblanding av rent boligarbeid og sosialt arbeid. Boligsosialt arbeid er et tverrfaglig arbeidsfelt som retter seg mot alle vanskeligstilte på boligmarkedet. Personer som har behov for oppfølging i boligen har ofte komplekse problemer, som for eksempel problemer med bruk av rusmidler, psykiske lidelser, og fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse (Ulfrstad, 2011).

På midten av 1990-tallet satte opptrappingsplanen for psykisk helse fokus på å øke tverrfagligheten i behandlingen og oppfølgingen av personer med psykiske lidelser. Det medisinske fagfeltet hadde lenge stått sterkt går det gjaldt både forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser. Behandling hadde i stor grad foregått i helsevesenet, med psykiatri som en medisinsk spesialisering. *Psykisk helsearbeid* ble benyttet som betegnelse for denne nye, tverrfaglige praksisen. Et helhetlig menneskesyn hvor individet sees i sin kontekst ble vektlagt, og maktforholdene i behandlingen skulle endres gjennom blant annet økt bruk av erfaringsbasert kunnskap som basis for arbeidet, økt fokus på brukermedvirkning og ved at brukernes individuelle behov alltid skulle være utgangspunktet og kjernen for all behandling og pleie (Ulland et al., 2013). Sosial- og Helsedirektoratet skriver i sin veileder *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*:

«Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også

arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering» (2005, s. 7).

Sosial- og helsedirektoratet (2005) understreker også viktigheten av et tverrfaglig samarbeid med deltakelse av både helse- og sosialfaglig personell i det kommunale psykiske helsearbeidet. Teorier om empowerment og salutogenese har i etterkant av opptrappingsplanen fått større plass i pensum hos grunnutdanningene innenfor helse- og sosialfagene, samt i videreutdanningen psykisk helsearbeid (Karlsen, 2012). Dette er teorier som setter fokus på utjevning av maktforskjeller og utvikling av individets egne ressurser, mestring og motivasjon, og som lenge vært sentrale i sosialt arbeid.

Ørstavik (2008) skriver at det kan se ut til at psykisk helsearbeid ikke har klart å kvitte seg med det medisinske og sykdomsorienterte fokuset ennå. Idealene om ressursorientering, helhetssyn og omfordeling av makt er stadfestet, men fagfolkene henger noe igjen i gamle mønstre. Ørstavik mener at psykisk helsearbeid som fagfelt fremstår som fragmentert; de ulike fagfolkene holder på sine tradisjonelle måter å tenke og handle på, de har ikke klart å orientere seg mot et felles kunnskapssyn og metodikk. Det naturvitenskapelige grunnsynet har fortsatt forrang sammenliknet med andre perspektiv. Karlsen (2012) skriver at det kan se ut til at de ulike yrkesgruppene innenfor psykisk helsearbeid adopterer elementer fra medisinen, og at de således viderefører gamle måter å arbeide på fra psykiatrien. Begge disse forfatterne mener fagfeltet psykisk helsearbeid har en lang vei å gå før det klarer å leve opp til idealene sine.

Boligsosialt arbeid innebærer som beskrevet over et fokus på å øke ressurser og å redusere hindringer når det gjelder både det å skaffe boliger og å opprettholde boforhold. Psykisk helsearbeid har blant annet som målsetting å redusere og forebygge psykiske helseproblemer og konsekvensene de kan få for den enkelte. Faget sosialt arbeid kan være en ressurs i det tverrfaglige arbeidet innenfor disse feltene på flere områder. Faget kan gi et særlig godt bidrag når det gjelder målsettingen om å redusere det medisinske paradigmets innflytelse i psykisk helsearbeid, da tema som makt, avmakt og empowerment er sentrale i sosialt arbeid. Empowerment kan også gi viktige bidrag til utvikling av økt selvstendighet. I tillegg har sosialt arbeid fokus på hvordan hjelpere kan møte og samarbeide med mennesker på en helhetlig, ressursfokuseret og respektfull måte, noe som er viktig i alle møter mellom hjelpere og brukere.

1.3 Problemstilling

I første avsnitt beskrev jeg to tema jeg interesserte meg spesielt for og som jeg ønsket å få fram beboerne i botiltakene sine tanker om og opplevelser rundt: selvstendighet og mestring, og prosessen rundt boligvalg og boligtildeling. Jeg formulerte på bakgrunn av dette denne problemstillingen for studien:

Hvilke tanker har beboerne i botiltak om temaene selvstendighet og mestring, og hvilke opplevelser har de hatt når det gjelder boligvalg og boligtildeling i botiltak?

Når det gjelder selvstendighet og mestring var jeg blant annet interessert i informantenes egne definisjoner av begrepene. Jeg ønsket også å høre noe om hvordan de så på seg selv og sine egne erfaringer opp imot disse begrepene, hvordan de forholdt seg til målsettingen om økt selvstendighet og mestring, og hvilken innvirkning de trodde botiltakene kunne ha når det gjaldt denne målsettingen. Om temaene boligvalg og boligtildeling var jeg blant annet interessert i å høre hvordan disse prosessene hadde foregått, og i hvor stor grad beboerne hadde opplevd valgfrihet i boligspørsmål.

Jeg mener denne problemstillingen er særlig relevant for fagfeltet sosialt arbeid fordi den etterspør kunnskap om tema som omhandler blant annet myndiggjøring, kontroll og maktfordeling, og fordi den retter seg mot å få fram stemmene til beboerne i botiltakene.

1.4 Forforståelse og teoretisk referanseramme

I denne studien forsker jeg på mitt eget praksisfelt. Dette innebærer at jeg både har nærhet til, og erfaringer og kunnskap om, informantgruppen og de temaene som berøres i studien. Malterud (2003) skriver at forskerens forforståelse vil påvirke studien både når det gjelder forberedelser, datainnsamling og analyse. Gjennom å være bevisst egne forforståelser kan forskeren lettere identifisere denne effekten og unngå at han eller hun forringer studiens kvalitet ved å la egne forforståelser og hypoteser overdøve den informasjonen informantene har gitt.

Før jeg startet gjennomføringen av studien fulgte jeg Malterud (2003) sitt råd om å utforske mine egne forforståelser og antakelser når det gjaldt de aktuelle temaene. Ved å være åpen og bevisst omkring disse tankene håpet jeg å minimere deres innvirkning på studien. Her gir jeg

en kort framstilling av de forforståelsene og antakelsene jeg gjorde meg selv oppmerksom på i forkant av studien:

- Beboerne i botiltakene ønsker å motta minst mulig hjelp. De ønsker å klare seg selv i størst mulig grad.
- Mange av beboerne i botiltakene ønsker å motta mindre hjelp og oppfølging enn det personalet i botiltakene mener de har behov for.
- Noen ganger kan fokuset på selvstendigjøring bli for dominerende sett i forhold til beboernes ressurser, muligheter og ønsker. Personalet uttrykker ønske og forventning om større og raskere endringer enn beboerne selv ønsker.
- Enkelte av beboerne i botiltakene ønsker å bo et annet sted, men bor likevel i botiltaket fordi det er den boligen de har fått tildelt.

Videre diskusjon av forforståelser og deres mulige innvirkning på studien vil presenteres i oppgavens metodedel.

Det har på grunn av min bakgrunn vært naturlig for meg å benytte teori fra ulike fagfelt i arbeidet med å analysere dataene i studien. Jeg er utdannet sosionom, og har i tillegg grunnfag i psykologi. Jeg har flere års erfaring med psykisk helsearbeid og rusbehandling, Mine arbeidssteder har vært preget av bred tverrfaglighet i bunnen, men med spesialisering hovedsakelig innenfor psykisk helsearbeid. Sosialt arbeid inneholder elementer fra både psykologi og sosiologi, og min teoretiske referanseramme består derfor av elementer fra både sosialt arbeid, psykologi og sosiologi. Fra min teoretiske bakgrunn har blant annet kunnskap om makt og avmakt, empowerment, endringsprosesser, menneskets behov, og institusjonalisering fått en sentral plass i analysen.

1.5 Begrepsavklaringer

Botiltak – Trondheim Kommune benytter dette begrepet om alle de samlokaliserte boligene i enhet for botiltak, psykisk helse. Alle de åtte botiltakene består av flere leiligheter som er knyttet til et fellesareal og en personalbase. I noen botiltak er leiligheter, fellesareal og personalbase samlet i ett bygg med felles inngang, mens andre botiltak har enkeltstående enheter med egen inngang og fellesarealer som en egen enhet. Alle leilighetene har eget bad og kjøkkenløsning. Alle botiltakene i Trondheim Kommune har personal tilgjengelig på dag og kveld. Noen botiltak har også nattevakt, mens andre er tilknyttet en ambulerende

nattevaktordning (Trondheim Kommune, 2013). *Bofellesskap* er en annen betegnelse for botiltak som benyttes flere steder i litteraturen.

Beboer – med beboer mener jeg i denne oppgaven en person som har leilighet i et av botiltakene i Enhet for botiltak, psykisk helse. Jeg benytter dette begrepet fordi det er de ansatte i botiltakene benytter når de omtaler de som bor der.

Bruker – en person som benytter seg av offentlige tjenester.

Informant - jeg benytter denne betegnelsen når jeg omtaler de beboerne jeg intervjuet i forbindelse med studien.

Personalet – når jeg omtaler *personalet* i denne oppgaven sikter jeg til de som er ansatt i Enhet for botiltak, psykisk helse, og som har arbeidssted i ett eller flere av botiltakene.

Psykiske lidelser – På nettsidene til Norsk Psykolog Forening (2014) defineres psykiske lidelser som: «*psykiske plager med en intensitet som gjør at de kan diagnostiseres i henhold til ICD-10*». De skriver videre at: «*Skillet mellom lettere psykiske lidelser og alvorlige psykiske lidelser er ikke godt faglig etablert i detalj*». Jeg benytter i denne oppgaven begrepet *alvorlige psykiske lidelser* flere ganger og definerer selv dette som: psykiske lidelser med så plagsomme symptomer at de påvirker hverdagen til den det gjelder i stor grad. Schizofreni, personlighetsforstyrrelser, depresjon og angstlidelser kan være eksempler på slike psykiske lidelser.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Jeg har nå gitt en kort innføring i bakgrunnen for studien, problemstillingen og meg selv som forsker, samt avklart noen sentrale begrep som benyttes i oppgaven. Jeg fortsetter med en presentasjon av relevant teori i kapittel 2. Her skriver jeg blant annet om tema og begrep som empowerment og normalisering, selvstendighet og mestring, makt og avmakt og endringsprosessen. I kapittel 3 gir jeg en sammenfatning av offentlige utredninger og forskningsstudier som er aktuelle for denne studien. I kapittel 4 gir jeg en innføring i botiltakenes politiske bakgrunn og kontekst. Jeg skriver også litt om boligsituasjonen til personer med psykiske lidelser generelt, og hvordan botiltakene og tildeling av bolig i disse er organisert i Trondheim Kommune. Metodevalg, gjennomføring av studien og metodiske og etiske refleksjoner, fremstilles i kapittel 5. I kapittel 6 presenterer jeg funnene i studien og

drøfter disse. Denne delen av oppgaven består både av en presentasjon av empiri fra studien, min analyse av denne og drøfting opp imot teori og andre studier. En oppsummering av de viktigste funnene, mulige implikasjoner av studien, og forslag til videre forskning er samlet i kapittel 7. Til slutt følger referanselisten og vedleggene.

2.0 RELEVANT TEORI

Jeg vil i denne delen av oppgaven presentere noen begrep og teorier som er sentrale for studien. Jeg vil først skrive om to ulike fagtradisjoner som har hatt innvirkning på hvordan hjelpere definerer selvstendighet og mestring; *normalisering* og *empowerment*. Jeg vil deretter beskrive begrepene selvstendighet og mestring fra et teoretisk perspektiv. Jeg vil også skrive kort om hvordan ulike behov gir motivasjon for mestring, utvikling og endring, og jeg vil presentere en kjent modell som beskriver endringsprosessen. Deretter tar jeg for meg noen tema som kan knyttes til utfordringer når det gjelder utvikling av økt selvstendighet og mestring; makt, avmakt og institusjonalisering. Avslutningsvis skriver jeg litt om hvordan synet på noen av disse begrepene kan utvikle seg og føre til endringer i tjenestetilbudene.

2.1 Normalisering og empowerment

Som jeg nevnte i innledningene la Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, føringer for desentralisering av tjenestene til personer med psykiske lidelser. Som følge av dette har det de siste tiårene foregått en deinstitutionisering i psykiatrien; sengeplasser i sykehusene har blitt fjernet, mens det har blitt et større press på kommunene om å skaffe tilpassede boliger. Desentraliseringen av tjenestene til personer med psykiske lidelser kan sees som en videreføring av normaliseringstankegangen som HVPU-reformen tidlig på 90-tallet var tuftet på. *Normalisering* innebærer blant annet at personer med ulike behov for bistand skal bo i egne boliger og motta nødvendige tjenester der. Det skal ikke trekkes unødvendige skillelinjer mellom personer med bistandsbehov og andre når det gjelder deltakelse i samfunnet, og det er kommunene som primært skal ha ansvaret for oppfølgingen av sine innbyggere (Hansen og Grødem, 2012). Hansen og Øverås (2007) skriver: «*Det er bred politisk enighet om at psykisk syke skal integreres i lokalsamfunnet og i størst mulig grad få hjelp av et desentralisert psykisk helsevern og de hjemmebaserte tjenester*» (s. 93).

Normaliseringstankegangen har i tillegg medført nye målsettinger for det kommunale psykiske helsearbeidet: oppfølgingen av personer med psykiske lidelser skal ha som hovedmål å fremme selvstendighet og mestring av eget liv (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 og Holm, 2006). Tankene om normalisering innebærer også en slags forventning, en rådende offentlig diskurs, om at de som er annerledes i utgangspunktet ønsker å bli normale. Dersom

et individ ikke ønsker å la seg *normalisere* kan dette føre til forargelse og mangel på forståelse hos andre (Ohnstad, 2004).

Velferdsstaten har under påvirkning av normalitetstenkningen fokusert på standardiserte tjenester og løsninger og utvikling av selvhjulpenhet og basisferdigheter. Den har vært mindre opptatt av å la folk være annerledes dersom de ønsker det. En konsekvens av vektleggingen av opptrening av ferdigheter og uavhengighet har blant annet vært at det for en del personer har blitt mindre tid til selvvalgte aktiviteter. Enkelte mennesker har blitt gjenstand for ulike opptreningsprogram som har påvirket hele deres hverdag på ubestemt tid (Tuntland, 2006). Disse følgene av normaliseringstenkningen har møtt kritikk, og Askeland (2003) skriver at tankene om normalisering nå kan være over sin storhetstid. Hun skriver videre at målsettingen om normalisering har ført til at: «*velferdsstaten kritiseres for paternalisme, standardisering og byråkratisering og for å mangle evne til å utvikle tilbud som er tilpasset det enkelte individs behov*» (s. 94).

Offentlige tjenester har i den senere tid blitt mer opptatt av å etterkomme brukernes ønsker, og som en motstand mot normalisering har tankene om empowerment har fått økende gjennomslag de siste tiårene. Gjennom empowerment framholdes den enkeltes rett til å definere hva som er normalt for dem, og hvilke verdier de vil legge til grunn for livet sitt, og normalisering slik det har blitt praktisert kan sees som en motsetning til dette gjennom fokus på disiplinering, assimilering, tilpasning og kontroll, og uten plass for individualisme (ibid.).

Begrepet *empowerment* benyttes som både en ideologi, et mål, en tilnærming og en prosess i sosialt arbeid. Begrepet er forsøkt oversatt til norsk med begrep som myndiggjøring og bemyndigelse, men originalbegrepet empowerment brukes ofte også i norsk litteratur. Empowerment som prosess og målsetting innebærer å redusere avmakt hos individ eller grupper gjennom at de oppnår makt, utvikler makt, tar makt eller legger forholdene til rette for å utøve makt. Hjelpere kan bistå og medvirke i denne prosessen. Empowerment på individnivå innebærer prosesser og aktiviteter som er rettet mot individets kontroll over eget liv. Man ønsker å utstyre individet med blant annet økt selvtillit og bedre selvbilde slik at det kan bryte barrierer mot selvrealisering og egenkontroll. Den strukturelle dimensjonen av begrepet retter seg mot å rette opp skjev maktfordeling i samfunnet, og å fjerne diskriminerende og undertrykkende samfunnsstrukturer. Empowerment som ideologi innebærer både rettigheter og plikter. Empowerment har et fokus på likeverd og alles rett til innflytelse og makt. Samtidig innebærer empowerment at det stilles krav til egeninnsats og at

enhver tar ansvar for sitt eget liv, empowerment forutsetter at brukerne deltar aktivt i prosessen (Eriksen, 2007).

Borge (2006) anser både normalisering og empowerment som rådende retninger innen helse- og sosialpolitikk de senere årene, og ser på begge disse tankesettene som en kritikk mot de medisinske og naturvitenskapelige tenkemåtene innenfor psykisk helsearbeid. Fagfeltet har ønsket å gå vekk ifra fokus på sykdom, og over på ressurser, og man har ønsket å bli kvitt paternalistiske holdninger som opprettholder synet på bistandsyterne som eksperter og brukerne som passive mottakere av tjenester. Borge (2006) skriver at man tidligere tok mennesker med psykiske lidelser ut av sin sammenheng for å gi dem behandling, mens man nå har som mål at det enkelte mennesket skal inn i en sammenheng med andre mennesker, og motta nødvendige tjenester der. Borge søker å knytte normaliseringsbegrepet til noe annet enn integrering av individet. Hun ønsker å fokusere på normalisering som sosial integrering av grupper og lokalmiljø. Borge skriver at man gjennom denne definisjonen plasserer alle individer i et samfunn – ingen er utenfor – og at målet for normalisering er å arbeide aktivt for å hindre at noen blir skjøvet utenfor og blir avvikere. Objektet for endring innenfor denne typen normaliseringsideologi blir altså gruppen/lokal miljøet, ikke individet. Man søker å skape og å opprettholde aksept og åpenhet i samfunnet.

Tuntland (2006) skriver at myndiggjøringsparadigmene nå står sterkt, men trekker frem at elementer fra normaliseringsarbeidet også har en verdi innenfor dette paradigmet. Hun beskriver opptrening av ferdigheter og funksjoner som en del av myndiggjøringsprosessen, men at dette må skje under andre forutsetninger enn det tidligere har gjort. Spesielt er det viktig at opptreningen er motivert av personen som skal trene, at forholdet til fagutøverne forblir et samarbeidsforhold; ikke et hierarkisk maktforhold, og at opptreningen er en tidsavgrenset prosess.

2.2 Selvstendighet

Selvstendighet fremstår i vårt samfunn som noe positivt, et ideal vi søker etter (Kollstad, 2008). Fordi selvstendighet vurderes som et ideal kan det være en kilde til opplevelse av anerkjennelse fra andre. Anerkjennelse er et menneskelig behov i lys av Maslows teori om behovspyramiden (Maslow, 1943). Dette vil jeg komme tilbake til senere i kapittelet. Jeg vil nå se nærmere på begrepet selvstendighet, hvordan det kan defineres og hvordan de ulike definisjonene av begrepet kan relateres til tankene om normalisering og empowerment, Jeg vil

også skrive litt om hvordan synet på verdien av selvstendighet kan variere, og hva selvstendighet kan innebære som målsetting innenfor psykisk helsearbeid.

Den leksikalske definisjonen av selvstendighet er relativt enkel. Bokmålsordboka på nett (15.05.14) definerer selvstendighet som «*det å være selvstendig, frihet, uavhengighet*». Innenfor faglitteraturen beskrives imidlertid flere ulike forståelser av begrepet. Kollstad (2008) beskriver to ulike former for selvstendighet; selvstendighet som uavhengighet og selvstendighet som selvbestemmelse. Selvstendighet som uavhengighet fokuserer på selvhjulpenhet og egenomsorg, det at individet skal kunne gjennomføre ulike handlinger uten innblanding og bistand utenfra. Selvstendighet som selvbestemmelse innebærer en varhet og lydhørhet for individets ressurser og meninger, men også en erkjennelse av individets avhengighet og hjelpebehov. Tjenesteytere må etter dette fokuset på selvstendighet «*samarbeide om å tilrettelegge forholdene slik at personen best mulig kan mobilisere egne ressurser*», samtidig som de verken over- eller undervurderer personens evne til selvhjulpenhet (Kollstad, 2008, s.35). Også Helgøy, Ravneberg, Solvang, og Lundeberg (2000) deler opp begrepet i de to dimensjonene selvhjulpenhet og kontroll, og mener alle mennesker i sin selvstendighetstenkning har en tendens til å legge mer vekt på en av dimensjonene enn den andre.

Kollstad (2008) knytter disse to ulike dimensjonene av selvstendighetsbegrepet opp imot tankene om *normalisering* og *empowerment*. Disse måtene å tenke om oppfølging av personer med psykiske lidelser på ble nevnt som grunnleggende i norsk politikk og faglig utvikling tidligere i dette kapittelet. Normalisering har tradisjonelt hatt et fokus på at alle samfunnsborgere skal bli mest mulig *selvhjulpne* i gjennomføringen av det som oppleves som *normale* aktiviteter; hverdagsliv, fritidsaktiviteter og arbeid. Man har søkt å nå dette målet både gjennom tilpassede tjenester og omgivelser, samt gjennom individuell opptrening av ferdigheter. Empowermenttradisjonen er mer opptatt av at individet selv får sette standarden og fokus for seg selv, det skal være rom for individualitet, og tradisjonelle tanker om hva som utgjør en *normal* hverdag skal ikke styre den enkeltes livsverden; «*Det handler ikke om hva som er normalt, men om å ha styring og råderett over egen livssituasjon*» (Kollstad, 2008, s. 37). Begge disse tradisjonene har vært sentrale for sosialt arbeid de senere årene (Borge, 2006). Kollstad (2008) skriver imidlertid at empowerment har blitt sett på som en slags motreaksjon mot normaliseringstankegangen, og at denne tanketradisjonen har hatt økende innflytelse på fagfeltet de siste tiårene.

Selvstendighetsbegrepet kan ifølge Kollstad (2008) også defineres på en tredje måte: «*Selvstendighet forstått som mestring, selvbestemmelse, og avhengighet i form av støtte og hjelp*» (s. 40). Dette innebærer å kunne gjennomføre sine prosjekter basert på både kjennskap til egne forutsetninger og med støtte og tilrettelegging av omgivelsene. Denne definisjonen av selvstendighet forutsetter selvbestemmelse og best mulig utnyttelse av egne ressurser, men også bruk av nødvendig støtte fra andre, samt tilrettelegging av omgivelsene der dette trengs. Selvstendighet er etter denne definisjonen noe som kan læres gjennom erfaringer.

Wifstad (2002) omtaler *autonomi* som et samlebegrep for frihet, selvbestemmelse og rasjonalitet. Han skriver at frihet og selvbestemmelse har vært sentrale prinsipper i menneskets selvforståelse i flere hundre år, og at rasjonalitet også er et kriterium som henger sammen med dette. I psykiatrien kan kravet om rasjonalitet være oppe til diskusjon oftere enn i andre sammenhenger, og det kan være uenigheter rundt hvem som har makt til å avgjøre om en bestemmelse er rasjonell eller ikke. Wifstad skriver videre at autonomi er et falskt ideal dersom vi ikke ser det i sammenheng med våre sårbarheter. Det kan skape et uekte selvbilde av usårbarhet som blir revet ned når man likevel innser sine begrensninger. Wifstad gir et svært godt eksempel på hvordan et fokus på selvstendighet som uavhengighet kan føre til avmektighet i en rehabiliteringsprosess:

«En gang jeg arbeidet i et rehabiliteringsprosjekt, kom en av beboerne til oss og sa at hun følte seg totalt mislykket, og at det ikke var noen mening i å fortsette rehabiliteringsarbeidet. Grunnen var at hun nå innså, sa hun, at hun aldri ville klare å gjøre seg totalt uavhengig av andre. Derfor ville hun heller aldri make å leve opp til den målsetting om selvstendighet hun mente vi forventet av henne. Vi ble svært overrasket. Vi kunne ikke huske at vi hadde signalisert til denne beboeren at vi forventet at hun skulle bli «helt uavhengig». Etter hvert innså vi imidlertid at vi, som en slags skjult agenda, kanskje opererte med en slik i og for seg absurd forestilling om uavhengighet» (s. 721).

Et mål om uavhengighet og selvhjelpenhet kan slik eksempelet over viser virke uoppnåelig for enkelte, og en konsekvens av det å tenke på selvstendighet som uavhengighet kan derfor være avmakt, lav selvfølelse og opplevelser av manglende forståelse og aksept og hos de som er avhengige. Dette beskrives også av Kollstad (2008).

Normann, Sandvin og Thommesen (2008) skiller selvstendighet og selvhjulpenhet fra hverandre som begrep. De ser på selvstendighet som selvbestemmelse og selvråderett, og mener begrepet blir misforstått når selvstendighet blir sidestilt med selvhjulpenhet og uavhengighet. De presiserer at ingen mennesker er helt selvhjulpne eller uavhengige, og at det er unaturlig å overse menneskets avhengighet til andre mennesker. Ingen kan derfor ha som mål å bli uavhengig av andre mennesker. Å være så selvhjulpne som mulig kan likevel sees som et middel til økt selvstendighet da man øker sin personlige frihet og kan gjennomføre det man har bestemt seg for uten å være avhengig av et tjenesteapparat. Økt selvhjulpenhet kan også føre til bedre selvfølelse og dermed større selvtillit når det gjelder å ta egne avgjørelser.

På bakgrunn av definisjonene jeg har lagt fram her har jeg valgt å se på selvstendighet som kunnskap om egne ferdigheter og sårbarheter når det gjelder både det å være selvhjulpne og det å ha kontroll over sin egen tilværelse. Jeg ser på utvikling av økt selvstendighet som en prosess hvor individet gjennom erfaring, utprøving, mestringsopplevelser og refleksjon finner ut av hva han/hun klarer selv, hvilke begrensninger som foreligger, hvilken bistand som er til rådighet, og hvordan han/hun kan utvikle seg videre.

Vestlige land blir hovedsakelig regnet som samfunn som er orientert mot individualisme. Individualisme kjennetegnes av det å verdsette individets uavhengighet, selvstendighet og konkurransementalitet. Individet har i stor grad ansvar for sin egen suksess og lykke, og ens evne til selvkontroll er vesentlig. I andre deler av verden, som i Østen, preges samfunnene i større grad av det som kalles kollektivism. De legger her mer vekt på gjensidig avhengighet mellom mennesker, relasjoner, samarbeid og fellesskapets samhold enn det enkelte menneske. De skandinaviske velferdsmodellene vektlegger likevel kollektive og sosialistiske verdier sterkere enn mange andre vestlige land, som for eksempel USA (Hjertnes, Lindstrøm og Sam, 2005). Det å benytte vestlige behandlingsmetoder og modeller i Norge kan derfor bringe frem noen dilemmaer når det gjelder hvor mye hjelperne skal vektlegge individets autonomi, og hvor mye de skal vektlegge velferdssamfunnets omsorg og ansvar for de svakeste.

På bakgrunn av ulik vektlegging av verdier kan det være problematisk å forholde seg til overordnede nasjonale målsettinger, som for eksempel målsettingen psykisk helsearbeid har om økt selvstendighet for personer med psykiske lidelser. Borge (2006) skriver at det er tankevekkende at politikerne i vestlige kulturer prioriterer utvikling av uavhengighet som mål for tjenesteytingen, samtidig som man gjennom forskning har sett at brukerne i hovedsak ønsker å få praktisk bistand til grunnleggende behov og oppgaver slik at de kan få leve

tilfredsstillende hverdagsliv. Hun skriver videre at når idealet er at alle skal leve et mest mulig selvstendig liv, så signaliserer dette at det å være avhengig og sårbar er negativt. Man kan ane en slags forakt for de som er mindre produktive, effektive og selvstendige. I verste fall kan man også se en samfunnsmessig ansvarsfraskrivelse:

«Når helsepolitiske mål vektlegger selvstendighet eller autonomi som sentrale mål for alle, kan det føre til at det moralske ansvaret for den svake blir svekket» (ibid., s. 44).

Borge skriver videre: «De helsepolitiske målene bør også diskuteres og bevisstgjøres i forhold til hvilke etiske verdier eller hvilken politisk ideologi som skal styre vårt helsetilbud til mennesker som ikke så lett kan bli normalisert eller integrert» (s. 45).

Borge mener at de som er i den posisjonen at de trenger hjelp står i fare for å miste respekt fra andre, oppleve skam over å bruke av fellesressurser, isolere seg fra fellesskapet og som en følge av dette også miste respekt for seg selv. I verste fall vil fokuset på selvstendighet kunne forverre deres psykiske helse.

2.3 Mestring

Bokmålsordboka på nett (04.08.14) definerer mestring slik: «det å mestre problemer, stress og utfordringer». Verbet å mestre defineres igjen som «beherske, ha tak på, greie, være herre over». Nasjonal Kompetansetjeneste for Læring og Mestring innen Helse (NK LMH) (2014) definerer på sine nettsider mestring som: «opplevelsen av å ha kontroll over eget liv – og krefter til å møte utfordringen». Å mestre noe kan på bakgrunn av dette sees som både opplevelse av kontroll og evne til handling.

NK LMH (2014) knytter videre begrepet opp mot motivasjon gjennom Aron Antonovskys teorier rundt *salutogenese*. Antonovsky (2012) skriver at salutogenese innebærer et fokus på det som kan bedre en persons helse fremfor å ha fokus på sykdomstegn og behandling av disse. En salutogen tankegang innebærer som en følge av dette et fokus på mestring. Antonovsky benytter begrepet *sense of coherence* (norsk oversettelse: opplevelse av sammenheng) som en modell og teori om mestring. Han skriver at *opplevelse av sammenheng* består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, og definerer begrepet slik:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli

som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky, 2012, s. 41).

På bakgrunn av definisjonene og sammenhengene som er beskrevet over ser jeg det slik at mestring av ulike aktiviteter og situasjoner kan sees som et viktig middel til å oppnå bedring og økt selvstendighet. Mestring knyttes både til å oppleve kontroll og oversikt over situasjonen, samt til å ha ressurser, motivasjon og engasjement til å utføre handlinger som skaper endring. Begrepet kan således knyttes både til selvstendighet sett som kontroll/selvbestemmelse og selvstendighet sett som selvhjulpenhet/uavhengighet. Videre anser jeg sammenhengen mellom mestring og motivasjon som viktig - for å oppleve mestring og opplevelse av sammenheng er det slik Antonovsky har beskrevet ikke nok å håndtere en hvilken som helst situasjon. Hendelsen må vurderes som meningsfull og viktig for at individet skal oppleve at det har mestret.

I tillegg til at mestringsopplevelser knyttes til noe individet er motivert for å klare, så kan mestring og mestringsopplevelser knyttes til *mestringsforventning*. Jo høyere subjektiv forventning mennesket har til seg selv, jo større sjanse er det for at det forsøker å oppnå det det ønsker og er motivert for (Nordhelle, 2004b). Hjertnes et al. (2005) skriver:

«Å kunne mestre og å ha kontroll over sin tilværelse ansees å være essensielt for psykisk helse innen vestlig psykologi. Omvendt kan fravær av eller mangelfull mestring og kontroll gi psykiske problemer (...) Imidlertid ser forventninger om å lykkes eller mislykkes ut til å være det essensielle elementet i mestring og kontroll» (Hjertnes et al., 2005, s. 396).

Mestringsforventning dannes blant annet på grunnlag av tidligere erfaringer, fortolkning av andres erfaringer, hva andre sier man kan klare og ens egen opplevelse av hvor motivert man er (Nordhelle, 2004b). Bandura (1977) skriver at man må skille mellom forventning om mestring av en atferd og forventning om resultatet av atferden. En person kan ha klare tanker om hva som vil skje dersom hun utfører en handling, men kan likevel mangle tro på at hun klarer å gjennomføre handlingen. Uten tro på mestring vil det være mindre sannsynlig at hun forsøker, uavhengig av hva slags resultat handlingen kan føre til. Ønsket og motivasjonen til å gjennomføre en bestemt handling kan ligge i resultatforventningen, men hvorvidt hun faktisk

gjennomfører handlingen, samt hvor hardt og lenge hun prøver på tross av motstand, avhenger av hvor stor tro hun har på at dette skal gå.

Jeg mener på bakgrunn av dette at motivasjon, mestringsforventning og mestringsopplevelser (kontroll og handling) kan sees som tett knyttet til hverandre i en slags spiral. Mestring oppleves når en person håndterer det han er motivert for å få til. Sannsynligheten for at han forsøker å gjennomføre en handling er imidlertid ikke basert på motivasjon alene, men er også tett knyttet til hvor store forventninger han har til egen mestring. Hvor stor mestringsforventning han har avhenger blant annet av tidligere opplevelser av mestring, og mestringsopplevelser øker troen på, evnen og motivasjonen til videre handling. En opplevelse av mestring kan derfor føre til nye mestringsopplevelser. Ved opplevelser av nederlag kan denne effekten bli negativ ved at personen mister motivasjon og vilje til å prøve og da også mister mulighetene til nye mestringsopplevelser.

2.4 Behov som grunnlag for motivasjon

I avsnittet over beskrev jeg hvor viktig motivasjon er for å oppleve mestring og økt selvstendighet. Det finnes mange forskjellige teorier om hva som motiverer menneskenes atferd. En av de mest kjente psykologiske teoriene er Abraham Maslows behovspyramide. Han delte opp menneskenes behov i en pyramide med fem hovedkategorier, hvor de tre nederste ble kalt mangelbehov, og de to øverste vekstbehov (Nordhelle, 2004a). De tre nederste behovene er de fysiologiske behovene, behov for trygghet og behov for sosial tilknytning og kjærlighet. De to øverste behovene er behovet for aktelse/anerkjennelse og behovet for selvrealisering. Det å være selvstendig er ifølge Maslow en viktig del av det å tilfredsstille behovet for aktelse og anerkjennelse. Maslow skriver at disse behovene motiverer mye av vår atferd. Ofte vil man forsøke å dekke de tre nederste behovene før man beveger seg til toppen av pyramiden, men Maslow skriver også at vi kan drives av alle disse behovene i løpet av en dag, samtidig og i ulik rekkefølge. Det er ikke nødvendigvis slik at alle må ha dekket de nederste behovene før de går i gang med å tilfredsstille de øverste (Maslow, 1943).

Maslow (1943) skriver at behovet for trygghet og sikkerhet i stor grad tilfredsstilles i de moderne samfunn, uten at det voksne mennesket trenger å arbeide noe særlig aktivt med dette i hverdagen. Barn som fortsatt arbeider med å forstå verden forholder seg derimot i større grad til det å tilfredsstille behovet for trygghet. For personer med psykiske lidelser kan

opplevelsen av trygghet påvirkes av deres symptomer på en slik måte at de også må arbeide aktivt for å trygge og sikre seg selv. Maslow (1943) skriver at personer med psykiske lidelser ofte kan ty til liknende tryggingsstrategier som barn benytter. Mary Ainsworth har utført en del forskning om hvordan barn utvikler tilknytning til sine nærmeste omsorgspersoner, og har ut ifra dette blant annet presentert begrepet «den trygge basen». Den trygge basen består av de personene barnet er sterkest knyttet til. Gjennom vissheten om at disse personene er i nærheten føler barnet seg trygt og tryggheten gjør at det tør å være nysgjerrig og utforskende på omgivelsene sine (Hetherington og Parke, 1999).

I kapittel 6 vil jeg komme tilbake til hvordan tilfredsstillelse av ulike behov ble beskrevet og vektlagt av informantene i denne studien, og hva slags innvirkning dette kunne ha på deres utvikling av selvstendighet og mestring.

2.5 Endringsprosessen

Å arbeide for økt selvstendighet og mestring innebærer at man forsøker å få til en endring. Kunnskap om hva endring innebærer og hvordan det foregår kan derfor være nyttig i dette arbeidet. Det å søke endring kan innebære flere utfordringer for den det gjelder, og det finnes flere teoretiske modeller som forsøker å synliggjøre hva det innebærer å være i en endringsprosess. Jeg velger her å gi en fremstilling av James Prochaska og Carlo DiClemente sin stadiemodell av endringsprosessen; «*Stages of Change-modellen*» (SOC). Denne modellen fremstiller endringsprosessen som en stegvis prosess med fem trinn: føroverveielse, overveielse, beslutning/forberedelse, handling og vedlikehold. Hvert av trinnene inneholder en rekke utfordringer som må håndteres, og den som er i endring kan gå frem og tilbake mellom stadiene flere ganger i løpet av prosessen. Også andre har presentert stadiemodeller for endring, men det som er spesielt med denne modellen er beskrivelsen av føroverveiellesfasen. Denne fasen har ikke vært nevnt i andre modeller (Prochaska, DiClemente og Norcross, 1992). Barth og Näsholm (2007) beskriver modellen forholdsvist grundig i boken *Motiverende samtale – MI. Endring på egne vilkår*. Jeg vil derfor gi en fremstilling av fasene i modellen basert på både Prochaska et al. (1992) og Barth og Näsholm (2007).

I den første fasen, *føroverveielisen*, har personen enda ikke begynt å vurdere endring. Mange er i denne fasen enda ikke bevisst behovet for endring, eller undervurderer dette behovet. Årsaken til at endring ikke vurderes kan også være motløshet (Prochaska et al., 1992).

Hjelpere kan i denne fasen forsøke å finne ut av hvorvidt mangelen på tanke eller ønske om endring kommer av manglende innsikt eller av motløshet, for så å arbeide ut ifra dette med enten å forsøke å gi økt innsikt, eller å forsøke å bygge opp mot, selvtillit og å tilby bistand (Barth og Näsholm, 2007).

I den neste fasen, *overveielser*, begynner individet å reflektere over og erkjenne at hun har et problem, og hun vurderer å foreta en endring. Fasen er også preget av *ambivalens* – man innser at det eksisterer et problem som fører til negative konsekvenser for en selv og andre, men det som er problematisk også har positive funksjoner som er vanskelige å gi opp (Prochaska et al., 1992). Ambivalens er komplekst og kjennetegnes ofte av et «*nettverk av parallelle og motstridende følelser, tanker og holdninger overfor én og samme ting*» (Barth og Näsholm, 2007, s. 90). Ambivalens kan føre til usikkerhet, utrygghet, angst og tvil i prosessen. For å komme videre i endringsprosessen må personen få oversikt over, og forståelse av, de positive og negative sidene ved både problemet, en eventuell endring og en eventuell ikke-endring. Å utforske og å bearbeide ambivalens er en viktig del av det å bygge motivasjon. Overveielser og bearbeiding av ambivalens kan foregå i lang tid, og personen kan benytte seg av ulike beskyttelsesmekanismer for å utsette avgjørelsen om å endre på noe eller ikke. SOC-modellen legger vekt på å være grundig i overveielserfasen slik at man er sikker på at en beslutning om endring har et godt fundament, og slik at man ikke igangsetter tiltak for tidlig (Barth og Näsholm, 2007).

Beslutnings- forberedelsesfasen preges av lettelse, optimisme, positiv tenkning og problemløsning. Personen har nå bestemt seg for å ta tak i problemet og å gjennomgå en endring. I *handlingsfasen* settes tiltak i gang, og endringen blir synlig for andre. I den siste fasen, *stabiliserings- og vedlikeholdsfasen*, søker man å stabilisere personen etter endringen. Nye vaner og holdninger skal automatiseres, og man skal være oppmerksom på risiko for tilbakefall (ibid.).

Jeg vil i kapittel 6 drøfte hvordan beboernes manglende uttrykk for ønske om økt selvstendighet kan sees i sammenheng med denne beskrivelsen av endringsprosessen.

2.6 Makt og avmakt

Makt kan defineres som «en mulighet til å få gjennomført sin vilje i den sosiale relasjonen selv om andre deltakere i det kollektive livet skulle gjøre motstand» (Levin, 2004, s. 119). Offentlige hjelpere er i besittelse av både kunnskap og midler som gir dem makt og kontroll overfor brukerne. De kan blant annet ha makt til å fordele økonomiske midler, tid og ulike tjenester. I tillegg har profesjonelle yrkesutøvere faglig kunnskap som brukerne kanskje ikke er i besittelse av, og de har som følge av sin posisjon som tjenesteytere en *symbolsk makt* som fører til at de blant annet kan definere brukernes problemer og behov (Ylvisaker, 2014). Bourdieu (1996) skriver at symbolsk makt er en usynlig maktform som «bare kan utøves med delaktighet av de som ikke vet at de ligger under for den, eller endatil ikke vet at de utøver den» (s. 38). Han skriver videre at ”symbolsk makt er makt til å konstruere virkeligheten”(s. 40).

Ylvisaker (2014) skriver at det kan være ubehagelig å vedkjenne seg det å ha makt eller kontroll over andre, og at sosialarbeidere derfor kan ha en tendens til å underkommunisere disse aspektene ved sin utøvelse av sosialt arbeid. Dette kan føre til at brukerne opplever krenkelser. Levin (2004) skriver at denne underkommuniseringen også kan ha rot i at sosialarbeiderne ikke selv ser sin egen makt, da de heller føle seg avmektige overfor det systemet de arbeider i. Ohnstad (2004) presiserer at alle hjelpearbeidere har makt, det er denne makten som gjør dem i stand til å bistå brukerne med å løse problemer de selv føler seg avmektige overfor. Med makt kommer også ansvar, Ohnstad (2004) skriver:

«Det er den som sitter med makten, som må legge til rette for at en relasjon oppleves trygg og ivaretaende for den som er i en hjelpeløs situasjon. Et forhold mellom en hjelper og en klient er en relasjon der hjelperen har makt og må være seg denne makten bevisst» (s.255).

Bourdieu (1996) beskriver *symbolske systemer* som sosiale strukturer og enigheter (normer) som benyttes som redskaper i prosessen med å påtvinge seg herredømme og makt over andre. Ulike klasser og undergrupper deltar i en symbolsk kamp for å påtvinge andre den definisjonen av den sosiale verden som best svarer til deres egne interesser. Jeg mener at sosialarbeidere kan sees som deltakere i denne kampen som forkjempere for faglige og politiske interesser og målsettinger. Ohnstad (2004) skriver at sosialt arbeid på mange måter tuftet på det som kalles *mangelmodellen*. Sosialarbeidere har noe som brukerne mangler, og basert på dette utøver de en praksis hvor de forsøker å endre, justere eller korrigere brukerne

opp imot en *norm*. Slik forsøker sosialarbeiderne ikke bare å hjelpe brukerne, men også å *kontrollere* dem slik at de passer inn i det som blir ansett som riktig eller normalt. Sosialt arbeids kontrollaspekt kan blant annet sees i faglitteraturens beskrivelser av relasjonens betydning for arbeidet. Det er for eksempel vanlig å benytte begrepet *verktøy* når man snakker om relasjonsferdigheter. Relasjoner skal *bygges* for å komme i posisjon til å sette inn tiltak og bidra til endring – relasjonen ansees ikke som en verdi og et mål i seg selv (ibid.).

Avmakt er en opplevelse av å være i en situasjon uten utveier; individet ser ingen muligheter til å endre sin situasjon eller motsette seg at andre utøver sin vilje overfor en. Når en person opplever å være avmektig kan dette ha negative virkninger for deres selvoppfatning og selvbilde. Avmektighet henger sammen med følelser av mindreverdighet, og i forsøk på å beholde sin verdighet er det naturlig å oppleve følelser som sinne, fortvilelse, hjelpeløshet og skam. Avmektighet er noe mange mennesker som er avhengige av hjelp kan oppleve. Sosialarbeidere og andre hjelpere må forholde seg til avmektigheten, og gjennom bruk av *empowerment* som tilnærming kan de bistå brukeren i prosessen med å gjenvinne en posisjon hvor han eller hun opplever å ha makt nok til å endre situasjonen. Dette kan hjelperen blant annet gjøre ved å sette ord på opplevelsen av avmakt og mindreverd, og å øke brukerens innsikt i hvordan dette har påvirket hans/hennes selvbilde (Ohnstad, 2004).

Personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha en lang og komplisert sykdomshistorie som har ført til en del opplevelser av tap i livet. Det kan være blant annet tap av psykisk helse, tap av sosiale roller og nettverk, tap av funksjoner og tap av muligheter til å oppnå det de ønsker seg. De kan også ha opplevd å bli behandlet med tvang og manglende respekt på bakgrunn av sin psykiske lidelse. Personer som gjentatte ganger opplever å ikke nå sine mål, å ikke få til det de prøver på, og at de ikke har makt/kontroll over sin egen situasjon, kan på bakgrunn av dette oppleve depresjon, avmakt, motløshet og resignasjon. Noen ganger vil disse følelsene resultere i det psykologien kaller *lært hjelpeløshet*. De dette gjelder vil slutte å forsøke å påvirke sin egen situasjon selv i situasjoner hvor de faktisk har makt og mulighet til å kontrollere det som skjer (Smith og Mackie, 2000).

Jeg vil komme tilbake til hvordan fordeling av makt mellom personalet og beboerne og opplevelser av avmakt og motløshet ble beskrevet av informantene i kapittel 6, og vil her også diskutere hvilken innvirkning disse opplevelsene kunne ha når det gjaldt informantenes opplevelse av selvstendighet og mestring.

2.7 Institusjonaliseringens effekt på individet

Når det gjelder forskning på institusjoner og deres innvirkning på individet er den kanadiske sosiologen Erving Goffman (1922-1982) særlig kjent. Han utførte blant annet observasjonsstudier ved det han kalte *totale institusjoner*, og beskrev hvordan individene i institusjonene endret seg som følge av institusjonsoppholdene. Goffman beskrev i sin bok «*Asylums*» (1961) den totale institusjon som et oppholds- og arbeidssted hvor et større antall individer med visse fellestrekk i en lengre periode fører en tilværelse som er innelukket, avskåret fra samfunnet og administrert av ansatte. Eksempler på totale institusjoner er fengsler og psykiatriske sykehus. Goffman fant flere ulike følger av langvarig opphold i totale institusjoner, blant annet tap av evner/funksjoner i dagliglivet, tap av ulike sosiale roller, endret sosial status og mindre individualitet. Goffman beskrev også hvordan institusjonslivet kunne påvirke individets oppfatning av seg selv ved at det begynner å identifisere seg selv ut ifra hvordan det blir kategorisert og behandlet i institusjonen. Individets selvoppfatning påvirker igjen hvordan det forholder seg til omverdenen. I følge Goffman ville disse effektene av langvarige institusjonsopphold, sammen med stigmatisering, kunne vanskeliggjøre tilværelsen etter utskrivelse fra institusjonen.

Kolstad og Hagen (1988) skriver at langvarige opphold i institusjoner utvikler passivitet, homogeniserer pasientene, gjør dem mindre egnet til et liv utenfor sykehuset og skaper et ønske hos pasientene om videre institusjonalisering. I flere studier, blant annet Ådland (2003) og Hansen og Grødem (2012), har det blitt spekulert i om botiltak kan ha noen av de samme kjennetegnene som institusjonene, og dermed stå i faresonen for å ha den samme effekten på individet som beskrevet over. Hansen og Grødem (2012) understreker viktigheten av at de som bor i botiltakene opplever valgfrihet når det gjelder bolig – at de skal ha et ønske om denne typen boform, ikke føle seg presset inn i den. Både Hansen og Grødem (2012) og Ådland (2003) skriver at personalet i boligene må være svært bevisste botiltakenes kontroll- og maktpotensial, samt andre institusjonsliknende trekk, og forsøke å unngå at disse elementene får en negativ effekt på beboernes opplevelse av selvstendighet, selvbestemmelse og individualitet.

2.8 Paradigmeskifte – nye modeller for psykisk helsearbeid og oppfølging i bolig

Bosettingen og oppfølgingen av personer med psykiske lidelser har som jeg beskrev tidligere i kapitlet vært preget av både tankene om normalisering og empowerment. Dette har også vært gjeldende i andre land, og det har de siste tiårene foregått en utvikling i USA og Canada hvor de har forsøkt å gå enda lenger i forsøket på å normalisere, integrere og myndiggjøre personer som sliter med alvorlige psykiske lidelser. De har også utviklet et fokus på bedre funksjon, framfor å ha et fokus på selvstendighet, samt fjernet seg ytterligere fra medisinskfaglige og institusjonsliknende måter å bosette og følge opp personer med psykiske lidelser på.

Ridgeway og Zipple (1990) kaller det man har sett i USA og Canada siden starten av 90-tallet for et paradigmeskifte når det gjelder bosetting av personer med psykiske lidelser. I kjølvannet av deinstitusjonaliseringen på 50- og 60-tallet hadde det i disse landene blitt bygd opp en del boliger etter tanken om *a linear continuum*. Man ønsket å tilby boliger med ulik grad av støtte og kontroll, og man så for seg at brukerne etter utskrivelse fra sykehus skulle flyttes fra en bolig til en annen inntil de til slutt kunne bo i en helt selvstendig bolig. Det ble rettet en god del kritikk mot denne måten å bosette disse menneskene på. Metoden førte blant annet til usikkerhet og rotløshet på grunn av midlertidige boforhold og stadige flyttinger. I tillegg ble det utviklet svært mange ulike boligtyper uten at det ble fastslått noen standard for hvordan boligforløpene skulle se ut. I praksis ble det bygget altfor få boliger, brukerne fikk lite valgfrihet når det gjaldt bosted, og mangel på boliger og riktig tilpassede boligtyper gjorde at man ikke klarte å oppfylle målsettingen om stadig mer selvstendige boforhold. Som en reaksjon mot tanken om *linear continuum* kom et fokus på såkalte *supported housing approaches*. Disse tilnærmingene legger vekt på at personer med psykiske lidelser skal bosettes i helt vanlige boliger i den boligmassen som er allment tilgjengelig. De skal selv velge hvor de vil bo, og hjelpere skal ha et fokus på individet som samfunnsborger, leietaker og vert/vertinne i sitt eget hjem fremfor å ha fokus på bruker-/klient-/pasientrollen. Tjenestene de har behov for, og ønsker å motta, skal være fleksible og individuelt tilpasset. Selvstendighet er ikke målet i disse tilnærmingene. Selvstendighet blir sett på som et noe mytisk og uoppnåelig ideal fordi personer med alvorlige psykiske lidelser som oftest vil ha behov for støtte og tjenester over lang tid, noen ganger livet ut. I stedet fokuserer hjelperne på å oppnå best mulig funksjon, samt å finne det bomiljøet som gir individet de beste forutsetningene for utvikling (Ridgeway og Zipple, 1990).

I 1997 foretok Rita Ogilvie en gjennomgang av eksisterende litteratur og forskning som omhandlet *supported housing*. Hun fant at brukerundersøkelser viser at en normal, individuell bolig er foretrukket av de fleste, og at å etterfølge brukernes boligønsker er forbundet med større suksess i boforholdet. I tillegg er det viktig at brukerne får nok støtte og riktige tjenester. Bistand til å utvikle bedre sosiale ferdigheter ble trukket fram som særlig viktig for brukernes integrering i nabolaget. Ogilvie vurderte rundt tretti studier i denne artikkelen, og skriver at det bør forskes mer på blant annet effektene av *supported housing*, og man bør se mer på hvem denne typen tilnærming passer for og hvilke grupper den kanskje ikke fungerer like godt for.

De siste årene har jeg observert at ulike amerikanske/kanadiske modeller for oppfølging av personer med psykiske lidelser også har blitt introdusert i Norge. Trondheim Kommune prøver blant annet ut modellene Assertive Community Treatment (ACT) og Housing First som begge bygger på prinsippene om *supported housing*. Foreløpig benytter kommunen disse fremgangsmåtene i tillegg til andre modeller for oppfølging i bolig. Kanskje vil vi også i Norge se et paradigmeskifte om noen år ved at botiltak og samlokaliserte boligløsninger benyttes i mindre grad, mer individualiserte løsninger for oppfølging utvides, og ved at det faglige fokuset dreier i samme retning som i USA/Canada når det gjelder selvstendighet, bistand og funksjonalitet.

3.0 KUNNSKAPSOVERSIKT

Jeg vil nå gi en fremstilling av offentlige dokumenter og forskningsstudier som omhandler tema omkring boliger for personer med psykiske lidelser og selvstendighetsarbeid. Jeg har valgt å skille mellom norsk og utenlandsk litteratur for å tydeliggjøre hvilke studier som har hatt utgangspunkt i norsk kontekst.

Litteraturen jeg presenterer har relevans for oppgaven på ulike måter. De offentlige dokumentene jeg omtaler dreier seg i hovedsak om boliger for personer med psykiske lidelser på generell basis; hva slags kunnskap som foreligger om oppfølging av personer med psykiske lidelser i bolig, hvilke tjenestebehov de som bor der har, hvilke mangler oppfølgingen har, og om behovet for individuelle tilpasninger i botilbudet til personer med psykiske lidelser. Flere av forskningsartiklene jeg omtaler bygger i likhet med denne studien på kvalitative intervju med enten beboere i botiltak, pårørende eller ansatte. Artiklene gir et innblikk i hvordan disse gruppene ser på boligformen, hva som er positive og negative sider ved den, med mer. Her omtales flere tema som går igjen i denne studien, blant annet fokus på økt selvstendighet, behov for trygghet, behov for flere tjenester enn man blir tilbudt og bedre individuelle tilpasninger, botiltakenes institusjonsliknende egenskaper, valgfrihet når det gjelder eget bosted og beboersammensetting i botiltakene. Denne gjennomgangen kan ikke sees på som et forsøk på å skaffe en fullstendig oversikt eller sammenfatning av forskningen på området.

3.1 Offentlige dokumenter og norske forskningsstudier

Sosial- og helsedirektoratets veileder «*Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*» (2005) beskriver fagfeltet psykisk helsearbeid, gir en oversikt over rammer og lovverk, og kommer med råd og veiledning for dette arbeidet. Tilgjengelighet til egen bolig, og bistand og oppfølging i bolig, behandles i et eget kapittel i veilederen.

I 2005 initierte Sosial- og helsedirektoratet en kartlegging av udekkede bo- og tjenestetilbud blant personer med psykiske lidelser. Inger Lise Skog Hansen og Siri Ytrehus i Fafo gjennomførte kartleggingen og presenterte resultatene i rapporten «*-Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på*». Kartleggingen viste at kommunene hadde varierende oversikt over boligbehovet blant sine innbyggere. Dataene antydte at det på landsbasis var behov for over 3000 boliger til personer med psykiske lidelser, og at mange av de som hadde behov for

bolig også hadde et omfattende behov for tjenester. Resultatene antydte at de største manglene for denne gruppa ligger i godt tilrettelagte tjenestetilbud knyttet til de ulike boligløsningene slik at de sikres stabile bosituasjoner.

Denne studien ble fulgt opp av en brukerstudie, «*Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser*». Også denne ble gjennomført av Inger Lise Skog Hansen i Fafo (2006), og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Studien bygget på intervju med både brukere, pårørende og tjenesteutøvere i førstelinjen og dreide seg om det å leve i egen bolig. Studien avdekket at brukerne hadde hatt en ustabil bolighistorie preget av mange flyttinger, institusjonsopphold, og i noen tilfeller bostedsløshet. Manglende oppfølging ble trukket frem som hovedårsaken til de brutte boforholdene. Majoriteten av brukerne som ble intervjuet bodde nå i boliger tilknyttet personell. Årsaken til dette var slik brukerne fremstilte det behov for aksept for sin psykiske lidelse og trygghet i form av tilgang på personal og hjelp ved behov. Noen av brukerne så på denne boformen som midlertidig, andre ønsket at den skulle være permanent. Noen tjenesteytere fortalte om brukere som bodde i boliger med fokus på midlertidighet, og med mål om flytting til mer selvstendige boformer etter hvert, som hadde opplevd dette som utrygt. Enkelte steder hadde kommunene gått fra et ensidig fokus på midlertidighet til å tilby varige kontrakter til de brukerne som ønsket det. Viktige kjennetegn ved tjenestetilbudet var helhetlig oppfølging, godt samarbeid mellom ulike tjenesteytere og instanser, fleksibilitet, faste tjenesteytere og kvalifisert personell. Tjenesteyterne viste bevissthet rundt farene for å krenke brukernes autonomi og rett til privatliv når de inngår i tett oppfølgingsarbeid, og tok hensyn til dette i sitt arbeid. Brukerne hadde udekkede behov når det gjaldt sosiale relasjoner og aktivitet.

Arne Holm utførte i 2006 et prosjekt hvor han undersøkte fire ulike kommuners oppfølging av intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse; *Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte*. Han skriver at opptrappingsplanen satte økt selvstendighet, integrering og normalisering som mål for psykisk helsearbeid, og at kommunene ble gitt ansvaret for gjennomføringen. Holm hadde i undersøkelsen fokus på kommunenes iverksetting av intensjonen om bosetting utenfor institusjon, og deres bo- og oppfølgingstjenester. Han fant at i de fire kommunene han samlet data fra så ble intensjonene fulgt opp på en god måte. Kommunene hadde fokus på utbygging av tilpassede boliger og tjenester til brukerne. Kommunene hadde også satset på bedre tilbud når det gjaldt arbeid og aktivitet.

Taksdal, Breivik, Ludvigsen og Ravneberg ved Rökkansenteret utførte i 2006 en undersøkelse som var initiert og finansiert av Kommunal- og regionaldepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Utgangspunktet for undersøkelsen var en bekymring over at mange bostedsløse nylig hadde vært innlagt i psykiatri eller rusomsorg. Myndighetene ønsket kunnskap om hva som svikter når innleggelse i spesialisthelsetjenesten etterfølges av rusproblemer og psykiske helseplager i kombinasjon med bostedsløshet. Studien var en brukerundersøkelse med tittelen *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Informantene i denne studien beskrev nomadeliknende liv med mange flyttinger, innleggelse og perioder som bostedsløse. De hadde også erfaringer med mer normale tilværelser, men denne typen tilværelse representerte for mange av informantene ensomhet, utstøtthet og stigmatisering. Det krevde en enorm egeninnsats og motivasjon å få til en slik tilværelse. Informantene fortalte også om et hjelpeapparat som stilte urimelige krav og forventninger, som ikke hadde god nok kjennskap til brukerne og deres ønsker og behov, lang saksbehandlingstid, ansvarspulverisering og et vanskelig og uoversiktlig regelverk. Rapporten konkluderer med at det er nødvendig med et større og mer variert botilbud, og at kommunene må se på individuelle betingelser og tilpasninger framfor å tvinge brukerne inn i boliger med rammer de ikke kan klare å leve med. Blant annet må målsettingene være differensierte når det gjelder selvstendighet, tid og livskvalitet. Taksdal et al. skriver: «*Mange brukere er så sjuke og slitne at de i perioder primært bør få stell og omsorg. Et sted å bo er avgjørende for livskvalitet og bør være et helt selvstendig mål for bistand. I stedet for å sette opp hvilke kriterier som kvalifiserer til et bestemt boligtilbud, må tiltaksapparatet klargjøre hva slags bosituasjon som kan være egnet for den enkelte ut fra hans eller hennes problemer og ressurser*» (s. x).

Inger Lise Skog Hansen og Anne Skevik Grødem i Fafo utførte i 2012 en undersøkelse med tittelen *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap* på vegne av Kommunal- og regionaldepartementet. Bakgrunnen for undersøkelsen var «*en økende bekymring for at kommunene bygger 'miniinstitusjoner', der mange med tjenestebehov er samlet på et sted, og dermed undergraver de uttalte målsettingene om integrering og normalisering*» (s. 7). Det ble samlet inn data i fem ulike kommuner samt gjort en gjennomgang av offentlige dokumenter og statistikk, og problemstillingen for prosjektet var: *Hvilke faktorer er avgjørende for kommuners beslutninger om å etablere samlokaliserte boliger og bofellesskap, og hvilke erfaringer har kommunene med denne type tilbud når det gjelder kvalitet og ressursbruk?*

Studien avdekket at det bygges stadig flere botiltak og samlokaliserte boliger, og at det er en tendens til at flere boliger blir samlet på ett sted nå enn for ti år siden. I offentlige dokumenter legges det også nå mindre vekt på å holde graden av samlokalisering nede enn hva det gjorde i kjølvannet av HVPU-reformen. Kommunene begrunner denne utviklingen med både økonomiske og faglige hensyn. Erfaringene fra kommunene var at samlokaliserte boliger og bofellesskap ikke egner seg for alle, og at beboersammensetting er viktig for boligsituasjonen i botiltakene. Boligformen kan være krevende, men mange er også svært fornøyde med disse boligene. Hansen og Grødem (2012) fikk høre om både positive og negative sider ved bofellesskapene da de intervjuet brukere/brukerrepresentanter og tjenesteutøvere i kommunene. Bofellesskapene bidro med nye, fine leiligheter til brukerne, og flere trakk frem tryggheten ved å være nær en personalbase som viktig. utfordringer knyttet til beboersammensetning ble beskrevet av både brukere og tjenesteutøvere. Personer som ikke ønsket eller passet inn i boformen likevel ble plassert i bofellesskap. Stort press på kommunene om å tilby bolig til sine innbyggere gjorde at valgfrihet og tanker om beboersammensetning ble nedprioritert. Undersøkelsen avdekket også en bekymring for at boformen kunne bidra til fortsatt institusjonalisering av psykisk syke – at bofellesskapene ble for like institusjonsomsorgen og at selvråderetten ikke ble tilstrekkelig ivaretatt. Når det gjelder integrering har boformen ikke vist så gode resultater, men det er vanskelig å si hvor stor effekt boligformen har på dette. Tiltak som arbeid, aktivitet, bistand til transport og støttekontakt ble trukket fram som viktigere virkemidler enn selvstendige boligløsninger når det dreide seg om økt integrering i samfunnet. Hansen og Grødem fant at botiltakene i seg selv ikke nødvendigvis hemmer normalisering og inkludering, men at dette forutsetter at de som bor i botiltakene faktisk ønsker å bo akkurat der, samt at tjenesteyterne har et fokus på brukernes autonomi og selvbestemmelse. Det er viktig å være bevisst botiltakenes institusjonsliknende trekk, slik at det kan settes inn tiltak for å motvirke en eventuell utvikling som går i retning av institusjonsomsorgen. De skriver videre at kommunene bør ha et differensiert og tilstrekkelig boligtilbud slik at brukerne har en reell mulighet til å velge mellom ulike boligtyper, og slik at det kan tas hensyn til beboersammensetting i botiltakene for å sikre gode bomiljø.

Mari Line Eiken og Stine Helene Sunde (2012) har utført en brukerundersøkelse i regi av Praxis Sør. Undersøkelsen ble utført ved deres egen arbeidsplass, et bofellesskap, og problemstillingen var *«Hvordan oppleves det å bo i et kommunalt døgnbemannet bofellesskap?»* Studien viste at informantene satte pris på å ha et hjem, noe som var deres

eget. Fellesskapet med de andre beboerne ble beskrevet som både givende og utfordrende. For noen hadde det ført til nære vennskap og en mulighet for sosialt samvær, men samtidig kunne naboene virke påtrengende i stunder hvor informantene ønsket å være for seg selv. Noen av informantene opplevde at de ikke fikk nok bistand fra personalet, og at personalet er for bundet av rutiner og ukeplaner. Forfatterne konkluderer med at personalet bør ha mer fokus på behovene brukerne har her-og-nå, og basere tjenestene blant annet på dagsform.

Arnulf Kolstad og Helge Hagen (1988) utførte en studie med tittelen *Hvor vil psykiatriske pasienter være?* hvor de spurte et stort antall pasienter innlagt i psykiatriske sykehus om hvor de helst kunne tenke seg å være om seks måneder. Pasientenes egne ønsker ble sammenliknet med behandlernes vurdering av hva som ville være ideelt og realistisk på samme tidspunkt. De fant at mange av pasientene ikke hadde noen tanker om hvor de ønsket å være. Denne gruppen var kjennetegnet av at de var sykere, hadde dårligere sosialt nettverk, de var eldre og hadde lengre liggetid i sykehus enn de øvrige pasientene. Av de pasientene som hadde et ønske ville over halvparten inn i en egen bolig, mens omtrent en av fire ønsket å bli værende på sykehuset. Varigheten på sykehusinleggelsen hadde tydelig sammenheng med ønske om å flytte ut eller ikke. Jo lengre opphold, jo større ønske om å bli i institusjonen. Dette hadde også noe sammenheng med alvorlighetsgraden av den enkeltes lidelse. De ansatte i sykehusene favoriserte skjermede og bemannede boliger i større grad enn pasientene, muligens fordi de hadde bedre kjennskap til hvordan denne typen boliger fungerer enn hva pasientene hadde. Kolstad og Hagen konkluderte med at resultatene kunne tolkes som støtte til hypotesen om at langvarige institusjonsopphold fører til utvikling av passivitet og ønske om ytterligere institusjonalisering.

Audun Ådland skrev i 2003 en hovedfagsoppgave med tittelen *Hvordan opplever og erfarer beboer sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?* Han fant at informantene hadde et fokus på å få dekt behov som trygghet, sosial kontakt, forutsigbarhet og opplevelse av mestring når de beskrev livet i bofellesskapet. Ådland fremstilte i likhet med Hansen og Grødem (2012) videreføring av institusjonalisering som en bekymring når det gjaldt bofellesskap for personer med psykiske lidelser: «*Det ligger også en fare for at bofellesskap som arena i prinsippet kan ha de samme kjennetegn som den totale institusjon, bare i mindre format*» (s. 23). Ådland understrekte at personalet i boligene må arbeide svært bevisst når det gjelder holdninger til selvbestemmelse og maktbruk for at boligene skal ha et rehabiliterende potensial.

Eva Irene Ødegård skrev i 2013 en masteroppgave med problemstillingen: *På hvilken måte kan psykiske helsearbeidere bidra til å fremme eller hemme evne til å mestre eget liv hos menneske med alvorlige psykiske lidelser?* Hun intervjuet fem ansatte i boliger for mennesker med psykiske lidelser rundt hvordan de tilnærmet seg målsettingen om å fremme selvstendighet. Det kom fram at informantene så på det å signalisere tro på endring som en av personalets viktigste oppgaver. Ødegård (2013) skriver:

«For at mennesker skal komme seg er det nødvendig at det er mennesker rundt dem som ser noe annet enn bare sykdommen og som viser tro på at vedkommende kan komme seg videre. Å formidle håp er vesentlig selv om vedkommende selv har mistet det» (s. 11).

Et av hovedfunnene i denne studien var at personalet hadde ulik tiltro til beboernes potensial for endring og økt selvstendighet, og at dette påvirket måten de fulgte dem opp på. Informantene ønsket å bistå med å fjerne beboernes identitet som *kronisk syke*, men uttrykte likevel holdninger om at enkelte aldri ville bli friske, og at personalets fokus på selvstendighet noen ganger kunne være for stort. Informantene var også opptatt av at økt selvstendighet kun kan oppnås dersom beboerne selv er motivert for det. De snakket om beboere som ikke uttrykte ønske om endring – og hvorvidt det da er riktig at personalet påtvinger dem et fokus på økt selvstendighet. Ødegård (2013) beskriver et alternativt syn på dette:

«Å skulle forsøke seg på egenhånd på oppgaver en er usikker på om en klarer krever både mot og styrke, og det enkleste blir kanskje å la det være og dermed bli i komfortsonen. Spesielt kan dette bli gjeldende hvis ikke beboeren får støtte fra personalet i at det er bra å bevege seg ut på ukjent farvann. På sikt kan dette føre til uttrykk hos beboeren som 'gidder ikke' og 'ønsker ikke'. Slike uttrykk kan være forsvarsmekanismer da det å bevege seg ut av komfortsonen mot usikkerheten kan bli vanskelig» (s. 48).

Informantene problematiserte også sin egen tosidighet som hjelpere; deres oppgaver var både å motivere til selvstendighet og å yte omsorg, to funksjoner som på mange måter står i motsetning til hverandre. Bevissthet rundt hva som fører til økt selvstendighet og hva som kan føre til lært hjelpeavhengighet ble sett på som viktig for arbeidet i botiltakene.

Jeg vil til slutt nevne masteroppgaven til Ann-Christin M. Frestad (2013) med tittelen *Når jeg bor her får jeg ikke angst, men jeg får det godt og varmt i mitt hjerte*. Hun gjennomførte en kvalitativ studie blant beboere i kommunale bemannede boliger for mennesker med psykiske lidelser med problemstillingen: *Hvordan opplever mennesker som bor i kommunale*

bemannede boliger at tilværelsen i bofellesskapet påvirker den psykiske helsen? De fem informantene i denne studien fortalte at de opplevde bedre psykisk helse etter at de flyttet inn i bofellesskapene. Dette ble begrunnet med en følelse av trygghet, mulighet for sosialt samvær og tilgang til personal. Informantene fortalte om sin egen innsats i kontinuerlige bedringsprosesser, og om hvordan personalet i boligene bidro gjennom å være engasjerte, involverte og oppmerksomme. Informantene la også vekt på å unngå *sykeliggjøring* og behovet for å redefinere sin egen identitet og å bli kvitt identiteten som *psykisk syk*.

3.2 Internasjonale forskningsstudier

Bengtsson-Tops, Ericsson og Ehliasson utførte i 2014 en kvalitativ studie i Sverige hvor de intervjuet personer som bor i det de på engelsk kaller *supportive housing* om deres erfaringer rundt boligformen. I rapporten beskrives *supportive housing* som samlokaliserte rom eller leiligheter, hvor tjenester ytes av personale som er stasjonert rett i nærheten. Målsettingen med denne typen boliger er å sørge for rehabilitering gjennom å benytte seg av brukernes egne ressurser og kapasiteter, med fokus på opptrening av sosiale evner, selvstendighet og daglige aktiviteter. På bakgrunn av dette høres *supportive housing* til å være det engelske begrepet for det som i Norge kalles botiltak eller bofellesskap. Bengtsson-Tops et al. skriver at det utføres lite forskning på livserfaringene til personer med alvorlige psykiske lidelser og botiltak.

I denne studien kom det fram at beboerne satte pris på den tryggheten det å ha et eget sted å trekke seg tilbake til gir, samtidig som de satte pris på personal og naboer som de opplevde nærhet og tillit til. De opplevde det å være samlet som en gruppe av *psykisk syke*, og det å være avhengig av bistand fra hjelpere, som vanskelig og frihetsberøvende. Det å flytte ut av botiltaket ble assosiert med et bedre liv, høyere selvtillit og økt verdighet. Samtidig var det positive sider ved å være samlet som en gruppe; både beboere og personal hadde høy grad av aksept, respekt og forståelse for hverandre. De hadde også glede av hverandre når det gjaldt gjennomføring av aktiviteter. Informantene beskrev en tilværelse hvor de var usikre på sin identitet, hvilke sosiale roller de passet inn i, hvordan de skulle oppføre seg og hva andre krevde eller ønsket fra dem. De var opptatt av å sammenlikne seg selv med andre, og var spesielt vare for asymmetriske forhold til både personal, naboer og personer uten psykiske lidelser. Slike forhold gav dem en følelse av underlegenhet, usikkerhet og irritasjon. Når det gjaldt personalet beskrev informantene opplevelser hvor personalet brøt avtaler, kontrollerte

dem eller forsøkte å påvirke dem som eksempler på hvordan asymmetrien gjorde seg synlig. Det ble også synlig i studien at mange av beboerne i botiltak opplevde tilværelsen som kjedelig og monoton; blant annet på grunn av mange daglige rutiner, og stort fokus på selvhjulpenhet og husarbeid.

Bengtsson-Tops og medforfatterne oppsummerer funnene sine i to hovedkategorier. Det første er beboernes pendling mellom å oppleve trygghet, tilhørighet, uavhengighet og velvære og opplevelser av usikkerhet, avhengighet, kjedsomhet og avsky. De skriver at denne pendlingen muligens kan forklares som ambivalens knyttet til sine mål om utvikling og bedring. Beboernes følelse av avhengighet, kjedsomhet og passivitet kan ifølge forfatterne også forklares med det de kaller *social breakdown syndrome* som tidligere ble observert hos personer som oppholdt seg i sykehus over lengre tid. De skriver at dette funnet kan gi støtte til tidligere studier som antyder at botiltak kan være en arena for *trans-hospitalization*.

Det andre hovedfunnet de identifiserer er beboernes forventninger til at personalet både skal tilby emosjonell og eksistensiell støtte samt motivasjon når det gjelder endring og bedring, men at de i hovedsak opplevde at personalet dekket kun de basale behovene for mat og husvære. Forfatterne spekulerer i om personalet i boligene fokuserer for mye på huslige oppgaver som matlaging, husarbeid og så videre, og har for lite fokus på rehabiliterende aktiviteter som styrker beboerne. Dette kan være et resultat av for få ressurser, personalets utdanningsnivå og/eller et gap mellom botiltakenes målsetting og deres praktiske gjennomføring av arbeidet. Fokus på rehabilitering og bedring er ifølge forfatterne av denne studien et viktig element for å unngå at botiltakene blir for institusjonspreget.

Chilvers, Macdonald og Hayes gjorde i 2010 en gjennomgang av eksisterende litteratur som dreide seg om personer med alvorlige psykiske lidelser hvor de sammenliknet personer som bodde i såkalt *supported housing* med personer som mottok oppfølging som ikke var knyttet til boligen sin. De så på faktorene: nytte av tjenestene, mental helse, tilfredshet med oppfølgingen, sosial fungering, livskvalitet og økonomi. De fant at personer som bor i boliger med oppfølging opplever fordeler av dette, men at denne typen også kan ha negative konsekvenser i form av avhengighet til hjelpere og eksklusjon fra lokalsamfunnet.

4.0 KONTEKST

Jeg vil i denne delen av oppgaven beskrive bakgrunnen for utbyggingen av botiltak for personer med psykiske lidelser i Norge. Jeg vil gi en presentasjon av botiltakene i Trondheim kommune, samt gi en kort beskrivelse av hvordan disse boligene tildeles.

4.1 Norsk boligpolitikk

Bolig er i FNs menneskerettighetserklæring § 25 definert som et av grunnbehovene som ethvert menneske har rett på å få tilfredsstilt, på lik linje med mat og klær. Bolig er likevel ikke en juridisk rettighet i Norge. Helse- og omsorgstjenesteloven stadfester at kommunene skal medvirke til at vanskeligstilte skaffer seg en bolig, men det foreligger ingen forpliktelse til annet enn å tilby midlertidig husvære til de som ikke har tak over hodet (Ulfrstad, 2007).

Boligpolitikken har tidligere dreid seg om selve boligen; boligutbygging, økonomiske tiltak, husleieloven, med mer. Den siste tiden har boligpolitikken også begynt å dreie seg rundt det å bo (Ulfrstad, 2007). Man har sett at mange mennesker trenger hjelp til ikke bare å skaffe seg et sted å bo, men også til å klare å beholde en bolig og tilhørighet over tid (Hansen og Øverås, 2007). I 2002 gav Justis- og politidepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Sosialdepartementet ut et rundskriv, *Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold*, med det formål å forebygge utkastelse og bostedsløshet. Rundskrivet beskriver virkemidler som kan bidra til at den enkelte mestrer sin bosituasjon over tid, både økonomiske virkemidler, tjenester, og rutiner for tildeling, innflytting og når noe er i ferd med å gå galt.

Endringene i boligpolitikken har fordret et samarbeid mellom boligpolitikken og helse-, sosial- og omsorgspolitikken. Tidligere kunne personer ekskluderes fra boligmarkedet basert på en vurdering av *boevne*, og kommunene kastet folk ut fra boligen dersom de ikke klarte å tilpasse seg bosituasjonen i tilstrekkelig grad. Kommunene har nå i hovedsak gått vekk fra slike vurderinger, og forsøker å opprette boliger som er tilpasset alle brukergrupper gjennom bruk av fysiske tilpasninger og individuelle hjelpetiltak i boligen. Boligen har blitt en sentral arena for rehabilitering (Ulfrstad, 2007). Det har også blitt etablert et nytt arbeidsfelt på bakgrunn av endringene i boligpolitikken; *boligsosialt arbeid*. Som jeg nevnte i innledningen er dette et tverrfaglig arbeidsfelt med oppgaver knyttet til å bistå vanskeligstilte med å øke sine ressurser, og å redusere hindringer, når det gjelder å skaffe og opprettholde en god boligsituasjon (Ulfrstad, 2011).

4.2 Utbygging av botiltak for personer med psykiske lidelser

Endringene i boligpolitikken har skjedd parallelt med endringene i oppfølgingen av personer med psykiske lidelser som ble presentert i *Opptappingsplanen for psykisk helse*. De to dokumentene Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998): *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*, var hovedgrunnlaget for opptappingsplanen. Stortingsmeldingen inneholdt en gjennomgang og vurdering av tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser, med hovedvekt på alvorlige lidelser. Stortingsproposisjonen la frem en rekke tiltak basert på det som kom fram i stortingsmeldingen. Målet med opptappingsplanen var bedre tjenester for personer med psykiske lidelser, både når det gjaldt kvantitet og kvalitet. Utbyggingen av tilpassede boliger til personer med psykiske lidelser skjøt fart i løpet av denne planperioden (Holm, 2006). Ingen av de to politiske dokumentene i opptappingsplanen behandlet boligspørsmål i særlig stor grad, men det ble vedtatt å benytte øremerkede tilskudd til kommunene for å ruste opp de kommunale psykiske helsetjenestene, blant annet gjennom å bygge 3400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser (Hansen og Grødem, 2012).

Dyb og Myrvold (2009) fant i sin studie av utbyggingen av omsorgsboliger i regi av opptappingsplanen at de fleste (to av tre) av boligene til psykisk syke ble bygd som bofellesskap, altså samlokaliserte boliger med fellesarealer. Hansen og Grødem (2012) skriver at det var flere årsaker til at kommunene valgte å bygge samlokaliserte boliger. Hensynet til brukerne var én faktor, men også økonomiske fordeler og fordelene ved å ha større fagmiljø knyttet til tjenestene i boligene ble trukket fram som sentrale årsaker.

Husbanken gav i 2009 ut en veileder angående utforming av omsorgsboliger; *Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem, HB 8.F.7* (Husbanken, 2009). De la her frem noen generelle råd om utformingen av slike boliger. I veilederen ble det påpekt at det foreligger lite forskning som omhandler hvilke typer boliger som fungerer best for folk med psykiske lidelser, men at tilbakemeldinger fra kommunene tydet på at bofellesskap med gode muligheter for å regulere deltakelse i fellesskapet fungerer bra for mange. Bofellesskap beskrives som samlokaliserte og fullt utstyrte leiligheter som er tilknyttet et fellesareal med stue og kjøkken hvor det tilbys frivillige felles aktiviteter og måltider (Hansen og Grødem, 2012 og Husbanken, 2009). Ut ifra denne beskrivelsen av bofellesskap anser jeg det for å være likestilt med det Trondheim Kommune kaller *botiltak*.

4.3 Botiltakene i Trondheim Kommune

Trondheim Kommune opprettet en egen psykiatriplan fra 2002 til 2006, hvor en av målsettingene var å etablere inntil 80 nye boliger for personer med alvorlige, kroniske psykiske lidelser i løpet av planperioden. Midler fra opptrappingsplanen ble benyttet, og flere botiltak ble bygget i perioden (Holm, 2006).

Botiltakene i Trondheim er nå organisert i en egen enhet, *Enhet for botiltak, psykisk helse*. Enheten består av 8 botiltak som varierer i størrelse fra 7 til over 30 leiligheter. Kriteriet for å få tildelt bolig i enheten er at brukeren skal ha en alvorlig psykisk lidelse som vanskeliggjør å bo i en ordinær bolig. Alle botiltakene har bemanning på dag og kveld. Noen har også fast nattevakt mens andre er tilknyttet et ambulans nattevaktteam. Enheten tilbyr individuelt tilpassede tjenester basert på vedtak fra Helse- og Velferdskontorene. Tjenestene kan inkludere støttesamtaler, administrering av medisiner, veiledning knyttet til hygiene, matlagning og hushold, hjelp til å ta kontakt med andre offentlige instanser med mer. Hovedmålsettingen for botiltakene er slik jeg nevnte i innledningen å legge til rette for størst mulig grad av selvstendighet og mestring av hverdagen (Trondheim Kommune, 2013). Dette er i tråd med de politiske føringene i opptrappingsplanen og Sosial- og Helsedirektoratets veileder fra 2005, «*Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*».

4.4 Boligtildeling

Personer med psykiske lidelser kan være vanskeligstilte på boligmarkedet, og mange er helt avhengige av hjelp fra det offentlige til å skaffe seg bolig (Ulfrstad, 2011). Det er ikke nødvendigvis slik at personer med psykiske lidelser selv får velge hvor de skal bo. Hansen og Grødem (2012) fant i sin undersøkelse at mangel på boliger gjør at personer med psykiske lidelser noen ganger må flytte inn i boliger som ikke egner seg for dem eller som de ikke ønsker seg inn i. Mangelen på egnede boliger fører også til at det tas mindre hensyn til sammensetningen av beboere i botiltakene. Dette kan bidra til ustabilitet og dårligere botilbud for dem som allerede bor der. Ådland (2003) forklarer at mangelen på egnede boliger til personer med psykiske lidelser kan komme av at deinstitutionaliseringen i psykiatrien har vært en *langsom reform* som har foregått over tid, hvor målene har vært noe utydelige, og hvor kommunene ikke har fått tildelt ressurser nok til å gjennomføre de nye oppgavene de har blitt tillagt.

Trondheim Kommune skriver dette om tildeling av kommunale boliger i kommunen:

«Kommunens boligmasse og tilgjengelige boliger på tildelingstidspunktet vil være avgjørende for hvilken bolig som tildeles. Boligsøker må regne med en viss trangboddhet. (...) Tildeling av kommunal utleiebolig skjer på grunnlag av innvilgelsesvedtaket og i samsvar med kommunens gjeldende føringer for prioritering av målgrupper. Det skal tas hensyn til bomiljøproblematikk ved tildeling av bolig» (Trondheim Kommune, 2011b).

Dersom søkere takker nei til et botilbud som kommunen anser egnet kan de ble slettet fra ventelisten og følgende boligsøknader kan avslås (Trondheim Kommune, 2011b). I Trondheim Kommune stod det i mars 2011 70 personer med psykiske lidelser på venteliste for å få bolig, og gjennomsnittlig ventetid på bolig for denne gruppen var 16 måneder (Trondheim Kommune, 2011a).

Personer med psykiske lidelser kan altså oppleve begrensede valgmuligheter når det gjelder bolig, både på grunn av at de er vanskeligstilte på det private boligmarkedet og fordi det er mangel på egnede kommunale boliger. De kan også oppleve at behandlere, familiemedlemmer eller andre forsøker å gi råd om og/eller påvirke, hva slags bolig de skal søke om. Knut Kielland (2002) skriver at flere studier av pasienters og behandleres tanker om bolig etter utskrivelse viser at behandlerne favoriserer bofellesskap i større grad enn pasientene. Mange pasienter ønsker seg en mer selvstendig boform enn behandlerne tror vil være realistisk å få til, noe som vil være en utfordring når søknad om bolig skal behandles. Også familiemedlemmer tenderer å ønske seg bemannede boliger i større grad enn pasientene selv (Friedrich et al., 1999). Kolstad og Hagen (1988) skriver at denne tendensen kan skyldes at pasienter før flytting ikke har god nok kjennskap til bofellesskap og derfor ikke har gode nok forutsetninger til å vite om de ønsker å velge dette som sin boligform.

5.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for bakgrunnen for mitt metodevalg, og deretter vil jeg se nærmere på den praktiske gjennomføringen av studien. Jeg vil også diskutere metoden opp imot kriterier om reliabilitet og validitet, samt komme med noen etiske betraktninger når det gjelder gjennomføringen av studien.

5.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder benyttes når forskeren ønsker å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene hun skal studere. Kvalitative metoder bygger på teorier om fenomenologi og hermeneutikk; menneskelig erfaring og fortolkning (Malterud, 2003). Malterud skriver: «*Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng*» (2003, s. 31).

Innenfor fenomenologien er forskeren interessert i å få fram fordomsfrie beskrivelser av fenomenene. Hun er interessert i å forstå det hun studerer ut ifra informantenes eget perspektiv og synsvinkel, og å beskrive verden slik de oppfatter og erfarer den. Innenfor fenomenologien finnes det ingen *ytre sannhet*, virkeligheten er slik den oppfattes av subjektet (Kvale og Brinkmann, 2009).

I en hermeneutisk fortolkningsprosess fortolkes datamaterialet gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Ødegård, 2013). Man snakker om en hermeneutisk pendel eller spiral hvor forskeren beveger seg mellom forståelse av data og bruk av sin forforståelse og teori for å skape et meningsinnhold i det hun studerer (Kvale og Brinkmann, 2009).

Gjennomføring av intervju er en av de vanligste måtene å samle inn data på i kvalitativ metode. Kunnskap fra intervju blir skapt i et samspill mellom forsker og informant. Forskeren påvirker svarene som blir gitt, både gjennom det han/hun sier og gjør, og hvordan relasjonen til informanten utvikler seg. Formålet ved intervjuet er å fortolke meningen både av det som blir sagt, og måten det blir sagt på. Den som intervjuer må forholde seg åpen til nye og uventede fenomener, og forsøke å unngå ferdigoppsatte kategorier og fortolkningskjemaer. Samtidig bør forskeren ha en *kvalifisert naivitet*. Det vil si at en bør ha noe kunnskap om og

sensitivitet overfor forskningstemaet for å kunne stille de riktige spørsmålene, og for å kunne få fram mest mulig nyanserte svar (Kvale og Brinkmann, 2009).

Jeg ser på de fenomenologiske teoriene om forskning som sentrale når det gjelder mitt valg av målsetting for masterarbeidet. Jeg ønsket å bidra til at beboernes historier og synsvinkler om tema som det faglige miljøet rundt dem er opptatt av ble hørt. Mitt mål ved denne undersøkelsen var å bringe frem, og studere, personlige beskrivelser og erfaringer knyttet til bolig og selvstendighet. Med et slikt fenomenologisk utgangspunkt, og en problemstilling inspirert av dette, mente jeg at en kvalitativ tilnærming med intervju som datainnsamlingsmetode var mest hensiktsmessig. I arbeidet med analysering av data fra intervjuene var jeg inspirert av hermeneutikkens ideer om dette. Jeg benyttet både empiri, teori og egne tanker og erfaringer for å utvikle en dypere forståelse av temaene i studien.

Jeg valgte å gjennomføre intervju som dreide seg om flere tema jeg var interessert i; både bolighistorikk, tildeling av kommunal bolig, og opplevelse av selvstendighet og mestring knyttet til boforhold. Dette var tema jeg hadde hatt interesse for gjennom mitt arbeid i Enhet for botiltak, psykisk helse, og jeg hadde en del tanker og forforståelser omkring disse temaene på forhånd. Jeg forsøkte likevel å forholde meg eksplorerende til temaene i intervjuene framfor å jobbe ut ifra antakelser og detaljerte forskningsspørsmål. Jeg ønsket at de temaene informantene ønsket å snakke mest om skulle være det som fikk mest fokus i intervjuet, og senere også i analyse og diskusjon. Dette kan sies å være en induktiv tilnærming, hvor forskeren arbeider eksplorerende og på bakgrunn av sine data, framfor å arbeide deduktivt etter en bestemt hypotese eller teori (Tjora, 2010). Jeg vil diskutere innvirkningen av mine forforståelser og nærhet til det jeg forsket på i metodediskusjonen under.

5.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Jeg vil nå beskrive hvordan arbeidet med studien foregikk trinn for trinn, fra forberedelser og litteratursøk til rekruttering av informanter, gjennomføring av intervju, strukturering og analyse.

5.2.1 Forberedelser

Jeg brukte en del tid på å bestemme meg for hva jeg ønsket å forske på. Jeg visste at jeg hadde både interesse og engasjement for beboerne i *Enhet for botiltak, psykisk helse*, og ønsket gjennom masterstudien min å få frem stemmene til denne gruppen. Som jeg skrev i innledningen valgte jeg å se nærmere på temaene selvstendighet, mestring, boligtildeling og valgfrihet.

Jeg utarbeidet først en detaljert masterskisse (vedlegg 1). På bakgrunn av skissen laget jeg deretter en intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuguiden bygde jeg opp med tanke på å gjennomføre semistrukturerte intervju. Jeg vil komme tilbake til hva dette innebærer senere i kapittelet. Jeg ønsket å legge til rette for mest mulig oversikt, samt en så komfortabel intervjusituasjon som mulig for informantene. Jeg stilte derfor spørsmålene slik at jeg i stor grad fikk hendelser og informasjon i kronologisk rekkefølge, og stilte noen av de minst personlige og kompliserte spørsmålene først i intervjuet. Intervjuguiden bestod av åtte hovedspørsmål og en del stikkord til mulige oppfølgingsspørsmål. Jeg startet med spørsmål om informantenes bakgrunn når det gjaldt bolig og boligtildeling, fortsatte med spørsmål rundt dagens boligsituasjon, definisjonen av selvstendighet og mestring, og hvordan informantene relaterte seg selv til begrepene, og avsluttet med spørsmål om fremtidig boligsituasjon. Helt til slutt åpnet jeg for tilføyelser og kommentarer fra informanten. Jeg skrev så et informasjonsskriv til beboere/ansatte ved botiltakene (vedlegg 3) og et samtykkeskjema (vedlegg 4).

Før jeg kunne starte gjennomføring av undersøkelsen måtte jeg søke tillatelse til å samle inn og oppbevare data hos *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste* (NSD). Masterskisse, intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt inn sammen med søknaden, og jeg fikk på bakgrunn av disse dokumentene godkjent gjennomføringen av studien høsten 2014 (se vedlegg 5).

Som jeg også nevnte i innledningen så satte jeg meg ned og reflekterte rundt hvilke forforståelser, teorier og forventninger jeg hadde når det gjaldt problemstillingen min før oppstart med selve datainnsamlingen. Jeg ønsket med dette å redusere mine egne forforståelser sin effekt på resultatet av studien. Dette vil jeg komme tilbake til i metodediskusjonen.

5.2.2 Litteratursøk

Jeg søkte etter relevant litteratur både under forberedelsene til studien, og underveis i gjennomføringen. Jeg søkte etter både norske og internasjonale artikler med relevans for prosjektet, og foretok søk i *Bibsys* og *Google Scholar*. Aktuelle søkeord på norsk var: *bofelleskap, botiltak, psykiske lidelser, selvstendighet, empowerment, brukererfaringer, brukerundersøkelse, institusjonalisering* og *kvalitativ*. På engelsk benyttet jeg blant annet søkeordene: *supportive housing, community housing, supported housing, mental illness, institutionalization, qualitative study, empowerment* og *independence*. Søkeordene ble kombinert på ulike måter.

I de norske søkene fant jeg hovedsakelig studier gjennomført etter bestilling fra offentlige instanser, samt masteroppgaver. Jeg synes det var vanskelig å finne gode søkeord på engelsk da jeg var ukjent med de engelske begrepene rundt tematikken. Søkene på engelsk gav svært mange treff, det var derfor vanskelig å få en oversikt over treffene. Jeg fant likevel en del interessant og relevant litteratur som er presentert i kapittel 3 i denne oppgaven.

5.2.3 Rekruttering av informanter

Beboerne i botiltakene har alle en alvorlig, langvarig psykisk lidelse som påvirker dem på en slik måte at de har behov for oppfølging av personal i, eller i nærheten av, boligen sin. På bakgrunn av sin lidelse er det også flere som synes det er vanskelig å snakke med andre mennesker, mange klarer ikke å holde en samtale over lengre tid, noen har vanskelig for å forstå skriftlig informasjon og så videre. På bakgrunn av min kunnskap om beboerne i botiltak anså jeg det som lite hensiktsmessig å sende ut skriftlig informasjon til mulige informanter. Jeg var redd de ikke skulle åpne brevet, ikke lese det, eller ha vanskelig for å forstå innholdet. Jeg valgte derfor heller å benytte faglederne i hver enkelt bolig som *døråpnere*.

Rekrutteringen av informanter foregikk ved at jeg sendte en e-post til faglederne. Jeg spurte om de kunne gjøre undersøkelsen min kjent for ansatte og beboere ved å vise dem et informasjonsskriv og snakke litt om det. Personer som kunne være interessert i å stille til intervju kunne ta kontakt med meg direkte, eller gi beskjed til personalet, som så viderefremidlet kontakt med meg.

Jeg antok at det kunne bli vanskelig å rekruttere mange nok informanter og hadde derfor ikke andre inklusjonskriterier enn at informantene skulle være beboere i ett av botiltakene i Trondheim Kommune. Jeg hadde likevel et ønske om at begge kjønn skulle være representert i studien. Dette for å kunne ha muligheten til å undersøke om kvinner og menn tenker ulikt rundt temaene jeg ville ta opp. Jeg tenkte også at det ville være en fordel å få informanter fra flest mulig av botiltakene da det kan være ulike erfaringer, oppfatninger og måter å forholde seg til temaene på ved de ulike botiltakene. Jeg ble satt i kontakt med informanter fra fire ulike botiltak, hvor to av botiltakene er knyttet til samme personalgruppe. Ved to av botiltakene jeg tok kontakt med var det ingen beboere som ønsket å delta. Jeg rekrutterte ikke informanter fra de to botiltakene hvor jeg selv arbeider. Jeg intervjuet totalt sju personer, hvorav to var menn og fem var kvinner. De bodde i fire ulike botiltak, og mottok tjenester fra tre forskjellige personalgrupper. Informantene varierte i alder fra rundt tretti år til i overkant av seksti år.

5.2.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene foregikk vinteren 2014/2015, og jeg foretok alle intervjuene selv. Intervjuene foregikk i leilighetene til informantene og tok fra tjudefem minutter til omtrent en time. Jeg fikk tillatelse fra alle informantene til å benytte lydopptak av intervjuet. Før jeg startet gjennomføringen av intervjuene gikk jeg igjennom informasjonsskrivet (vedlegg 3), samt innhentet skriftlig samtykke (vedlegg 4) til deltakelse i studien.

Under intervjuene forsøkte jeg å møte informantene med en *kvalifisert naivitet* slik Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler. Jeg benyttet mine kunnskaper om temaet, samt kunnskap om samtaler og kommunikasjon, til å stille åpne og relevante spørsmål og oppfølgingsspørsmål, være sensitiv til det informantene fortalte, og til å skape en intervjusituasjon som følte trygg både for informanten og meg selv. Samtidig forsøkte jeg å legge vekk mine forforståelser for å unngå å påvirke informantenes bidrag.

Jeg ville gjerne ha data i form av historier fra informantene som var fortalt så fritt som mulig, men valgte likevel å gjennomføre semistrukturerte intervju med noen hovedspørsmål og en del stikkord skrevet ned i intervjuguiden. Jeg følte behov for denne strukturen, både på bakgrunn av min manglende erfaring med å gjennomføre intervju, og fordi jeg var usikker på hvordan informantgruppen ville forholde seg under intervjuet. Enkelte informanter snakker mye og fritt, andre foretrekker mer konkrete spørsmål. Gjennom noe struktur på intervjuene ville jeg forsøke å sikre informasjon om de temaene jeg var interessert i, og forhindre at samtalen skulle stagnere.

Det var stor variasjon når det gjaldt hvor lange svar informantene gav på de ulike spørsmålene. Jeg måtte prøve meg frem når det gjaldt hvor mange, og hvilke, oppfølgingsspørsmål jeg kunne stille uten å bli for detaljert eller personlig. Jeg måtte også variere måten jeg ordla meg på i intervjuene på en slik måte at de ulike informantene skulle forstå hva jeg stilte spørsmål om. Intervjuguiden ble derfor hovedsakelig en veileder under intervjuene.

Lydopptakene fra intervjuene transkriberte jeg så raskt som mulig etter gjennomføringen slik at jeg hadde de friskt i minnet. Dette gjorde det lettere å huske konteksten til det som ble sagt når intervjuene skulle skriftliggjøres. Jeg transkriberte på bokmål, gjorde setningene grammatisk korrekte, og utelot noen småord som «ehhh» og liknende. Dette gjorde jeg for å få fram meningsinnholdet i sitatene bedre for leseren. Informasjon om pauser i samtalen, latter og tonefall ble lagt til i klamme. De nedskrevne intervjuene ble på til sammen 127 sider.

5.2.5 Strukturering og analyse

Som utgangspunkt for analysearbeidet benyttet jeg fremgangsmåten *systematisk tekstkondensering* slik den står beskrevet i Malterud (2003). Dette er en analysemetode som passer godt når forskeren skal analysere data fra flere informanter samtidig i en *tverrgående* analyse. Analysemetoden er inspirert av den fenomenologiske analysemetoden til Giorgi. Giorgis metode egner seg best i analyser hvor man har lange, utfyllende intervjutekster basert på åpne intervju spørsmål (ibid.). Mine intervjutekster bestod av kortere tekstbiter og en del oppfølgingsspørsmål. Jeg anså derfor systematisk tekstkondensering som et godt utgangspunkt for analysearbeidet, men gjorde noen tilpasninger der jeg anså dette som mest hensiktsmessig. Analysen foregikk i flere trinn som jeg nå vil beskrive.

1. Oversikt og identifisering av aktuelle tema

Første steg i systematisk tekstkondensering er å få en helhetlig oversikt over dataene og å identifisere aktuelle tema for den videre analysen. Jeg gjennomførte alle intervjuene i studien samt transkriberingen av disse selv, og hadde derfor god oversikt over materialet. Jeg startet derfor denne delen av analysen med å skrive ned noen tema jeg ønsket å se spesielt etter i den påfølgende gjennomgangen av materialet:

1. Søknadsprosessen
2. Selvstendighet/mestring
3. Fremtidsønsker rundt bolig.

Dette var tema jeg hadde gått aktivt ut og stilt spørsmål rundt, og som var sentrale for problemstillingen til prosjektet. Jeg leste så igjennom intervjuene med disse teamene i bakhodet, samtidig som jeg var på utkikk etter andre tema som kunne være interessante å se nærmere på. Ved gjennomlesningen festet jeg meg ved fire nye tema:

4. Botiltakenes funksjon
5. Ensomhet/ønske om kjæreste
6. Institusjonalisering/lært hjelpeløshet
7. Beboersammensetting.

I analysearbeidet benyttet jeg derfor både *begrepsstyrt koding* og *datastyrt koding* (Kvale og Brinkmann, 2009), da noen av temaene var utviklet på forhånd på bakgrunn av problemstillingen, mens andre kom til ved gjennomlesning av dataene. I følge Malteruds beskrivelse av systematisk tekstkondensering skal forskeren i hovedsak benytte datastyrte koder i arbeidet, så jeg avvek her noe fra den beskrevne metoden.

2. Koding av meningsbærende enheter.

Jeg leste deretter over intervjuene en gang til og satte nummeret til de ulike temaene i margin der jeg mente å finne *meningsbærende enheter*. Med meningsbærende enheter sikter Malterud til de deler av teksten som gir kunnskap om temaene forskeren er interessert i. Denne prosessen betegnes som *koding* (Malterud, 2003).

I neste skritt av analysen reflekterte jeg over de ulike temaene jeg hadde kodet de meningsbærende enhetene inn under. Det ble tydelig for meg at min teoretiske

referanseramme allerede hadde virket inn på min analyse av dataene da begrep fra psykologien (institusjonalisering/lært hjelpeløshet) var tatt i bruk som tema uten at disse begrepene var nevnt av informantene. Oppdagelsen gjorde meg ekstra var på egne forforståelser, og jeg leste derfor over transkripsjonene en gang til for å undersøke om jeg kunne ha valgt tema og meningsbærende enheter ut ifra egne forforståelser eller antakelser. Jeg mente etter denne gjennomgangen av dataene at jeg gjennom de sju valgte kodene hadde fått en god oversikt over materialet og valgte derfor å beholde de opprinnelige kodegruppene et stykke videre i prosessen.

3. Tekstkondensering.

I følge Malterud (2003) skal forskeren i denne delen av prosessen samle kodegruppene under hvert tema i *subgrupper* og kondensere innholdet av disse i *kunstige sitat*. Jeg valgte å behandle seks av kodegruppene som helhet fordi de ikke var omfattende nok til å kunne deles opp i subgrupper. Kodegruppe nr. 2, *Selvstendighet og mestring*, var den mest innholdsrike kodegruppen. Denne valgte jeg å dele opp, og jeg kom fram til subgruppene: *Hva er mestring?*, *Hva er selvstendighet?*, *Trygghet som grobunn for selvstendighet*, *Hvordan oppnå mestring?*, *Selvstendighet kontra ensomhet* og *Opplevelse av selvstendighet*. Jeg skrev deretter oppsummerende sammendrag av det hver informant hadde gitt av informasjon under hver kodegruppe. Jeg lot være å formulere disse som kunstige sitat fordi jeg på bakgrunn av materialet mente at sammendrag gav bedre oversikt over innholdet.

4. Gjenfortelling og rekontekstualisering.

Etter å ha laget sammendrag av dataene fra hver informant innenfor kodegruppene laget jeg innholdsbeskrivelser for kodegruppene som helhet basert på data fra alle informantene. Samtidig merket jeg meg noen sitater som jeg anså som spesielt interessante eller illustrerende for kodegruppen/subgruppen.

I arbeidet med å kode dataene og å skrive sammendrag og innholdsbeskrivelser hadde jeg gått gjennom dataene mange ganger. Analysen av resultatene foregikk på mange måter parallelt med arbeidet med å strukturere dem. Jeg ble på bakgrunn av datamaterialet bevisst ulike perspektiv og problemstillinger knyttet til temaene. Flere begrep fra min faglige bakgrunn, slik som *institusjonalisering*, *trygg base* og *lært hjelpeløshet*, dukket fram i min bevissthet.

Analysearbeidet gikk videre inn i en fase hvor jeg skrev ned egne tanker og tolkninger rundt dataene, samtidig som jeg søkte etter relevant teori som kunne belyse disse temaene.

Etter hvert som jeg fikk bedre oversikt over de ulike kodene, og min forståelse av dem ble utdypet gjennom refleksjon og teori innså jeg at de opprinnelige sju kodene ikke strukturerte og presenterte innholdet på en god nok måte. Noen av kodegruppene overlappet, mens andre kodegrupper burde deles opp. På bakgrunn av min økende innsikt i innholdet av datamaterialet laget jeg nye kategorier å samle funnene inn under i resultatpresentasjonen. De nye kategoriene var:

1. Selvstendighet – uavhengighet og kontroll
2. Mestring – kontroll og motivasjon
3. Opplevelser og tanker rundt egen selvstendighet og mestring
4. Botiltakenes rolle i utviklingen av selvstendighet og mestring
5. Opplevelser av avmektighet og ambivalens
6. Boligtildeling og valgfrihet

De opprinnelige sju kodegruppene ble alle med i presentasjonen av funnene. Kodegruppe 2. *Selvstendighet og mestring* presenteres i de tre første kategoriene. Kodegruppe 5. *Ensomhet, ønske om kjæreste* bestod av data fra kun to av informantene, og jeg vurderte en stund å kutte den ut på grunn av dette. Jeg fant likevel at innholdet var interessant når det gjaldt opplevelse og utvikling av selvstendighet, så jeg valgte å ta kodegruppen med under kategorien *Opplevelser og tanker rundt egen selvstendighet og mestring*. Kodegruppe 4. *Botiltakenes funksjon* ble til kategori 4, *Botiltakenes rolle i utviklingen av selvstendighet og mestring*. Kodegruppe 1. *Søknadsprosessen*, 3. *Fremtidige ønsker om bolig* og 7. *Beboersammensetting* ble slått sammen under kategori 6, *Boligtildeling og valgfrihet*. Kodegruppe 6. *Institusjonalisering/lært hjelpeløshet* var gjenstand for ekstra mange refleksjoner. Jeg kom fram til at også denne koden burde deles opp da noe av innholdet handlet om botiltakenes innvirkning på beboerne, mens andre deler av innholdet handlet om deres opplevelse av avmektighet i forhold til personal/system og ambivalens når det gjaldt endring. Innholdet i kodegruppen ble derfor delt opp og ført inn under enten kategori 4, *Botiltakenes rolle i utviklingen av selvstendighet og mestring* eller kategori 5, *Avmektighet og ambivalens*.

På slutten av arbeidet med analysen gikk jeg tilbake til transkripsjonene av intervjuene. Jeg leste igjennom dem på nytt for å få et nytt overblikk over dataene og på denne måten redusere sjansen for å ha oversett viktig informasjon, for å ha *forvridd* informantenes utsagn, og for å

ha latt meg styre for mye av mine egne forforståelser og den teorien jeg hadde lest. Malterud (2003) omtaler denne delen av analysen som *rekontekstualisering*. Jeg ville gjerne underbygge funnene med flere sitater enn jeg hadde notert i første omgang, og fant derfor fram nye sitater jeg synes var sentrale for temaene jeg hadde studert.

Til slutt undersøkte jeg hvordan data fra hver enkelt informant ble representert i oppgaven. Jeg laget en sammenfatning av alle sitater og data jeg brukte fra hver enkelt informant. Slik fikk jeg en oversikt over i hvor stor grad utsagn fra de ulike informantene var benyttet, og jeg fikk et godt grunnlag for å ta en ny vurdering når det gjaldt deres anonymitet i oppgaven. Jeg kom fram til at alle informantene var godt representert i oppgaven, men at informant 1, 3 og 4 var mer sitert enn de andre. Årsaken til dette er nok at disse informantene under intervjuene hadde flere synspunkter og kom mer i dybden rundt de temaene jeg tok opp. Jeg vurderte det slik at de dataene som kom fram i oppgaven ikke ville tilkjenne informantene selv om ble satt i sammenheng med et informantnummer, og valgte derfor å føre opp informantnummer ved sitatene i oppgaven. Dette gjorde jeg for at leseren skal kunne identifisere de ulike informantenes bidrag og vurdere dem i sammenheng. Anonymisering av informantene vil jeg komme tilbake til i avsnitt 5.4.2 *Anonymisering*.

5.3 Metodediskusjon

Aksel Tjora (2010) skriver at de tre kriteriene *reliabilitet*, *validitet* og *generaliserbarhet* tradisjonelt sett er benyttet som indikatorer på kvalitet i forskning. I kvalitativ forskning benyttes også de fornorskede uttrykkene *pålitelighet*, *gyldighet* og *overførbarhet*. Jeg vil nå gjøre rede for hvordan jeg har forsøkt å oppfylle disse kriteriene i studien, og hvilke feilkilder som likevel kan ha hatt innvirkning på resultatet.

5.3.1 Pålitelighet

Reliabilitet/pålitelighet dreier seg om hvorvidt det er grunn til å stole på resultatene av studien. Ofte snakker man om at resultatene skal kunne reproduseres av andre forskere. Med andre ord skal resultatet være uavhengig av kjennetegn ved forskeren som har utført studien (Kvale og Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning vil en objektiv og nøytral forsker være en umulighet. Forskeren vil påvirke informantene gjennom den direkte kontakten de har, og analysen vil kunne farges av forskerens forforståelser. Forskerens rolle i prosjektet trenger

ikke kun å sees på som *støy*, men kan også bli en ressurs. Det er viktig å være bevisst sine egne holdninger og forforståelser før man starter forskningsarbeidet slik at man ikke ubevisst lar resultatet påvirkes av dem. Samtidig er det også viktig å benytte den kunnskapen man besitter til å stille de gode spørsmålene (Tjora, 2010). Malterud (2003) understreker at det er umulig å eliminere våre forforståelser, men at vi må innta en refleksiv holdning til oss selv som forskere. Det innebærer at vi erkjenner og reflekterer over betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen. Malterud skriver:

«Bruker jeg kvalitative metoder, er det spesielt viktig at jeg identifiserer og gjør meg kjent med mine hypoteser, slik at mine indre bilder ikke får lov til å overskygge empirien når materialet innsamles og bearbeides. Jeg skal altså være i stand til å gjenkjenne min egen hypotese, selv om jeg ikke skal teste den på tradisjonell måte med statistiske metoder (2003, s. 174)».

Som jeg nevnte i innledningen har jeg i denne studien utført det som kalles *forskning på egen praksis*. Jeg presenterte der noen av de forforståelsene jeg hadde i forkant av studien og min faglige og teoretiske bakgrunn. Min bakgrunn har påvirket meg som forsker på flere måter. Den har blant annet vært en drivkraft for mitt valg av tema og problemstilling for studien, den har påvirket hvilke spørsmål jeg stilte til informantene og hvordan jeg forholdt meg under intervjuene, og den har til en viss grad styrt min oppmerksomhet under analysearbeidet. Ved å ha en bevisst og reflektert holdning til min egen innvirkning på studien håper jeg å ha redusert sjansen for at min bakgrunn har påvirket resultatene på en slik måte at informantenes stemmer har kommet i bakgrunnen. En annen forsker, med en annen bakgrunn, ville kanskje likevel ha kommet fram til andre funn og tolkninger i denne undersøkelsen. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at i intervjuanalyser kan åpne for et *legitimt fortolkningsmangfold*, hvor ulike forskere kommer fram til ulike fortolknninger av de samme dataene. Det viktige for forskeren blir derfor ikke å komme frem til *den riktige* fortolkningen, men å begrunne de slutningene hun selv har tatt med gode beskrivelser, argumenter og bevis slik at de kan testes av leserne. Dette har jeg forsøkt å få til i presentasjonen av *funn og drøfting* i kapittel 6.

Min rolle som ansatt i to av botiltakene kan ha påvirket informantene på ulike vis. Informantene kan blant annet ha holdt tilbake informasjon i frykt for at jeg skulle videreformidle den til personalet i deres egen bolig. De kunne også ha vært redde for å si negative ting om botiltaket eller personalet i frykt for å såre meg. På den andre siden kan min arbeidserfaring fra botiltak ha gitt meg fortrinn i det å skape en trygg og god intervjusituasjon, og gjort meg i bedre stand til å stille gode spørsmål til informantene. Det er vanskelig å si noe

sikkert om hvorvidt slike effekter forekom, men jeg oppfattet informantene som åpne, ærlige og trygge under intervjuene. Ingen av dem stilte spørsmål rundt min rolle, eller sin egen anonymitet, utover den informasjonen de fikk av meg før intervjuet.

5.3.2 Validitet/gyldighet og overførbarhet

Validering av forskning vil si å stille spørsmål om dens gyldighet – hva er studien gyldig om, og under hvilke betingelser. *Relevans* er her et sentralt begrep, og det er flere spørsmål forskeren bør kunne svare på for å validere resultatene: Er resultatet relevant for vår opprinnelige problemstilling? Har vi samlet inn data på en hensiktsmessig måte? Er utvalget relevant for det vi ønsker å finne ut av? (Malterud, 2003). Validering er en prosess som foregår gjennom hele prosjektperioden fra valg av tema, metode og utvalg til gjennomføring av intervju, transkribering, analyse og formidling (Kvale og Brinkmann (2009).

Gjennom beskrivelsen av prosjektets bakgrunn og gjennomføring i kapittel 1 og 5 har jeg blant annet gjort rede for hvorfor jeg mener problemstillingen er relevant, begrunnet mine metodevalg og formidlet studiens praktiske gjennomføring. Jeg oppsummerer i kapittel 7 resultatene av studien i sammenheng med problemstillingen for å synliggjøre hvordan jeg gjennom studien har belyst denne. Jeg vil nå gjøre rede for noen elementer ved studien som kan ha påvirket dens validitet.

Det er flere forhold ved bruken av personal som døråpnere i rekrutteringen av informanter som kan ha hatt innvirkning på utvalget i studien. Personalet gjorde blant annet vurderinger av hvem de skulle informere om studien. De vurderingene som ble foretatt i forbindelse med dette ble ikke videreformidlet til meg. Jeg ser for meg at mulige utvelgelseskriterier kunne ha vært personalets opplevelse av informantenes psykiske helse, engasjement og refleksjonsevne, samt relasjonen mellom beboere og personalet. Personalet kan også ha hatt innvirkning på beboerne ønske om å delta eller ikke gjennom måten de formidlet informasjonen på, og gjennom sine egne holdninger til prosjektet og forskning generelt.

Utvalget jeg endte opp med ser ut til å være noe spesielt sammenliknet med beboergruppen i *Enhet for botiltak, psykisk helse* som helhet. For det første var ingen av informantene synlig preget av psykotiske symptomer under intervjuene, og de hadde tilsynelatende ingen problemer med å gjennomføre intervjuene. De virket reflekterte og engasjerte i de temaene som ble tatt opp. De virket også til å ha bestemte meninger og fikk til å uttrykke disse på en

tydelig måte. Gjennom min bakgrunn som ansatt i enheten har jeg møtt mange av beboerne i de ulike botiltakene. På bakgrunn av dette innser jeg at utvalget i denne studien består av beboere som er mindre preget av sin lidelse og bedre fungerende enn mange av de andre beboerne i enheten. Det kan være flere årsaker til dette skjeve utvalget, blant annet at personalet konsentrerte seg om å rekruttere de best fungerende beboerne, at det er disse beboerne som har de beste relasjonene til personalet, samt at det er nettopp disse beboerne som takker ja til å delta i forskning.

Det er vanskelig å si hva et mer representativt utvalg ville ha hatt å si for resultatet av studien. Sykdomssymptomer som psykose, angst og depresjon kan være svært forstyrrende, og beboere som befinner seg i en mer alvorlig sykdomsfase kunne derfor ha hatt vanskelig for å reflektere rundt abstrakte tema som selvstendighet og mestring. De kunne også ha hatt mindre kognitiv kapasitet til å reflektere rundt sin egen situasjon, både i fortid, nåtid og fremtid. For en person som er alvorlig psykisk syk kunne også intervju situasjonen ha blitt en belastning gjennom å tilføre nye inntrykk, tanker og et fremmed menneske til en allerede stressende tilværelse. Jeg er derfor usikker på om svært syke informanter kunne ha tilført noe nytt til studien, og ser etiske betenkeligheter ved å skulle ha intervjuet alvorlig syke beboere. Selv om beboerne jeg intervjuet var forholdsvis friske på intervju tidspunktet så fortalte de om perioder hvor de også hadde vært svært dårlige. Jeg tenker derfor at deres erfaringer og opplevelser ikke er så veldig annerledes fra de mer alvorlig syke beboerne i botiltakene.

En annen skjevhet ved utvalget er at det kun består av representanter fra halvparten av botiltakene i enheten. Dette kan ha påvirket resultatet på flere måter. Botiltakene kan være forskjellige når det gjelder blant annet utforming, rutiner, beboergruppe, aktivitets- og tjenestetilbud og personalgruppe. Dette kan ha betydning på hvordan informantene tenker rundt de temaene jeg ønsket å vite noe om, samt hvilke erfaringer de hadde rundt dette. Den ene boligen jeg arbeider i er en såkalt ROP-bolig (rus og psykiatri), og det kan tenkes at denne spesielle beboergruppen ser på temaene annerledes enn andre.

Selv om utvalget i denne studien ikke kan sies å være representativt for beboerne i botiltakene tror jeg at flere, både brukere og fagfolk, kan kjenne seg igjen i beskrivelsene til informantene, og at det slik sett kan sies å være en viss grad av overførbarhet av resultatene.

Denne masterstudien er mitt første forsøk på å gjennomføre et forskningsprosjekt. Jeg var helt uerfaren med å gjennomføre intervju på forhånd, og tenker at dette hadde innvirkning på gjennomføringen av intervjuene. På grunn av usikkerhet og manglende erfaring kan jeg blant

annet ha gått glipp av viktig informasjon ved ikke å stille spørsmålene på en god måte, ved ikke å finne gode oppfølgings spørsmål, ved å forlate tema for raskt, og så videre. Under intervjuene forsøkte jeg å forholde meg åpen til det som ble fortalt slik at jeg ikke skulle overse eller gå glipp av viktig informasjon. Jeg forsøkte også å sikre meg at jeg hadde forstått informanten riktig underveis ved av og til å oppsummere det som ble sagt og spørre informanten om det hørtes riktig ut. Min status som nybegynner kan likevel ha hatt en effekt på kvaliteten av intervjuene.

5.4 Etiske problemstillinger ved gjennomføring av undersøkelsen

5.4.1 Forskning basert på intervju av sårbare personer

Malterud (2003) nevner fire former for belastning deltakerne kan utsettes for gjennom en intervjuundersøkelse: psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse. For å redusere sjansen for unødig belastning på informantene anbefaler hun forskere å være spesielt tydelig på sine intensjoner, og gjøre et klart skille mellom intervju og terapeutiske samtaler. I dette prosjektet intervjuet jeg personer som sliter med psykiske lidelser. Disse personene kan av ulike årsaker være spesielt sårbare i en intervjusituasjon. Enkelte kan blant annet ha vanskelig for å sette klare grenser for hva de deler med andre og hva de ikke bør eller ønsker å dele. En kan også tenke seg at disse informantene har hatt flere negative livserfaringer enn de fleste andre, og at de under intervjuet bli oppmerksomme på tema, opplevelser og sammenhenger som opprører dem. Temaene jeg snakket med informantene om var sensitive. De dreide seg om informantenes personlige opplevelser og historier, deres oppfatninger om seg selv og boligen sin. På bakgrunn av min generelle kunnskap om informantgruppen anså jeg det som spesielt viktig at jeg opptrådte varsomt under gjennomføringen av intervjuene. Jeg var også spesielt oppmerksom på å gi informasjon om frivillighet og anonymisering.

5.4.2 Anonymisering

Forskeren har et ansvar for å beskytte sine informanter mot negative konsekvenser av deltakelse i studien. Å bevare informantenes anonymitet kan være en viktig del av dette ansvaret (Malterud, 2003). Temaene jeg tok opp i intervjuene kunne være av både personlig og privat karakter. De involverte blant annet personlige historier og vurderinger av arbeidet som utføres i botiltakene. Jeg anonymiserte derfor alle data i oppgaven. Det var flere årsaker

til dette, blant annet å unngå at informantene skulle føle seg blottlagt eller at de skulle oppleve negative reaksjoner fra andre på grunn av sin deltakelse i studien. Jeg ba informantene om også å ta vare på andres anonymitet ved ikke å nevne navn eller andre sensitive opplysninger om andre personer i intervjuene.

Jeg valgte å tilkjenne hvilken kommune og enhet undersøkelsen ble gjennomført i. På bakgrunn av kommunens store størrelse og det forholdsvis høye antallet beboere i *Enhet for botiltak, psykisk helse* vurderte jeg det slik at dette ikke ville gå ut over anonymiseringen av informantene. Jeg anså bakgrunnsinformasjon om kommunens arbeid og enhetens målsettinger og oppbygning som relevant for studien, og ønsket derfor å inkludere denne informasjonen i oppgaven.

For å anonymisere informantene ble blant annet navn, adresse, alder og kjønn utelatt fra oppgaven. I ytterligere forsøk på å bevare anonymiteten til informantene benyttet jeg kun korte sitater i oppgaven, jeg gjengav sitatene på bokmål og valgte å omtale alle informantene som *hun*. Dette utelukket muligheten til å diskutere informantenes bidrag i lys av deres ulike personlige kjennetegn. Under rekrutteringen av informanter hadde jeg vært interessert i å ha begge kjønn representert i utvalget fordi det kunne være interessant å se på om det utpekte seg noen forskjeller mellom kjønnene når det gjaldt deres tanker og opplevelser rundt selvstendighet og mestring. Fordi det kun var to menn blant informantene, fordi utvalget var så lite, og på bakgrunn av at personalet i boligene visste hvem som hadde deltatt i studien måtte jeg utelate en diskusjon av mulige kjønnsforskjeller for å bevare anonymiteten til informantene.

Bruken av personalet i boligene som døråpnere kan ha ført til økt sjanse for gjenkjennelse i og med at de vet hvilke beboere som deltok i undersøkelsen. Jeg informerte informantene om at dersom jeg var i tvil om ivaretagelsen av deres anonymitet så kom jeg til å vise dem teksten og be om godkjenning før publisering. I avsnitt 5.2.5 beskrev jeg hvordan jeg på slutten av analysearbeidet gikk igjennom hvordan hver enkelt informant var representert i presentasjonen av data fra intervjuene. På bakgrunn av denne gjennomgangen så jeg ikke noe behov for å innhente ekstra godkjenning fra noen av informantene.

5.4.3 Respekt og frivillighet

Forskningsintervjuet er en situasjon hvor maktbalansen er skjev. Informanten blir bedt om å gi noe av seg selv, mens forskeren sitter på mest informasjon om studien og har makt til å analysere svarene som blir gitt. Forskeren har et betydelig ansvar for å behandle informantene med respekt gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2003).

Jeg forsøkte under intervjuene å utvise informantene respekt gjennom måten jeg ordla meg på og gjennom mitt kroppsspråk. Jeg ønsket å signalisere åpenhet, ærlighet og interesse for deres bidrag. Jeg gjorde det klart for informantene at de selv valgte hva de ønsket å fortelle meg. Ved et par anledninger ønsket ikke informantene å gå mer inn på tema som ble tatt opp, jeg forfulgte da ikke disse videre. Jeg ville ikke presse informantene til å snakke om tema som ble for vanskelige eller for private.

Som forsker med nærhet til det jeg studerer måtte jeg være ekstra bevisst på å respektere informantenes bidrag. På bakgrunn av mine forforståelser stod jeg i fare for å fortolke og fordreie det informantene sa slik at det passet inn i mine forforståelser. Jeg gjorde flere grep for å minske muligheten for at noe slikt skulle forekomme. Jeg har forsøkt å gjøre det tydelig gjennom hele oppgaven hva som er data direkte fra informantene, og hva som er mine analyser og refleksjoner rundt det informantene fortalte.

Når mennesker blir bedt om å fortelle om sine opplevelser kan det dukke opp tanker og sammenhenger de selv har glemt eller ikke sett tidligere og som opprører dem. Forskeren kan også få kjennskap til forhold som er uverdige og som bør tas tak i (Malterud, 2003). Som medmenneske og fagperson har jeg en plikt til ikke å overse slike hendelser. Dersom informantene etter intervjuene trenger hjelp eller oppfølging må jeg som forsker ta tak i dette og sørge for at de får den hjelpen de trenger. I mitt prosjekt opplevde jeg ikke noe slikt.

6.0 FUNN OG DRØFTING

Jeg vil i denne delen av oppgaven gi en fremstilling av sentrale funn i studien, og drøfte disse i lys av aktuell teori og forskning. Jeg vil i hovedsak presentere informantenes tanker og opplevelser rundt selvstendighet og mestring. Jeg ser både på hvordan de definerte begrepene, hvordan de relaterte seg selv til dem, hvordan de så på botiltakenes rolle når det gjaldt deres selvstendighet og mestring, og opplevelser enkelte hadde hatt av å være avhengige og avmektige. Jeg vil deretter skrive litt om informantenes opplevelser rundt boligvalg og tildeling av bolig. Alle informantene gav verdifull informasjon under intervjuene, men de kommer til syne i noe ulik grad og i ulike deler av gjennomgangen under. Enkelte deler av informasjon fra informantene er benyttet flere steder da de er relevante for flere av temaene. Til sist i dette kapittelet vil jeg presentere noen avsluttende refleksjoner rundt to tema som pekte seg ut i løpet av arbeidet med studien. Disse presenteres under overskriftene 6.7.1 *Ulike perspektiv på selvstendighet – normalisering og empowerment* og 6.7.2 *Selvstendighet som universell målsetting*.

6.1 Selvstendighet – uavhengighet og kontroll

Da jeg spurte informantene om hvordan de ville definere begrepet selvstendighet knyttet de det blant annet til selvhjulpenhet; som det å gjennomføre oppgaver i hjemmet, for eksempel renhold og matlaging. Det å disponere penger godt, å komme seg ut av leiligheten på egen hånd, å pleie sosiale kontakter, og å handle inn det de trenger, ble også nevnt som en del av det å være selvstendig. Informant 1 svarte: «*At jeg skal klare å begynne å komme meg ut og sånne ting da. Selvstendigjøring, å komme meg ut, å klare å ta bussen dit selv*». Informant 3 la blant annet vekt på det å opprettholde sosiale kontakter: «*Selvstendighet for meg det er at jeg har kontakt med venner og familie og sånn. Og så er det også at jeg drar ut på egen hånd for å handle og sånn*». Informant 5 svarte kort og godt: «*Det å klare seg selv i hverdagen*», og informant 7 svarte: «*Det må være å mestre hverdagen selv da. Å klare seg selv best mulig*».

Å ta egne avgjørelser ble også av enkelte trukket frem som et viktig element ved det å være selvstendig; «*Å ta egne avgjørelser og gjennomføre dem*» var informant 2. sin definisjon av begrepet, mens informant 6. svarte: «*Fri vilje i forhold til handlinger*». Informant 4 svarte slik:

«Det er jo muligheten til å klare seg best mulig selv da. Å få muligheten til det uten at andre skal komme og styre og ta over ting som du ikke har lyst til at de skal ta over».

I teorikapittelet skrev jeg om ulike definisjoner av begrepet selvstendighet, og hvordan selvstendighet kan romme flere elementer; uavhengighet og selvhjulpenhet, og selvbestemmelse og kontroll (jfr. Kollstad, 2008 og Helgøy et al., 2000). Disse elementene gjenspeilet seg også i informantenes definisjoner av begrepet, men informantene vektet dem noe ulikt i intervjuene. Noen hadde mye fokus på å håndtere dagligdagse oppgaver, mens andre hadde mer fokus på å ha kontroll over det som skjer når det gjelder blant annet sykdom, medisiner og aktiviteter.

Beboerne jeg intervjuet innså alle at de hadde behov for bistand på enkelte områder. Selv om alle hadde noe behov for bistand følte flertallet av informantene i denne studien at de hadde god kontroll på hva slags bistand de ønsket å motta, og når. Med et fokus på selvstendighet som selvbestemmelse og kontroll over egen tilværelse ville de derfor ha et godt utgangspunkt for å oppleve seg selv som selvstendige.

Selvstendighet som uavhengighet virket på bakgrunn av deres bistandsbehov som et uoppnåelig ideal for informantene. På bakgrunn av dette mener jeg at et fokus på selvstendighet som selvhjulpenhet og uavhengighet for denne gruppen ville kunne føre til avmektighet, skuffelser og motløshet slik også Kollstad (2008) og Wifstad (2002) beskriver. Jeg tenker at uoppnåelige mål vil også kunne føre til lavere forventninger til egen mestring; og dersom man ikke tror man kan nå et mål så lar man også være å forsøke (jfr. Bandura, 1977). I kapittel to skrev jeg, basert på Nordhelle (2004b) og Bandura (1977) sine tanker rundt mestringsforventning, motivasjon og handling, om utvikling av mestring som en slags spiral. På bakgrunn av dette mener jeg at individer som strekker seg etter et uoppnåelig ideal av selvhjulpenhet og uavhengighet vil kunne havne i en *negativ spiral* når det gjelder utvikling av mestringsopplevelser, hvor lav mestringsforventning fører til at de unngår å handle, uavhengig av om de kjenner på motivasjon og ønske om endring.

6.2 Mestring – kontroll og motivasjon

I tillegg til informantenes tanker rundt begrepet selvstendighet ønsket jeg å vite mer om deres forståelse av begrepet mestring. Flere av informantene hadde vanskelig for å definere hva mestring innebærer, og det synes for flere å være vanskelig å skille de to begrepene *selvstendighet* og *mestring* fra hverandre.

Informantene fortalte om mestringsopplevelser i ulike sider av tilværelsen, blant annet ved håndtering av hverdagslige sysler, sosiale aktiviteter, og sykdomssymptomer. Informant 3 beskrev det slik: *«Om man ikke nødvendigvis blir frisk så skal man likevel mestre hverdagen da, de små og store problemer»*. Informantene knyttet ikke nødvendigvis mestring til det å klare noe på egen hånd. Informant 4 uttalte blant annet:

«Du kan jo mestre en ting selv om du trenger hjelp til en ting», og forklarte videre: *«Det er jo det at en finner en måte å få hverdagen til å fungere på da. At du vet hvor du skal oppsøke folk dersom du har et problem. At du på en måte kjenner at det greier jeg selv, og det mestrer jeg i hverdagen, mens det trenger jeg hjelp til, for eksempel. At du føler at du har kontroll over det da»*.

Informant 1 og 3 beskrev blant annet en mestringsopplevelse rundt det å kjenne igjen signaler på at man begynner å bli dårligere, for så å benytte seg av personalet og andre tilgjengelige ressurser og redskaper for å unngå ytterligere forverring og i verste fall innleggelse i sykehus. Informant 1 beskrev dette slik:

«For eksempel kan jeg tenke at det er en slags mestring hvis jeg, i stedet for å ende opp med å skade meg, rekker å gå til personalet å si at jeg må ha en samtale for nå begynner det å bli veldig rotete i hodet mitt».

Informant 3 fortalte:

«Jeg kom på en annen ting som er litt viktig for meg å mestre da. Det er altså den psykiske tilstanden. Det er jo ikke bestandig at jeg har gode dager jeg heller da kan du si. Jeg kan jo for eksempel slite bitte litt med angst, for eksempel. Da er det viktig for meg å mestre at jeg ikke blir slått helt ut av angsten da. At jeg på en måte mestrer det også».

Mestring ble også av enkelte informanter knyttet til egen motivasjon, til å gjennomføre det de setter seg som mål. Informant 3 beskriver det slik: *«sånn i forhold til mine egne begrep i alle fall, så mestrer jeg det jeg vil mestre da»*. Og informant 5 sa: *«Jeg er jo en stabukk da. Og jeg*

vil gjerne få det til. Ja, jeg er ganske gira på det jeg har bestemt meg for. Det får jeg til altså».

Basert på disse beskrivelsene knyttet informantene opplevelse av mestring til to faktorer: kontroll og motivasjon. De opplevde mestring som det å ha kontroll over situasjonen de befant seg i, samt det å gjennomføre oppgaver de selv var motiverte for, enten alene eller med bistand. Dette er sammenfallende med beskrivelsene av mestring i Antonovskys salutogenesemodell (Antonovsky, 2012) og på nettsidene til Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring (2014).

6.3 Opplevelser og tanker rundt egen selvstendighet og mestring

Informantene hadde ulike erfaringer når det gjaldt det å leve uavhengig, innleggelse i sykehus, arbeid, familieliv og utdanning. Felles for alle informantene var at de tidligere hadde forsøkt å bo i ordinære boliger, og at de hadde opplevelser av at dette etter hvert ikke fungerte for dem. To av informantene fortalte om mange år med hjem, familie og arbeid før sykdommen hadde tatt overhånd. Flere av de andre informantene hadde vært så syke helt siden ungdommen at de ennå ikke hadde opplevd en såkalt *normal* tilværelse uten behov for bistand.

Informantene gav i intervjuene uttrykk for å oppleve selvstendighet i ulik grad og på ulike områder. På spørsmål om hun følte seg selvstendig på nåværende tidspunkt svarte informant 2: «*Ja, stort sett. Jeg er mye i byen og sånn da*». Hun virket fornøyd med å dra til byen på egen hånd hver dag. Dette var noe hun ikke hadde gjort tidligere, og hun nevnte disse byturene i flere ganger i vår samtale rundt temaene mestring og selvstendighet. Men da jeg etter en stund oppsummerte hennes utsagn når det gjaldt temaet så lo hun litt og sa «*litt av et liv du!*». Jeg oppfattet denne kommentaren som humoristisk, men ærlig. Jeg tenkte videre at informanten kjente på forventninger, fra seg selv, meg og/eller andre, om at hun burde fylle dagene med noe annet enn byturer.

Informant 4 fortalte at hun noen ganger savnet tilværelsen hun tidligere hadde hatt i en ordinær bolig. Hun hadde da vært mer aktiv, oppsøkende sosialt og selvstendig enn det hun opplevde seg selv som nå. Informant 5 fortalte at hun følte seg selvstendig «*etter hva jeg vil*». Hun hadde blant annet bistand til å holde leiligheten i orden, og fortalte at dette ikke gikk ut over hennes oppfattelse av seg selv som et selvstendig menneske. Dette var et område i

hverdagen hun ikke hadde lyst og evne til å håndtere selv. Informant 6 fortalte at hennes opplevelse av seg selv som selvstendig var avhengig av hvilken form hun var i: *«Når jeg er bedre får jeg være selvstendig»*. Informant 7 syntes det var vanskelig å skulle være selvstendig på bakgrunn av fysiske smerter. Hun hadde vært avhengig av omsorg fra familien i svært mange år, og benyttet fortsatt sitt private nettverk til bistand når personalet i boligen ikke kunne, eller ville, hjelpe henne.

Informant 1 og 3 uttrykte at de så på seg selv som veldig selvstendige, og de mente at de hadde blitt mer selvstendige etter at de flyttet inn i botiltaket. Begge var bestemte på å fortsette å bo i botiltaket fordi de knyttet sin opplevelse av å bli mer selvstendig til blant annet tryggheten de kjente på ved å bo i sin nåværende bolig. De knyttet ikke selvstendighet til det å skulle klare seg helt på egen hånd. Informant 1 uttalte:

«Jeg vet at jeg av og til er avhengig av de rundt meg for å få noen ting til å gå rundt og sånn. Og det..., men det er jo derfor jeg bor der jeg bor" og "Jeg føler jo meg selvstendig selv om jeg noen ganger føler at jeg lempet noen av problemene, når jeg snakker sammen med personalet, over på dem».

Jeg fikk inntrykk av at de fleste av informantene hadde innfunnet seg med å ha behov for hjelp fra ulike tjenesteytere på nåværende tidspunkt, og at en tilværelse helt uavhengig av hjelpere virket fjernt for dem. Informantene fortalte i hovedsak at de hadde god kontroll på hvor mye bistand de ønsket å motta fra personalet i boligen, og til hva; *«det er opp til meg hvor mye jeg vil ha med personalet å gjøre»* (informant 3).

Flere av informantene nevnte områder hvor de ønsket å utvikle seg og bli mer selvstendige. Dette dreide seg om å bli flinkere i hverdagslige sysler, komme seg mer ut med venner, starte med aktiviteter/jobb eller flytte til en ordinær bolig. Informant 2 og 5 knyttet sine muligheter for å bli mer selvstendige til det å få en kjæreste. Informant 2 uttrykte: *«Jeg har ønsker og drømmer og sånne ting, men jeg trenger kanskje en kjæreste eller noe sånt til å starte med da. Det er drivkraften det vet du»*.

Informant 3 og 7 ønsket seg mer bistand fra personalet i fremtiden. Begge disse knyttet hovedsakelig bistandsbehovet opp imot sin fysiske helse. Informant 3 ønsket å bli mer selvstendig når det gjaldt sosiale aktiviteter og nettverk, men så for seg å ha økt behov for praktisk bistand i fremtiden. Informant 7 kjente seg i så dårlig form at hun ikke klarte å gjøre mer selv, hun synes allerede hun fikk for lite bistand. Hun fortalte at hun følte seg presset av personalet til å gjennomføre oppgaver som hun ikke følte seg i form til å ta selv, og at dette

virket utmattende på henne. Hun ønsket derfor å få bistand til flere av de hverdagslige systemene slik at hun fikk mer tid og energi til å drive med en hobby som gav henne mye glede.

Informant 6 hadde et noe anstrengt forhold til selvstendighetsbegrepet. Hun mente vår kulturs fokus på selvstendighet er noe overdrevet, og sa at hun ikke anser selvstendighet som et *ideal* for sin tilværelse. Hun sa hun kjente at det føltes godt å kunne dele problemer, tanker og oppgaver med personalet i perioder hvor hun hadde behov for det: *«Jeg er vant til å bestemme selv. I tillegg er jeg glad for at jeg, hvis jeg ikke kan slappe av, kan legge børen på personalet. Det er egentlig en slags sikkerhet».*

Oppsummert kan man si at informantene opplevde å være selvstendige på ulike områder, og i ulike grader. De fleste informantene hadde også, i tråd med de overordnede målene til botiltakene, mål om å mestre flere oppgaver etter hvert og å øke sin opplevelse av selvstendighet. Informantene var likevel også klare på at de hadde behov for bistand, og at dette behovet ville vedvare over tid. For noen av informantene var behovet for bistand og opplevelsen av å være selvstendig knyttet til svingninger i deres psykiske helse, med både gode og dårlige perioder. To av informantene opplevde at tryggheten i botiltaket gav dem grobunn for økt selvstendighet.

Informant 6 og 7 skilte seg noe ut fra resten av gruppen ved at de ikke hadde noe fokus, ønske eller mål om å bli mer selvstendige. Informant 6 opplevde fokuset på selvstendighet som kunstig og slitsomt. Hun kjente selv at det føltes riktig å bo slik hun bodde nå, og å motta bistand tilpasset sin egen dagsform. Hun hadde verken ønske eller mål om å endre på noe av dette. Informant 7 opplevde mye frustrasjon på bakgrunn av personalets fokus på selvstendighetsutvikling og mestring av hverdagslige oppgaver. Uenighet om målsetting mellom beboere og personal i botiltakene, samt opplevelser av urimelige krav og forventninger fra personalet har også blitt dokumentert i andre studier (Ødegård, 2013, Taksdal et al., 2006, Eiken og Sunde, 2012, og Bengtsson-Tops et al., 2014).

På bakgrunn av disse funnene vil jeg hevde at målsettingen om økt selvstendighet og mestring, og deltakelse i ulike oppgaver med utgangspunkt i dette, for enkelte personer med psykiske lidelser kan oppleves som utmattende, urimelig og uønsket. Det kan være flere årsaker til dette. I noen tilfeller kan den psykiske lidelsen være så plagsom at beboeren ønsker og trenger et større fokus på omsorg og bistand, slik også Taksdal et al. (2006) beskriver. I andre tilfeller kan manglende uttrykk for ønske om endring være et resultat av hvor beboeren er i endringsprosessen, og følelser av ambivalens og avmakt (jfr. Prochaska et al., 1992, og

Bengtsson-Tops et al., 2014). Jeg vil komme tilbake til opplevelser av ambivalens og avmakt senere i kapittelet. Til sist ønsker jeg å legge til at ideologiske og kulturelle forskjeller kan føre til at mennesker vektlegger selvstendighet og mestring ulikt (jfr. Hjertnes et al., 2005). Jeg mener at disse funnene illustrerer hvor viktig det er å reflektere rundt det å ha et politisk definert mål om økt selvstendighet og mestring i psykisk helsearbeid, og at det i alle fall må være tydelig hvordan politikere og fagfolk definerer disse begrepene. Jeg vil komme tilbake til dette på slutten av kapittelet.

6.4 Botiltakenes rolle i utviklingen av selvstendighet og mestring

Informantene beskrev flere mulige roller botiltakene kunne ha når det gjaldt å fremme eller hemme selvstendighet og mestring.

6.4.1 Trygghet og selvstendighet

Flere av informantene snakket om det å føle seg trygge som et sentralt behov for dem. De knyttet opplevelse av trygghet til reduksjon av sykdomssymptomer som psykose, angst og depresjon. Botiltaket med dets personalbase representerte en kilde til trygghet for disse informantene, og de følte at de etter innflytting hadde fått gradvis bedre psykisk helse, og dermed også nye muligheter til å øke sin selvstendighet. Fire av informantene (informant 1, 3, 4 og 6) uttrykte bekymring for at en eventuell endring i bosituasjon ville føre til en forverring av deres psykiske helse og gjøre dem mindre selvstendige igjen. De samme fire informantene fortalte om vekslende grad av selvstendighet knyttet til både fysisk og psykisk helse. Noen ganger trengte de mye hjelp og følte seg avhengige av denne hjelpen, mens de i andre perioder klarte det aller meste på egen hånd og kjente seg selvstendige. Det gav dem trygghet å vite at hjelpen var nær i de periodene de trengte den. Informant 1 beskrev dette slik:

«Jeg føler at å bo slik som dette faktisk ... Noen kan tenke at det ikke er særlig selvstendigjørende, men jeg synes at det er det på mange områder. Uansett hva andre sier så synes jeg det. Altså, for meg så blir det selvstendigjørende. Alle trenger jo noen å støtte seg til innimellom uansett. Og her har du jo fagfolk som oftest, og da gir det meg på en måte mer enn om jeg skulle ha bodd for meg selv. Noen vil sikkert kalle det mer selvstendigjørende å bo for seg selv og sånn. Men jeg føler meg ikke avhengig av de som jobber her likevel, selv om jeg bor her».

Informant 4 så også på tryggheten i botiltakene som en mulig hemmende faktor for sin egen selvstendighet. Hun fortalte blant annet at hun hadde blitt mindre sosialt oppsøkende etter at hun flyttet inn i botiltaket, dette fordi sosiale relasjoner nå var så lett tilgjengelige at hun kunne slippe å utfordre seg selv for å oppnå sosial kontakt med personer utenfor botiltaket.

Trygghet ble av informantene i denne studien vektlagt som et viktig behov, og botiltaket ble beskrevet som en kilde til å få dekket dette behovet. Vektleggingen av trygghet har også blitt omtalt i andre brukerundersøkelser utført i botiltak (Hansen, 2006, Hansen og Grødem, 2012, Ådland, 2003 og Frestad, 2013). Som jeg nevnte i kapittel 2 har Maslow (1943) skrevet at personer med psykiske lidelser kan ha ekstra store behov for trygghet, og at de benytter seg av samme strategier som barn for å få dekket dette behovet. Informantenes beskrivelser av hva tryggheten i botiltakene representerte for dem gav meg assosiasjoner til begrepet *trygg base* som stammer fra utviklingspsykologien (Hetherington og Parke, 1999). Min vurdering er at botiltakene for flere kan fungere som en trygg base, og at de på denne måten representerer et viktig bidrag i den enkeltes selvstendigjøringsprosess.

Botiltakene og deres tryggende effekt trenger derimot ikke bare å virke fremmende på selvstendigheten til beboerne. Tryggheten kan også føre til mindre integrering i samfunnet utenfor botiltaket. Dette gav informant 4 et godt eksempel på, og liknende funn beskrives av Chilvers et al. (2010). Jeg tenker at beboerne i botiltakene kan befinne seg i en spenning mellom trygghet og stabilisering på den ene sida og utfordringer, utvikling og selvrealisering på den andre. Dersom beboerne og/eller personalet fokuserer for mye på å tilfredsstille behovet for trygghet kan de havne i en posisjon hvor de ikke tør eller orker å utfordre til endring og utvikling i retning av selvstendighet og selvrealisering. Dette i frykt for at endring skal føre til mindre trygghet og forverring av deres psykiske lidelse

6.4.2 Arena for mestringsopplevelser og tro på endring

Informant 4 var spesielt opptatt av at botiltakene kan fungere som tilretteleggere for mestringsopplevelser, samt bidra i selvstendigjøringsprosessen gjennom at personalet har tro på endring når beboerne selv er i tvil om hva de kan få til. Hun uttrykte at botiltakene bør ha fokus på et lett tilgjengelig aktivitetstilbud, og sørge for at beboerne får informasjon om ulike tilbud som kan være aktuelle. Hun understrekte også at personalet må signalisere at de har tro på at beboerne kan klare å mestre nye oppgaver og situasjoner, og at dette hadde vært avgjørende for at hun selv hadde kommet seg et stykke videre i riktig retning. Hun beskrev en

opplevelse fra sitt eget liv hvor hennes lave selvtillit gjorde at hun ikke engang vurderte å prøve noe nytt før personalet informerte henne om et aktivitetstilbud som kunne passe for henne, og signaliserte tro på at dette var noe de mente hun kunne klare. Hun fortalte:

«Jeg har jo hatt så dårlig selvtillit, så jeg har jo fått liksom den troen på det at: 'nei, jeg kan jo ikke gjøre noen ting.'». Videre sa hun: «Nå har jeg jo vært ute fra arbeidslivet og skole i ti år. Da er det veldig vanskelig å tenke ... Det er så fremmed for meg det å skulle være i noe arbeidsliv og sånne ting».

Informanten hadde bodd i boligen i flere år før personalet foreslo dette aktivitetstilbudet for henne, og hun fortalte at hun inntil da hadde hatt et inntrykk av at personalet mente hun var for syk til å kunne delta på noe slikt.

Det informant 4 beskrev viser at manglende ønske om endring kan komme av mangel på tro og håp, og at dersom hverken beboeren eller de ansatte har forventning til mestring så er det mindre sannsynlig at noen tar initiativ for å få det til. Sammenhengen mellom mestringsforventning og handling ble også beskrevet i Nordhelle (2004b) og Bandura (1977). Barth og Näsholm (2007) beskriver i sin fremstilling av SOC-modellen også motløshet og manglende tro på egen mestring som et hinder for endring. Opplevelsene til denne informanten illustrerer hvor viktig det er at personalet i botiltakene er optimistiske og håpefulle på vegne av beboerne. Dette ble også understreket i Ødegård (2013) sin undersøkelse. Gjennom å signalisere håp og tro kan personalet bidra til å øke selvtilliten og selvstendigheten til beboerne. Informant 4 fortalte også noe om hva som kan skje dersom personalet lar være å signalisere tro på ressurser og endring; de står da i fare for stilltiende å bekrefte og forsterke beboernes lave selvtillit.

6.4.3 Maktforhold, institusjonalisering og sykeliggjøring

Noen av informantene fortalte om opplevelser og erfaringer som fikk meg til å reflektere rundt botiltakenes potensial til å bidra i negative prosesser som undertrykking, sykeliggjøring og institusjonalisering av beboerne. Dette er prosesser jeg anser som hemmende for utviklingen av økt selvstendighet.

To av informantene gav uttrykk for at de i enkelte situasjoner følte at personalet ønsket å kontrollere dem, og at de opplevde dette som vanskelig og undertrykkende. Det dreide seg da i hovedsak om rutinene rundt utdeling av medisiner, samt spørsmål om hvor de hadde tenkt seg, hvor lenge de skulle være borte og så videre. Begge disse informantene fortalte historier

om hvordan de av og til bryter med de avtalte rutinene for selv å få kontroll over hvordan ting skal foregå. Informant 4 fortalte blant annet:

«Du føler noen ganger at de skal ta styringa litt mye overfor deg. At det har blitt en del tull med medisiner, og at de vil vite hvor du skal være og sånn som jeg mener de ikke har noe må gjøre med i det hele tatt. Hvor jeg drar hen ... Når de begynner å spørre hvor jeg skal så synes jeg at det blir et overtramp, for det synes jeg ikke de har noe med».

Informant 5 fortalte:

«Men jeg er ikke så flink til å møte opp der klokka 11 jeg nei. For jeg vil dirigere det der ... Dirigere det der selv, på en måte. Og så tenker jeg noen ganger at ... Ja, at jeg vil bestemme det selv. Derfor så er jeg litte granne sløv med å komme til medisintidene da. For jeg gidder ikke at de skal styre medisinene mine».

Informant 4 og 5 tydeliggjorde med sine fortellinger om opplevelser av kontroll og undertrykkelse hvordan personalet i botiltakene kan være potensielle maktutøvere (jfr. Bourdieu, 1996, Levin, 2004, Ylvisaker, 2014) og hvordan beboerne er vare for dette og opplever det som vanskelig (jfr. Bengtsson-Tops et al., 2014). Personalet har flere ulike funksjoner i botiltakene. De arbeider tett på beboerne og kan derfor stå i fare for å krenke brukernes autonomi og privatliv (jfr. Hansen, 2006). Mange av personalets funksjoner bærer preg av omsorg og fokus på frivillighet, mens andre funksjoner kan oppleves mer som kontroll og bruk av makt. Utdeling av medisiner kan slik informantene her beskrev være konfliktfylt da det innebærer å forholde seg til forholdsvis fastsatte tidspunkt og steder. Jeg tenker i likhet med Ylvisaker (2014) at det kan være utfordrende å kjenne på maktforholdet mellom tjenesteyter og beboer. For å unngå maktmisbruk og krenkelser mener jeg at det er viktig at personalet er åpne, reflekterte og observante når det gjelder maktforholdet mellom seg selv og beboerne, og at de bestreber seg på å benytte minst mulig av sin makt til å utøve blant annet kontroll og overtalelse.

Noen av informantene fortalte historier om hvordan botiltakene kan ha bidratt til å opprettholde rutiner, holdninger med mer fra institusjonsomsorgen. Spesielt informant 3 hadde opplevd at flere rutiner fra institusjonen hun flyttet ut fra ble overtatt av personalet i boligen. Etter en tid i botiltaket opplevde hun disse rutinene som unødvendige, og hun beskrev i intervjuet hvordan hun selv gradvis tok et oppgjør med rutinene: *«Men det sa jeg jo faktisk fra om ganske snart, at det var unødvendig da».*

Informant 4. lurte på om de sosiale ressursene i botiltaket kan ha gjort henne, og andre beboere, mindre oppsøkende i forhold til andre sosiale relasjoner og arenaer: «*Man blir kanskje fratatt litt den der selvstendige given som man kanskje får i sterkere grad om man ikke ble flyttet til en sånn bolig*».

To av informantene hadde opplevd at de *måtte* ut fra institusjonen hvor de oppholdt seg, og hadde ikke selv hatt noe stort ønske om å flytte ut fra sykehuset: «*de skulle ha meg ut fra [navn på institusjonen]*» (informant 2), og: «*Det har jo skjedd store forandringer i psykiatrien. Og så var det sånn at det var ikke meningen at folk skulle bo, være, så lenge på psykiatrisk sykehus da. De skulle liksom ut, føres tilbake til det vanlige livet da*» (informant 3). Informant 4 fortalte at hun hadde vært innlagt i sykehus i så lang tid at hun på det tidspunktet hun skulle søke bolig så på det å skulle flytte til en ordinær bolig som skremmende. Folk rundt henne, familie og hjelpere, hadde i tillegg rådet henne til å søke botiltak, så da hadde hun tenkt at dette var det beste alternativet. Nå lurte hun likevel på om hun hadde blitt mer selvstendig og hadde klart seg fint i en ordinær bolig dersom hun hadde fått muligheten til å forsøke. Hun kjente fortsatt ubehag ved tanken på ikke å ha personal i nærheten, men trodde dette kom av at hun var blitt så vant med det framfor et reelt behov for bistand.

Som jeg har beskrevet over fortalte altså flere av informantene om redsel og motstand ved utskrivning fra sykehus, redsel for å flytte fra botiltaket, en følelse av det å være avhengig av å ha personal tilstede, videreføring av sykehusrutiner og de gav uttrykk for et stort behov for bistand og trygghet. På bakgrunn av disse beskrivelsene fra informantene kan det se ut til at botiltakene står i fare for å opprettholde vaner og holdninger som er skapt innenfor institusjonsomsorgen. Det er også nærliggende å tro at flere av informantene kunne være påvirket av effekten av å være innlagt over lengre tid (jfr. Goffman, 1961 og Kolstad og Hagen, 1988), og at botiltakene ikke nødvendigvis klarte å bryte med denne effekten. Dette har også vært et tema i andre studier av botiltak (Hansen og Grødem, 2012, Ådland, 2003, Bengtsson-Tops et al., 2014 og Chilvers et al., 2010).

Informant 1 fortalte om en psykolog som mente at hun ble sykeliggjort av boligformen, og som rådet henne til å flytte fra botiltaket så raskt hun ble frisk nok: «*Jeg har en psykolog da, som mener at jeg skal ut herfra så fort som mulig fordi han mener at det ... at det sykeliggjør meg at jeg bor en slik plass, med bare syke folk rundt meg og sånne ting*» Informanten selv var uenig i dette da hun mente boligformen var nødvendig for at hun skulle kunne leve mest mulig selvstendig. Hun følte behov for de trygge rammene botiltaket gav henne: «*Det er jo på*

en måte en trygghet det at jeg har ... at jeg bor ... at det jobber noen her. Men det er jo selvfølgelig enklere å slippe opp for at andre skal ta over bekymringene mine. Men jeg tror ikke de (personalet) gjør det sånn».

Informant 1 var uenig med psykologen sin om at botiltaket kan sykeliggjøre henne. Jeg er likevel enig med denne psykologen i det at å bo i botiltak kan bidra til sykeliggjøring gjennom at både personalet og beboerne selv opprettholder, og har fokus på, beboernes rolle som *psykisk syke* og avhengige av bistand. Å unngå sykeliggjøring, og å slippe å bli omtalt som *psykisk syk*, har også vært tema for andre studier i bofellesskap (Frestad, 2013 og Bengtsson-Tops et al., 2014).

6.5 Opplevelser av avmektighet og ambivalens

Flere av informantene fortalte om tanker og opplevelser som tyder på at endringsprosesser er kompliserte. Informantene virket preget av både avmektighet og ambivalens når det gjaldt det å utvikle seg og å bli mer selvstendig.

To av informantene ønsket å flytte fra botiltaket, men synes av ulike årsaker det var vanskelig å gjennomføre en flytting. Informant 2 hadde et ønske om å flytte ut, men signaliserte at hverken hun selv eller andre rundt henne var overbevist om at dette kunne gå. Hun uttrykte blant annet:

«Nå lurere jeg på hvordan jeg skal komme meg ut herfra», «Det føles som det går an, men så har jeg noen sperrer på det. Nei, det blir stress ja. Det skal jeg love deg», «Og så er det andre som har ei annen mening», og: «Jeg må ha trua på det i alle fall, hvis jeg skal realisere det».

Informant 7 uttrykte en sterk frustrasjon over at personalet ikke kunne, eller ønsket, å gi henne så mye bistand som hun selv mente hun hadde behov for. Konfliktnivået med personalet, og hennes følelse av ikke å få de tjenestene hun mente hun hadde krav på gjorde at hun hadde ønske om å flytte fra botiltaket. Likevel ble hun holdt tilbake av usikkerhet om hvor hun skulle dra, og om hun ville klare seg der hun kom.

For tre av informantene virket det som at tilværelsen i botiltaket opplevdes svært behagelig, og at det å beholde dagens status var målsettingen heller enn å arbeide mot å bli mer selvstendig. To av dem kom med utsagn som tydet på at de kviet seg for å sette seg nye mål,

blant annet på bakgrunn av tidligere erfaringer av at de ikke har oppnådd det de ønsket.

Informant 1 sa dette om det å bli mer selvstendig:

«Det kan jeg jo sikkert, men ... akkurat nå så tar jeg rett og slett en dag av gangen og ... noen ganger må du jo prøve å planlegge litt, men jeg har opplevd en del ganger at når du har planlagt så har ikke alt gått etter planen da».

Informant 6 uttrykte:

«Egentlig begynner jeg å bli vant til å ikke sette mål fordi jeg vet ikke hvordan jeg blir i formiddag eller i ettermiddag. Det er veldig ... Altså jeg blir ... Jeg er ikke vant til å leve sånn, men jeg har begynt å leve hver dag som går. Jeg blir bare misfornøyd med meg selv hvis jeg skriver en plan, og så klarer jeg det ikke ...».

Informant 1, 3 og 6 gav alle uttrykk for ubehag ved tanken på å flytte ut fra botiltaket, og var veldig bestemte på at de ønsket å bli boende i botiltak så lenge de kunne. Informant 3 fryktet at hun skulle bli dårligere dersom hun noen gang måtte flytte fra botiltaket: *«Det vet jeg jo, at det fungerer ikke å bo for meg selv nå lenger. Nei, jeg må ... Da hadde jeg kommet til å bli dårlig rett og slett».* Informant 1 fortalte om sine tanker rundt dette:

«Jeg tror jeg hadde blitt lei meg hvis jeg hadde fått beskjed om at 'nei, du får ikke lov til å fortsette å bo her', liksom. Og så hadde jeg bare sittet der og 'men hva skal jeg gjøre nå da?'. Og så er det sånn at jeg kanskje ... Selv om noen synes det ikke er nødvendig, at jeg bor her kanskje litt lenger enn det som er nødvendig for å få det så stabilt som mulig før jeg eventuelt finner en ny bolig. For jeg er jo også redd for at det blir stabilt her og sånne ting, og så går det bra her, og så da jeg skal jeg flytte ut herifra og så bare 'bang!' og så går det ...».

Jeg fikk under intervjuene inntrykk av at informant 2 og 7 virkelig ønsket å flytte fra botiltaket, men at de av flere årsaker fant dette vanskelig. De hadde motstridende følelser når det gjaldt å flytte, og hadde vanskelig for å finne ut hvordan de skulle starte på prosessen.

De informantene som var avvisende til å endre på dagens situasjon begrunnet dette hovedsakelig med frykt for forverring av sin psykiske helse, samt med tanker om at de ikke setter seg mål fordi det føles så vondt når de ikke lykkes. Jeg ante på bakgrunn av dette både ambivalens og avmektighet når det gjaldt endring hos informantene. Opplevelser av ikke å ha fått til det de hadde prøvd på, lav selvtillit, for lite støtte fra omgivelsene og frykten for tilbakeskritt hadde ført til at det var vanskelig å arbeide for endring, og at noen av informantene rett og slett hadde sluttet å ønske seg, og tenke på, endring og muligens kunne

sies å være i en tilstand av *lært hjelpeløshet* (jfr. Smith og Mackie, 2000). Manglende uttrykk for ønske om endring hos beboere i botiltak ble også beskrevet av Ødegård, 2013. Endring kan være vanskelig, skremmende og energikrevende, og ambivalens vil være helt naturlig i slike prosesser (jfr. Barth og Näsholm, 2007 og Ødegård, 2013).

6.6 Boligtildeling og valgfrihet

Jeg fikk under intervjuene inntrykk av at prosessen rundt boligtildeling av de fleste ble opplevd som noe uklar. Alle informantene hadde vært så psykisk dårlige i den perioden det ble søkt om bolig at de ikke hadde fått til å delta i denne prosessen selv i noen særlig stor grad. Dette resulterte i at de ikke helt visste, eller husket, hvordan søknadsprosessen om bolig i botiltak hadde foregått. Noen husket hvem som hadde tatt ansvar for prosessen, mens andre bare antok at de hadde fått hjelp til å søke av ansatte i kommunen eller i institusjonen hvor de hadde oppholdt seg på det tidspunkt søknaden ble sendt. Informant 6 beskrev perioden hvor søknaden ble sendt slik: *«Jeg var så fjernet fra virkeligheten i ensomhet. Jeg var ikke i virkeligheten i forhold til sånne praktiske spørsmål»*. Informant 1, 3 og 6 hadde vært bevisste på at de ønsket å bo i botiltak da søknaden ble sendt. Informant 4 beskrev at mennesker rundt henne rådet henne til å søke om botiltak, at hun var svært usikker på seg selv, og at hun derfor søkte om botiltak framfor å flytte tilbake til den leiligheten hun tidligere hadde bodd i. Informant 2 og 7 opplevde å ha blitt søkt inn i botiltak uten at de hadde bedt om det, eller ønsket det selv. Disse to informantene uttrykte også ønske om å flytte ut av botiltaket igjen, men opplevde dette som vanskelig av ulike årsaker. Informant 5 hadde bodd i en bolig ved botiltaket en stund før hun ble knyttet til personalet i botiltaket.

Informantene opplevde å ha hatt lite valgfrihet når det gjaldt boligtype og plassering. De måtte ta det de fikk. Noen av informantene måtte vente i flere år på å få tildelt bolig etter at søknaden var sendt. Tre av informantene (4, 6 og 7) beskrev at de hadde hatt negative opplevelser med naboene og mente at kommunen burde ta mer hensyn til hvem de plasserte sammen i botiltakene. Problemene dreide seg hovedsakelig om rus, støy og blotting. Informant 4 sa: *«Noe jeg synes skulle vært annerledes det er vel den miksen av folk, beboere, som bor her. Jeg har ikke noe sansen for det at man skal mikse stoffmisbrukere med folk med psykiske problemer»*. Informant 6 uttalte at hun synes det virker altfor vanskelig å få beboere som er negative for bomiljøet i botiltaket fjernet.

Informantene hadde altså vært lite involvert i valg og ervervelse av sin bolig i botiltaket. Dårlig psykisk helse og mangel på aktuelle boliger var ifølge informantene blant årsakene. Noen av informantene var klare på at de ønsket å bo i botiltak, mens andre virket «plassert» der av behandlere eller familie. Dette er sammenfallende med funn fra andre undersøkelser som viser at botiltak er bedre kjent for, og vurderes som mer positivt av, behandlere og familiemedlemmer enn av brukerne selv (Kolstad og Hagen, 1988, Kielland, 2002 og Friedrich et al., 1999). Informantene i denne studien fortalte også om vanskelige naboforhold som førte til utrygghet og frustrasjon. Det kunne se ut til at hensyn til beboersammensetting hadde blitt satt til side til fordel for andre hensyn. En av årsakene til dårlige beboersammensettinger i botiltakene kan være mangel på boliger, og særlig mangel på boliger i botiltak (jfr. Hansen og Grødem, 2012). Manglende mangfold i boligmassen kan også være en årsak til vanskelige beboersammensettinger i botiltakene (jfr. Taksdal et al., 2006).

Jeg mener at beskrivelsene av vanskelige beboersammensettinger tyder på at enkelte beboere faller utenfor rammene til botiltakene, og at dette kan bli en kilde til utrygghet og konflikt både for brukeren selv og personene rundt han eller henne. Et større antall boliger, et bredere mangfold i tilbudet, bedre individuelle tilpasninger av boliger og muligheter for å velge hvor en vil bo vil kunne føre til bedre trivsel og større stabilitet i boforholdene til personer med psykiske lidelser (jfr. Ogilvie, 1997).

6.7 Avsluttende refleksjoner

Jeg har tidligere beskrevet hvordan informant 7 uttrykte sterk frustrasjon over at det ble stilt krav til henne om egeninnsats og medvirkning på tross av at hun selv følte hun hadde et stort behov for praktiske tjenester og omsorg. Da jeg i etterkant av dette intervjuet reflekterte rundt det som ble fortalt identifiserte jeg meg først med de ansatte i botiltaket hvor hun bodde. Jeg så på hennes motstand til disse aktivitetene som mulige tegn på institusjonalisering eller ambivalens, og tenkte det var klokt å forsøke å motivere og utfordre henne til å delta i mest mulig av de daglige aktivitetene i husholdet. Etter hvert som jeg studerte dataene fra intervjuene og fikk lest mer teori om selvstendighet, mestring, normalisering og empowerment, ble jeg oppmerksom på en alternativ forståelse av det denne informanten hadde fortalt meg. Jeg så nå at informanten på grunn av sitt sykdomsbilde kunne ha behov for å slippe en del av sine plikter og hverdagslige sysler slik at hun fikk mer overskudd til å fokusere på lystbetonte aktiviteter. Disse aktivitetene ville på bakgrunn av deres positive

betydning for informanten gi henne gode muligheter for opplevelse av mening og mestring. Arbeidet med denne studien, og særlig intervjuet med informant 7, gjorde meg oppmerksom på to tema for videre refleksjon. For det første hvordan begrepet selvstendighet kan forstås på ulike måter og hvordan bruken av begrepet har innvirkning på psykisk helsearbeid. For det andre begynte jeg å reflektere rundt det å ha en overordnet målsetting om økt selvstendighet og mestring i psykisk helsearbeid. Jeg ønsker nå å gå litt nærmere inn på disse temaene som en avslutning på analysen.

6.7.1 Ulike perspektiv på selvstendighet - normalisering og empowerment

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg blitt oppmerksom på hvordan selvstendighetsbegrepet kan defineres på ulike måter. De to ulike dimensjonene ved begrepet, selvstendighet som selvhjulpenhet/uavhengighet og selvstendighet som selvbestemmelse/kontroll kan sees i sammenheng med de to ulike tanketradisjonene normalisering og empowerment. Normalisering innebærer et fokus på å bistå beboerne med å gjennomføre daglige, nødvendige oppgaver som gjør dem mer uavhengige og selvhjulpne. Empowerment har mer fokus på å følge beboernes indre motivasjon, og å øke deres kontroll og selvbestemmelse over egen tilværelse (jfr. Kollstad 2008).

Jeg har også gjennom arbeidet med studien sett at bruken av de ulike definisjonene av begrepet kan ha noe å si for hvordan psykisk helsearbeid utføres, samt hvordan beboerne relaterer seg selv til det å være selvstendig. Jeg mener derfor at det er viktig å være tydelig og bevisst på hvilken definisjon av begrepet som gjelder når det benyttes som både politisk og faglig målsetting for det psykiske helsearbeidet som foregår rundt omkring i kommunene. Fagmiljøene kan slik jeg ser det gjennom å være bevisste på de to svært ulike dimensjonene selvhjulpenhet/uavhengighet og kontroll/selvbestemmelse bedre sikre at de arbeider med motiverende, realistiske og forsvarlige forventninger og målsettinger sammen med sine brukere. Dette vil igjen kunne redusere opplevelser av skuffelser, opplevelser av ikke å strekke til, avmakt og motløshet, noe som igjen vil gi bedre forutsetninger for å skape mestringsopplevelser og økt selvstendighet.

Som jeg nevnte tidligere i analysen mener jeg at resultatene i denne studien peker i retning av at psykisk helsearbeid rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser hovedsakelig bør fokusere på selvstendighet som selvbestemmelse og kontroll over egen tilværelse, at fagfolk bør benytte empowerment som overordnet ideologi, og at de må tone ned fokuset på

selvhjulpenhet. Personer med psykiske lidelser har ikke nødvendigvis noen tydelige og åpenbare funksjonsnedsettelse som stopper dem fra å klare hverdagslivets oppgaver selv. Deres utfordring kan ligge i ikke å ha nok energi og fokus til å klare disse oppgavene samtidig som de skal ivareta sin livskvalitet og sine interesser på andre områder. Jeg tenker at fokus på selvhjulpenhet i verste fall kan virke hemmende for mulighetene for utvikling på andre områder. Normaliseringsarbeid, med fokus på ressurser og å utvikle evner og ferdigheter hos individet, kan likevel ha en positiv innvirkning på menneskers mestring og selvstendighet, men kun under forutsetning av at det er individet selv som ønsker å ha dette fokuset, og på bakgrunn av realistiske forventninger til hva han eller hun kan klare. Sammenhengen mellom selvhjulpenhet på den ene siden, og selvbestemmelse på den andre, ble også av Normann et al. (2008) beskrevet på denne måten. Som jeg nevnte i kapittel 2 ser de ikke på selvhjulpenhet og uavhengighet som elementer av selvstendighetsbegrepet, men som mulige midler på veien mot økt selvstendighet i betydningen *selvbestemmelse*. Normalisering på den måten som Borge (2006) foreslår – sosial integrering gjennom å øke samfunnets toleranse og åpenhet for det som er annerledes – vil også kunne være en nyttig innfallsvinkel i det psykiske helsearbeidet. Denne typen normaliseringsarbeid innebærer mindre sosial kontroll over individet enn den tradisjonelle oppfattelsen av begrepet.

En mer bevisst bruk av normaliserings- og empowermentideologiene, og et syn på selvstendighet som kontroll og selvbestemmelse, vil slik jeg ser det kunne styrke arbeidet som foregår i botiltakene. Ved en slik bevissthet vil personal og beboere kunne få mer fokus på individets egenart, interesseområder og gjennomføring av aktiviteter som den enkelte er motivert for, samt mer åpenhet for at enkelte beboere ikke har som målsetting å bli mer selvhjulpne eller uavhengige. Dette samsvarer med den utviklingen som beskrives av Ridgeway og Zippel (1990); et skifte av fokus som retter seg fra selvstendighet som selvhjulpenhet og uavhengighet, og til en holdning mer rettet mot hva som fungerer for den enkelte, og med fokus på *nok* bistand, integrering og valgfrihet.

6.7.2 Selvstendighet som universell målsetting

I vårt samfunn og kultur står individualismen sterkt, og selvstendighet har blitt sett på som en viktig verdi, en norm og et ideal, både i form av selvhjulpenhet og selvbestemmelse. (jfr. Kollstad, 2008 og Hjertnes et al., 2005). Selvstendighet er med bakgrunn i dette tatt inn i lovverk og politiske dokumenter som en målsetting for psykisk helsearbeid. Etter å ha hørt

informantenes ulike syn på, og vektlegginger av, det å være selvstendig gjorde jeg meg under arbeidet med studien noen refleksjoner rundt det å ha økt selvstendighet som en universell målsetting i psykisk helsearbeid. Jeg satt igjen med en rekke spørsmål:

- Er selvstendighet en målsetting og et ideal for alle beboerne i botiltakene?
- Skal utøvere av psykisk helsearbeid ha mestring og økt selvstendighet som målsetting, på tross av at brukerne ikke uttrykker dette som ønsker for seg selv?
- Blir beboerne i botiltakene noen gang *selvstendige nok*? Hva innebærer i så fall dette, og hvem tar denne vurderingen?

Også i andre studier har man sett at ikke alle personer med psykiske lidelser uttrykker økt selvstendighet som ønske, mål og ideal for sin tilværelse. For enkelte kan dette kanskje forklares med at de mangler tro på endring hos seg selv, og at de derfor benytter seg av manglende ønske om endring som en forsvarsmekanisme for å bevare sitt eget selvbilde (jfr. Ødegård, 2013 og Helgeøy et al., 2000). Manglende uttrykk for ønske om endring hos beboerne kan slik jeg har diskutert i denne oppgaven også sees i sammenheng med ambivalens når det gjelder endring, som en følge av avmakt og/eller institusjonalisering. Prochaska og DiClemente sin modell av endringsprosessen antyder at også mangel på innsikt kan være en årsak til at et menneske ikke ønsker endring (Prochaska et al., 1992). Jeg tror disse teoriene kan være korrekte i mange tilfeller, men mener likevel at hjelpere innen psykisk helsearbeid må være ydmyke overfor at selvstendighet ikke verdsettes like høyt av alle brukerne. Dersom hjelperne har en innstilling av at *alle* ønsker å være selvstendige, og at de som er avhengige har et problem, har de en holdning som potensielt kan føre til krenkelser og umyndiggjørende prosesser. Jeg mener det er svært viktig å være lydhøre og å huske at vi må arbeide etter brukernes målsettinger og verdier.

Fokus på selvstendighet og mestring gir både makt, ansvar og utfordringer til mottakerne av ulike psykiske helsetjenester. Funnene i denne studien tyder på at ikke alle beboerne i botiltakene orker eller klarer å ha fokus på økt selvstendighet. Dette ble også beskrevet av Taksdal et al. (2006). Funnene jeg tidligere har beskrevet har også pekt i retning av at et stort fokus på opptrening av selvstendighet og selvhjelpenhet kan hindre mulighetene for å drive med mer selvvalgte og meningsfulle aktiviteter, noe også Tuntland (2006) har skrevet om.

Maslow (1943) plasserte behov for selvstendighet inn under det fjerde nivået i sin behovspyramide, behov for aktelse og anerkjennelse. Det tredje og femte nivået i

behovspyramiden, trygghet og selvrealisering, ble også mye omtalt av informantene i denne studien. Maslow understrekte at oppfylling av behovene i pyramiden ikke nødvendigvis følger rekkefølgen fra bunn til topp, men at enkelte velger å forsøke å tilfredsstille behovene øverst i pyramiden før behovene under er tilfredsstilt.

I denne studien uttrykte noen av informantene ønske om at personalet skulle ta over noen oppgaver for dem, slik at de selv kunne utøve aktiviteter som gav dem mer glede og tilfredsstillelse enn hverdagslige oppgaver som renhold og handling. Det var ikke det at de ikke kunne klare disse oppgavene selv som var bakgrunnen for ønsket om hjelp, men heller et behov for å spare energi til det som virkelig betydde noe for dem. De opplevde å ha mindre energi og overskudd i perioder hvor de var psykisk dårlige, og enkelte dager kunne for eksempel en handletur virke helt utmattende. Jeg tenker at dette kan være uttrykk for at de ønsket å tilfredsstille behovet for selvrealisering, å få utnyttet sine potensialer og ressurser, framfor å fokusere på behovet for aktelse og anerkjennelse fra andre.

Enkelte av informantene gav slik jeg tidligere har beskrevet tidligere i oppgaven tydelig uttrykk for behov for trygghet i hverdagen. Jeg tenker at de på bakgrunn av dette kunne oppleve vanskeligheter med å skulle tilfredsstille de høyere behovene i pyramiden. For de ansatte i botiltakene kan det nok være utfordrende å få innsikt i hvilke målsettinger disse beboerne har for seg selv, og det kan nok også være en utfordring å avgjøre hvor mye de bør forsøke å motivere til endring og i hvor stor grad de skal fokusere på å dekke behovet for trygghet. Jeg tenker at det i disse tilfellene er spesielt viktig at personalet signaliserer at de tror på mulighetene for endring, og at de forsøker å bygge opp beboernes mestringsforventninger til seg selv.

Jeg ser på selvstendighet – uavhengighet og selvbestemmelse – som en verdi og en rettighet for alle mennesker. Jeg mener likevel det er viktig å være åpen for at mennesker vektlegger verdier ulikt, også innenfor samme samfunn og kultur, og at de derfor også kan ha forskjellige måter å forholde seg til det å være selvstendig på. På bakgrunn av dette tenker jeg at både politikere og fagfolk bør være forsiktige med å se på økt selvstendighet som et allmenngyldig mål i psykisk helsearbeid. Håpet og bevisstheten rundt bedring og utvikling bør være tilstede og signaliseres jevnlig for brukerne, men forventningene om endring må følge individets egen indre motivasjon og ressurser. Til slutt ønsker jeg å komme med en påstand om at alle mennesker på ett eller annet tidspunkt kan komme til å være tilfreds med tilværelsen slik den er akkurat nå, og at dette er en høyst personlig opplevelse som ikke nødvendigvis er så enkel å

forstå for folk utenfor. Til syvende og sist er det individet selv som har rett til å definere om noe i hans eller hennes tilværelse er problematisk.

7.0 OPPSUMMERING, IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Jeg ønsker å avslutte denne oppgaven med en kort oppsummering av de sentrale funnene i studien sett i sammenheng med problemstillingen. Jeg vil deretter si noe om hva slags implikasjoner funnene kan ha for praksis, samt komme med noen anbefalinger om videre forskning.

7.1 Oppsummering

Jeg ønsker nå å hente frem igjen problemstillingen for studien og oppsummere funnene jeg presenterte i forrige kapittel i sammenheng med denne. Problemstillingen for studien var:

«Hvilke tanker har beboerne i botiltakene om temaene selvstendighet og mestring, og hvilke opplevelser har de hatt når det gjelder boligvalg og boligtildeling i botiltak?»

Informantene forholdt seg til begrepet selvstendighet på ulike måter. Enkelte uttrykte ønske om å bli mer selvstendige, mens andre ikke kjente på økt selvstendighet som en målsetting for seg selv. Begrepet selvstendighet beskrives både i litteraturen og av informantene som selvhjulpenhet og uavhengighet, det å klare ulike oppgaver i hverdagen på egen hånd. Begrepet blir også relatert til det å bestemme over seg selv og sin hverdag, og å oppleve at man selv har kontroll over egen tilværelse. Alle informantene hadde behov for bistand av ulik grad, uavhengighet og full selvhjulpenhet var derfor urealistisk som målsetting.

Mestring ble av flere av informantene relatert til opplevelser av kontroll. Mestring ble også knyttet til gjennomføringen av lystbetonte aktiviteter, aktiviteter beboerne selv var motivert for og gjerne også selv hadde tatt initiativ til. Gjennomføring av aktiviteter som kunne knyttes til mestring ble beskrevet som avhengig av at informantene selv, og andre, hadde tro på at de hadde evne til å gjennomføre disse aktivitetene.

Informantene fortalte om flere sider ved botiltakene de mente hadde bidratt til økt mestring og selvstendighet for dem selv: trygghet og stabilitet, tilgang på personale som kan gi støtte, tilbud om aktiviteter og signal om tro på endring. Informantene viste også til sider ved botiltakene som kunne ha en hemmende effekt for utviklingen av mestring og selvstendighet:

videreføring av institusjonsliknende rutiner og holdninger og umyndiggjørende opplevelser i møte med personalet.

Flere av informantene kom med utsagn som tydet på ambivalens, motløshet, avmakt og manglende tro på mulighetene for mestring av nye aktiviteter og utvikling av økt selvstendighet. Enkelte av informantene uttrykte frustrasjon over at målet om økt selvstendighet var en målsetting hos personalet i botiltaket. Disse informantene ønsket seg hovedsakelig omsorg og bistand fra personalet.

Informantene jeg intervjuet i denne studien hadde liten oversikt over hvordan de hadde endt opp med sin nåværende bolig. Alle hadde fått hjelp til å søke om kommunal bolig. Noen av dem hadde ønsket seg botiltak, andre var mindre fornøyd med boformen. Ingen av informantene hadde opplevd å få velge mellom flere boliger. De hadde heller ikke hatt noe særlig muligheter til å uttale seg om hvor i byen de ville bo, eller komme med ønske om andre ting. Manglende mulighet til å påvirke boligtildelingen kan mest sannsynlig relateres til mangel på boliger i kommunen.

Beboersammensettingen i botiltaket ble betraktet som noe uheldig av flere av informantene, da enkelte beboere ble sett på som skremmende og forstyrrende. Mindre hensiktsmessige sammensettinger av beboere kan nok også relateres til mangel på kommunale boliger, samt manglende variasjon og tilpasning av boliger. Kommunen tildeler leiligheter til de som står øverst i køen, og kan nok oppleve å ha begrensede muligheter til å rokkere om på rekkefølgen slik at de får tatt hensyn til beboersammensetting i botiltakene.

Det har vært to ulike områder for refleksjon og diskusjon som har utpekt seg under arbeidet med denne studien. Den første diskusjonen omhandler begrepet selvstendighet, hvordan det defineres, og hvilken ideologi som ligger bak arbeidet for økt selvstendighet. Den andre diskusjonen omhandler den politiske og faglige bruken av økt selvstendighet og mestring som en universell målsetting i psykisk helsearbeid.

7.2 Implikasjoner for praksis

Jeg ønsker på bakgrunn av det som har kommet fram i denne studien å komme med noen forslag til hva beboere og ansatte kan fokusere på i arbeidet for økt mestring og selvstendighet.

Beboerne i botiltakene har alle fått tildelt sine leiligheter på grunn av forholdsvis omfattende bistandsbehov. Selvstendighet sett som uavhengighet og selvhjulpenhet vil derfor være et urealistisk mål for mange av beboerne. Jeg mener på bakgrunn av dette at bevissthet hos både beboere og personal rundt hvordan de definerer selvstendighetsbegrepet er viktig, og at en slik bevissthet kan gjøre det lettere for beboerne å sette seg realistiske og konkrete mål. Dette vil igjen være et godt grunnlag for motivasjon og mestringsforventning, noe som er viktig for fremgang i deres endringsprosess. Funnene i denne studien peker mot at ansatte i botiltakene først og fremst må fokusere på å bistå beboerne i arbeidet med å oppnå kontroll og selvbestemmelse i eget liv. Et for stort fokus på selvhjulpenhet og normalisering i botiltakene kan føre til mindre sensitivitet for beboernes ønsker og egen motivasjon, og videre kan dette vanskeliggjøre arbeidet for økt selvstendighet og mestring.

I kapittel 6 skrev jeg om hvordan utvikling av mestring kan sees som en spiral, og jeg beskrev selvrealisering som en alternativ målsetting og mestringsarena for beboerne i botiltakene. Jeg tenker at sammenhengene mellom motivasjon, mestringsforventning og mestringsoppleveler kan gi viktige holdepunkter i arbeidet med å bistå andre i å bli mer selvstendige. Selvstendighet kan utvikles gjennom mestring, og mestringsopplevelsene får individet gjennom aktiviteter som gir mening for han/henne. Det å få mestringsopplevelser knyttet til selvrealisering kan føre til økt mestringsforventning til en selv, og dette kan i neste omgang kan gjøre at en prøver seg på endring og mestringsopplevelser også på andre områder, som for eksempel økt selvstendighet. Det kan derfor for enkelte beboere være et nødvendig ledd i prosessen for å øke deres selvstendighet at de i en periode mottar mer omsorg og praktisk bistand slik at de får overskudd og tid til å delta i selvrealiserende og lystbetonte aktiviteter.

Flere av informantene i denne studien kom med utsagn som tydet på ambivalens, avmakt og motløshet når det gjaldt endring. Personalet kan her bidra i beboernes endringsprosess ved å vise at de har tro på endring, selv om beboeren selv ikke har det. De kan også øke beboernes motivasjon ved å synliggjøre muligheter og ved å ta tak i de målsettingene som engasjerer.

Botiltakene kan på mange måter likne på institusjoner. De har en personalgruppe som utøver både tjenester og kontroll, og som har makt i form av kunnskap og tilgang til midler, tjenester med mer. Beboerne er definert som personer med *alvorlige psykiske lidelser*. Personalgruppene er tverrfaglig sammensatt, men jobber fortsatt blant annet ut ifra medisinske modeller som fokuserer på sykdom, symptomer, medisinsk behandling og et hierarkisk forhold mellom tjenesteyter og bruker. Mange av botiltakene tilbyr også både

måltider og aktiviteter i regi av dem selv, noe som kan hindre integrering i lokalsamfunnet og øke institusjonspreget ytterligere. Balansegangen mellom det å yte tjenester og omsorg og å legge opp til mestring og økt selvstendighet kan være komplisert og krever bevissthet hos yrkesutøverne. Jeg tenker at det er viktig at personalet er bevisste botiltakenes institusjonsliknende egenskaper, slik at de kan forsøke å redusere og motvirke deres effekt på beboerne. I motsatt fall kan botiltakene virke imot sin egen målsetting og føre passivisering og desintegrering fremfor økt selvstendighet, mestring og integrering. Jeg tenker også at det er viktig å se på leilighetene i botiltakene som midlertidige boliger, selv om det i mange tilfeller kan dreie seg om langvarige leieforhold. Det vil da kanskje være lettere for personal og beboere å beholde fokuset på utvikling av selvstendighet og mestring.

7.3 Interessante problemstillinger for videre forskning

Definisjonen av selvstendighetsbegrepet har vært gjenstand for en del refleksjon under arbeidet med denne studien. Som et resultat av disse refleksjonene har jeg blitt nysgjerrig på hva slags definisjon av begrepet som benyttes av ansatte i botiltakene og de politikerne som har lagt føringer for botiltakenes målsettinger. Har botiltakene mest fokus på selvstendighet som selvhjulpenhet/uavhengighet eller ser de på selvstendighet hovedsakelig som selvbestemmelse/kontroll? Hvilken innvirkning har deres definisjon av begrepet på måten de samarbeider med beboerne på? Har deres syn på selvstendighet en sammenheng med hvordan de forholder seg til normaliseringsarbeid og empowerment? Opplever de at beboerne har de samme målene og ønskene for seg selv som de ansatte har? Hvordan tenker de at de kan nå denne overordnede målsettingen, og hvordan vet de om de har nådd målet?

Et annet interessant funn i denne studien har vært at beboerne har ulike måter å forholde seg til selvstendighet på. Flere av informantene uttrykte ønske om å beholde tilværelsen omtrent slik de var nå. Jeg nevnte i analysen flere mulige årsaker til manglende ønske om endring; motløshet, avmakt, manglende innsikt i egen tilværelse, ressurser og muligheter, effekten av langvarige institusjonsopphold og prioritering av andre behov (som trygghet eller selvrealisering). Det kunne vært interessant å se nærmere på årsakene til manglende uttrykk for ønske om endring hos beboerne i botiltakene.

Jeg måtte i denne studien utelate diskusjoner om kjønnsforskjeller for å bevare anonymiteten til informantene. På bakgrunn av de informantene jeg intervjuet ser jeg at det kunne ha vært

interessant å se nærmere på hvordan menn og kvinner tenker ulikt om tema som selvstendighet og mestring, og da spesielt når det gjelder hvilke forutsetninger som må være på plass for å kunne oppnå økt selvstendighet.

Det kan se ut til at stort press på kommunale boliger fører til svært lite valgfrihet når det gjelder boliger for mennesker med psykiske lidelser. Det kunne vært interessant å undersøke hvordan dette oppleves av beboere og ansatte i botiltakene, hvilken innvirkning det har på samarbeid dem imellom, og hva det gjør med bomiljøet og forholdet mellom beboerne.

REFERANSELISTE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Norsk oversettelse av: Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass Inc. og London: Jossey-Bass Ltd..
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2), 191-215, doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4.
- Barth, T. og Näsholm C. (2007). *Motiverende samtale – MI. Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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.
- Beresford, Peter (2003). User involvement in research: exploring the challenges. *Nursing Times Research*, 8(1), 36-46.
- Bokmålsordboka på nett. Hentet 15.05.14, fra <http://nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi>.
- Borge, L. (2006). Det gode liv - som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid. I: A. Almvik og Borge (Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (1. utgave, s. 32-52. Bergen, Fagbokforlaget.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolsk makt. Artikler i utvalg*. Norsk utgave, oversatt av Annick Prieur. Oslo: Pax forlag A/S.
- 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.
- Dyb, E. og Myrvold T. (2009). *Omsorgsboliger for psykisk syke. En evaluering av*

- husbankens arbeid* (NIBR rapport nr. 25). Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Eriksen, R. E. (2007). *Hverdagen som langtids sosialklient: -mestring i et (bruker)medvirkningsperspektiv* (Doktorgradsavhandling 2007:226, NTNU). Trondheim: NTNU.
- 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.
- Friedrich, R. M., Hollingsworth B., Hradek, E., Friedrich B. og Culp K.R.. (1999). Family and Client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50(4), 509-514.
- Goffman, E. (1961). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, USA: Doubleday & Co.
- 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.
- Hansen, I.L.S. og Øverås S. (2007). Bolig for personer med psykisk lidelse og rusproblematikk. I: Bordtkorp, E. og Rugkåsa M. (Red.) *Under tak - mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten* (93-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helgøy, I., Ravneberg, B., Solvang, P. og Lundeberg, I. (2000). *Tjenesteyting for et selvbestemt dagligliv? Funksjonshemmede mellom individuell frihet, faglig vurdering og byråkratisk regulering* (SEFOS-notat 9-2000). Bergen: Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen.
- Hetherington, E.M. og Parke, R.D. (1999). *Child Psychology: A contemporary Viewpoint* (5. utgave). Revidert av Parke R.D. og Locke, V.O.. Boston: McGraw-Hill College.
- Hjertnes, L., Lindstrøm, T.C. og Sam, D.L. (2005). Østlige og vestlige psykoterapeutiske tradisjoner – forskjeller knyttet til mestring og kontroll. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(5), 395-403.
- Holm, A. (2006). *Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptappingsplanen for psykisk helse* (Prosjektrapport 398 - 2006). Oslo: Byggforsk, Norges Byggforskningsinstitutt.
- Husbanken (2009). *Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem* (HB 8.F.7). Bodø: Husbanken.
- Justis- og politidepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Sosialdepartementet (2002). *Boligosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold* (Rundskriv U-10/2002).
- Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(2), 3-15.
- Kielland, K.B. (2002). Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 122(25), 2458–60.
- Kollstad, M. (2008). *Klare seg selv? - Faglige utfordringer i arbeidet med unge funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kolstad, A. og Hagen H. (1988). Hvor vil psykiatriske pasienter være? *Nordisk Psykologi*, 40(3), 161-170.
- Kvale, S. og Brinkmann S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Nasjonal Kompetansetjeneste for Læring og Mestring innen Helse (2014). *Mestring*. Hentet 04.08.14, fra <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>.
- Nordhelle, G. (2004a). Motivasjon – hva driver mennesker til handling? I: Ekeland T., Iversen O., Ohnstad A. og Nordhelle G. (2004) *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Nordhelle, G (2004b) Kognisjon, emosjoner og motivasjon. I: Ekeland T., Iversen O., Ohnstad A. og Nordhelle G. (2004) *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Norsk Psykolog Forening (2014). *Fakta om psykiske lidelser*. Hentet 04.11.14, fra <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/For-pressen/Fakta-om-psykiske-lidelser>.
- Ogilvie, R. J. (1997). The State of Supported Housing for Mental Health Consumers: A Literature Review. *Psychiatric rehabilitation journal*, 21(2), 122-131.
- Ohnstad, A. (2004). Om makt og avmakt. I: Ekeland T., Iversen O., Ohnstad A. og Nordhelle G. (2004) *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

- Payne, M. (2006). *What is professional social work?* (2. utgave). Chicago, III: Lyceum books.
- Prochaska, J.O., DiClemente C.C. og Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Ridgeway, P. og Zipple A.M. (1990). The Paradigm Shift in Residential Services: From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11-31.
- Smith, E. og Mackie D.M. (2000). *Social Psychology* (2. utgave). Philadelphia, USA: Psychology Press.
- Sosial- og Helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* (Stortingsmelding nr. 25 (1996-97)). Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
- Sosial- og Helsedepartementet (1998). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. (Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998)). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Taksdal, A., Breivik J., Ludvigsen K. og Ravneberg B. (2006). *På randen av å bo – Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Bergen: Universitetsforskning i Bergen, Røkkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trondheim Kommune (2011a). *Trondheim Kommunes Boligprogram, 2011-2014*. Hentet 17.11.14 fra: <http://trondheim.kommune.no/boligprogram/>.

- Trondheim Kommune (2011b). *Utleiebolig – retningslinjer*. Hentet 17.11.14, fra:
<http://trondheim.kommune.no/content/1117728485/Utleiebolig---retningslinjer>.
- Trondheim Kommune (2013). *Enhet for botiltak, psykisk helse. Serviceerklæring*. Hentet 13.05.14 fra:
<http://www.trondheim.kommune.no/content/1117726876/Serviceerklaring>.
- Tuntland, H. (2006). *ADL i en myndiggjøringstid* (SOR rapport (3), 47-57).
- Ulfrstad, L. (2007). Boligpolitikken og velferdsstaten. I: Brodtkorb, E. og Rugkåsa M. (red.), *Under tak – mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ulfrstad, L. (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ulland, D., Bøe, T. D. og Sæter, O. (2013). Begreper, kunnskap og makt innen feltet psykisk helse. I: Mesel, T. og Leer-Salvesen P. (red.) *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal forlag.
- Wifstad, Å. (2002). Medisin basert på informasjonsteknologi - effekt på autonomi og sårbarhet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(7), 720 - 722.
- Ylvisaker, S. (2014). Godhetens makt og avmakt. I: Ohnstad, A., Rugkåsa M. og Ylvisaker S. (red.) *Ubehaget i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ødegård, E. I. (2013). *Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser. Et steg på veien videre?* (Masteroppgave). Kristiansand: Universitetet i Agder.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. I: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (2), 111-119.

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

MASTERGRAD I SOSIALT ARBEID, HELSEVITENSKAP OG FUNKSJONSHEMMING OG SAMFUNN

Personlige opplysninger

Etternavn, fornavn	Født
Reed, Nina	28.07.82
Semesteradresse	Telefon
Angelltrøveien 53, 7048 Trondheim	93824696

Hvilket masterstudium er du tatt opp på? Sosialt arbeid
Hvilket semester ble du tatt opp? 2008

Hvilke emner har du tatt eller har du planer om å ta i mastergraden?

Emnekode	Emnebetegnelse	Semester	År
SARB3005	Sosialt arbeid som kunnskapsfelt og forskningsområde	Vår	2009
HLS3505	Selvmordsforebygging	Vår	2009
HLS3007	Vitenskapsfilosofi, etikk og metoderefleksjon	Vår	2009
HLS3004	Kvalitative metoder	Vår	2010
HLS3507	Helse og sykdomssosiologi	Vår	2011
HLS3002	Kvantitative metoder	Vår	2011
SARB3513	Psykisk helsearbeid	Vår	2012

Mastergradoppgavens arbeidstitel

”Selvstendighet, mestring og valgfrihet i botiltak for personer med psykiske lidelser”.

Tema for mastergraden samt oversikt over metode

Framdriftsplan

Planlagt oppstart med mastergradoppgaven (måned/semester og år)	Planlagt innlevering av mastergradoppgaven (måned/semester og år)
August, 2013	Vinter 2014 (har innvilget 50% studieprogresjon)

MASTERGRAD I SOSIALT ARBEID, HELSEVITENSKAP OG FUNKSJONSHEMMING OG SAMFUNN

Tema for mastergradsoppgaven og oversikt over metoden

Navn: Nina Petersen Reed

1. Hva og hvorfor:

Enhet for botiltak, psykisk helse, er en forholdsvis ny enhet i Trondheim Kommune. Det første botiltaket ble opprettet rundt år 2000. Siden da har enheten vokst hurtig, og består nå av 8 botiltak i kommunen. Dette er en boform det har blitt satset på som et resultat av "Opptappingsplanen for psykisk helse", og mange med alvorlige psykiske lidelser står i kø for å bli tildelt slike boliger. Enhetens hovedmålsetting er å fremme uavhengighet og evnen til å mestre eget liv. Jeg arbeider som miljøterapeut ved to av botiltakene i Trondheim.

Beboerne i enheten har mange ulike opplevelser av det å bo før de flyttet inn i sin nåværende bolig; noen har oppholdt seg i institusjoner store deler av sitt voksne liv, noen flytter omtrent rett inn fra foreldreboligen, mens andre igjen har opplevd en ustabil og dårlig fungerende bosituasjon på det private eller kommunale husleiemarkedet. Det å bo i botiltakene oppleves svært forskjellig fra person til person. Enkelte er svært glade for å bo i en bolig med oppfølging, mens andre helst skulle ha unnvært "innblanding" fra personal og naboer. Flytting til enhetens boliger er ofte initiert og motivert av offentlige hjelpere og familie.

På bakgrunn av mine observasjoner i enheten er det flere problemstillinger jeg ønsker å belyse. For det første ønsker jeg å høre mer om hvordan ulike beboere opplever det å bo i et kommunalt botiltak med personalbase, med særlig fokus på grad av selvstendighet, mestring og forholdet mellom dem selv og personalet i boligen. Jeg er også interessert i beboernes opplevelse av valgfrihet, selvstendighet og brukervedvirkning i prosessen med å søke bolig. Det vil for å belyse dette også være interessant å høre litt om tidligere boliger/bosituasjon, samt hvordan beboerne ser for seg å bo litt fram i tid.

2. Problemformulering:

Hvordan oppleves det å bo i et kommunalt botiltak for psykisk syke?
Forteller informantene historier som tyder på at boligformen bidrar til å fremme deres uavhengighet og mestring av eget liv, slik enhetens målsetting lyder?
Har informantene opplevd selvstendighet og brukervedvirkning i prosessen rundt søknad om bolig, og fått valgfrihet i forhold til hvor de bor?
Ser informantene på dagens boligsituasjon som varig og optimal, eller ser de for seg alternative, og bedre, løsninger på egen bosituasjon i fremtiden?

3. Design/metode:

Jeg arbeider selv i botiltak psykisk helse og har en avtale med enhetsleder om at jeg kan gjennomføre min mastergradsstudie her.

Jeg ønsker å intervju 6-8 av beboerne i enheten. Intervjuene vil være ganske strukturerte slik at jeg får informasjon om de temaene jeg er spesielt interessert i. Deler av intervjuet vil være mer åpne enn andre, jeg ønsker for eksempel gjerne at informantene forteller sine bohistorier så fritt som mulig. Informantene kan være svært ulike i forhold til hvor fritt de får til å snakke, intervjuguiden vil derfor bestå av ganske åpne hovedspørsmål og mulige oppfølgingsspørsmål som er mer direkte på de tema jeg er interessert i. Hovedspørsmålene vil bli stilt til alle, mens oppfølgingsspørsmålene benyttes ved behov. Jeg fører opp oppfølgingsspørsmålene i intervjuguiden som en hjelp til meg selv slik at jeg får mest mulig informasjon om fokusområdene mine.

4. Respondenter/informanter:

Jeg vet gjennom mitt eget arbeid på enheten at ikke alle beboerne vil være interessert i, eller i stand til, å gjennomføre et intervju. For å finne informanter ønsker jeg å kontakte personalet i de boligene hvor jeg selv ikke arbeider. Jeg deler ut skriftlig informasjon om studien til personalet, de deler så ut denne til beboerne og hjelper dem å forstå informasjonen. Kontakt med meg kan foregå gjennom personalet eller direkte pr. telefon.

5. Gjennomføring av undersøkelsen:

Intervju gjennomføres i løpet av vinter 2014. Undersøkelsen utføres hjemme hos respondentene, eventuelt på personalbasen i botiltakene. Jeg ønsker å benytte båndopptak dersom informantene godtar dette. Jeg ser på det som hemmende for samtalen å notere mye mens intervjuet pågår.

6. Eventuelle etiske problemstillinger:

Dette er en respondentgruppe som ikke nødvendigvis leser post/skriftlig informasjon. Det vil derfor mest sannsynlig være nødvendig å kontakte mulige respondenter gjennom personalet i boligene, eventuelt personlig. Dette kan medføre et større press til å delta enn det vanlig brevpost ville gjort.

Gjennom rekruttering der jeg eventuelt involverer personalet i boligene kan informantene, tross anonymisering, bli lett "gjenkjennbare" i oppgaven for personalet som arbeider med dem. Det må komme tydelig fram for informantene at masteroppgaven vil være tilgjengelig for gjennomlesing av hvem som helst. Det kan også bli nødvendig å samle sitater/informasjon fra hver informant slik at de får lese igjennom dette og komme med tilbakemelding/godkjenne det før jeg benytter det i oppgaven.

Respondentene må samtykke i at jeg samler inn og oppbevarer informasjon fra intervju så lenge arbeidet med masteroppgaven varer. Jeg ønsker også å benytte båndopptaker under intervju, og respondentene må i så fall samtykke til dette.

Målgruppen for denne undersøkelsen er en gruppe som har tilknyttet en del stigma; de har psykiske lidelser, de lever ikke "vanlige" liv med jobb og familie, og de er avhengige av hjelp fra det offentlige for å klare hverdagen. Jeg må derfor som forsker ha fokus på å vise informantene respekt, møte dem med åpenhet og være var mine egne tanker og forforståelser.

Opplevelse av selvstendighet, og hvordan man bor og lever, er ganske personlige tema. Jeg må derfor være varsom under intervjuene, prøve meg frem i forhold til hvor den enkelte sin grense går når det gjelder hva som blir for personlig, og hvordan jeg skal formulere meg.

7. Plan for arbeidet med mastergradsoppgaven:

Vår/sommer 2013: Litteraturstudier: boligpolitikk, offentlige dokumenter om boliger/bo tiltak og kommunal psykiatri, studier om boligsituasjonen for psykisk syke (hvor står vi nå, hvilke boligtyper mener man egner seg, hvilke boligtyper har vi tilgang på, hvordan ønsker gruppen å bo?), betydningen av å ha en bolig/et hjem, hva er formålet med botiltak.

Høst 2013: Planlegging av innkalling til intervjuer og intervjuguide. Send søknad til NSD. Litteraturstudier.

Vinter 2014: Gjennomføring av intervjuer. Transkribering så snart som mulig etter hvert intervju.

Vår/sommer/høst 2014: Analyse av data fra spørreskjema og intervju. Litteraturstudier.

Vinter 2014: Skrivearbeid, ferdigstillelse av oppgaven.

8. Referanseliste (det jeg har lest så langt):

- Friedrich, Rose Marie et.al. (1999) *Family and Client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness.*
- Hansen, Inger Lise Skog og Anne Skevik Grødem (2012) Samlokaliserte boliger og store bofellesskap – Perspektiver og erfaringer i kommunene. Fafo.
- Holm, Arne(2012) En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid.
- Kielland, Knut Boe (2002) Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk.
- Kolstad, Arnulf (19) Hvor vil psykiatriske pasienter være?
- Rundskriv U-10/2002. *Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold.*
- Sosial og helsedirektoratet (2005) *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.*
- Stine Lien (2007): *Jeg vil ikke bli behandlet som en narkoman! Bofortellingene til unge kvinner med store psykiske utfordringer i livet.* Hovedfagsoppgave
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.*
- Taksdal, A. m.fl.(2006) *På randen av å bo – Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger.* Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Ådland, Audun (2003) *Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?*Hovedfagsoppgave, universitetet i Bergen.

Intervjuguide for prosjektet:

”Selvstendighet, mestring og valgfrihet

i

botiltak for personer med psykiske lidelser”

Tid for intervjuet:

Sted:

Intervjuer:

Informant (kjønn, alder):

Innledning: beskriv prosjektet kort (se informasjonsskriv). Innhente informert samtykke. Er det ok at intervjuet blir tatt opp med båndopptaker?

Innledende bemerkninger fra informant eller intervjuer:

Bakgrunnsinformasjon.

1. Kan du si litt om de ulike bostedene du har hatt etter at du flyttet fra barndomshjemmet?
(hvor, med hvem, varighet, institusjonsopphold, hjemløshet)
2. Hvordan foregikk søknadsprosessen da du søkte etter nåværende bolig?
(hvor bodde du da, hvem tok initiativ til å søke, fikk du hjelp til å søke, var det denne boligformen du primært ønsket, hvem var eventuelle rådgivere)

Dagens bosituasjon.

1. Kan du fortelle litt om boligen din der du bor nå?
For eksempel:
 - hvordan er leiligheten utformet
 - hvordan er fellesareal og kontorer utformet
 - plassering/nærområde
 - trivsel
 - forhold til naboene
 - forhold til personalet i botiltaket

2. Hva tenker du på når du hører begrepet selvstendighet?
Hva med begrepet mestring?
3. Kjenner du deg selvstendig i hverdagen?
 - Når kjenner du deg selvstendig og hva gjør du da?
 - Når kjenner du deg ikke selvstendig og hva gjør du da?
 - Hvilke oppgaver i leiligheten, botiltaket, sosialt, arbeid etc. kjenner du at du mestrer?
4. Føler du deg mer eller mindre selvstendig nå enn før du flyttet hit?
 - På hvilke områder har dette eventuelt endret seg?
 - Hvorfor har dette endret seg?
 - Hva er det du selv gjør mer av etter at du flyttet hit?
 - Er det ting du har gjort selv tidligere som andre nå gjør for deg?
5. Kan du bli enda mer selvstendig og mestre flere ting i hverdagen enn du gjør i dag?
 - På hvilke områder kan du evt. bli mer selvstendig?
 - Hvordan kan du få til dette?
 - Mer eller mindre hjelp/veiledning fra personal og andre?
 - Kunne du tenkt deg en annen organisering av botiltaket?
 - Hva om du hadde flyttet til annen bolig?
 - Annet?

Drømmer for fremtiden

Hvordan ser du for deg at du bor i fremtiden, la oss si om fem år?

- ønsker du å bli i botiltaket eller kunne du tenkt deg å flytte?
- er det noe i botiltaket du skulle ha endret på for å kunne trives bedre?
- hvor kunne du eventuelt tenkt deg å bo, og hvorfor?

Avslutning og oppsummering

1. Har du lyst til å si noe mer om de temaene vi har snakket om?
2. Er det andre ting du har lyst til å snakke om som jeg ikke har tatt opp?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Selvstendighet, mestring og valgfrihet i botiltak for personer med psykiske lidelser”

Jeg heter Nina Reed og er mastergradsstudent ved NTNU. Jeg skal gjennomføre en undersøkelse i forbindelse med min mastergrad. Formålet med undersøkelsen er å finne ut mer om hvordan det oppleves å bo i et botiltak for personer med psykiske lidelser. Jeg er spesielt interessert i beboernes tanker rundt selvstendighet og mestring i hverdagen, og hvordan boformen påvirker dette. Jeg ønsker også gjerne å få høre litt om beboernes historikk og fremtidsønsker når det gjelder bolig. Jeg håper at jeg gjennom å samle erfaringer fra beboere i botiltakene kan bidra til å skape grunnlag for bedre tjenester og botilbud for personer med psykiske lidelser. Jeg arbeider selv i botiltakene i Søbstadvegen og Skjermveien.

I forbindelse med undersøkelsen ønsker jeg å komme i kontakt med beboere i Enhet for botiltak, psykisk helse, som kan tenke seg å stille til intervju. Samtalene vil foregå under fire øyne, og vil ta ca. en times tid. Spørsmålene vil omhandle de temaene jeg nevnte over; bolig, selvstendighet og valgfrihet. Jeg kommer til å notere litt underveis, men ønsker helst å ta opp intervjuet på lydbånd slik at jeg slipper å notere alt.

Notater og eventuelle lydopptak vil være tilgjengelige kun for meg, men oppgaven vil bli offentliggjort slik at alle som vil kan lese den. I utgangspunktet vil de som stiller til intervju anonymiseres slik at de ikke gjenkjennes i oppgaven. Dersom jeg ønsker å ta med noe i oppgaven som kan gjenkjennes av andre kommer jeg til å be om tillatelse fra den det gjelder.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1.4.2015. Notater og eventuelle lydopptak vil da slettes. Riina Kiik, instituttleder ved Institutt for sosialt arbeid, vil være min veileder.

Deltakelse i studien er frivillig, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til ansatte ved botiltaket om du velger å delta eller ikke. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Ønsker du å delta? Gi beskjed til personalet ved din bolig, eller ta direkte kontakt med meg på telefon 938 24 696.

Med vennlig hilsen,

.....
Nina Reed

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Informert samtykke

Jeg samtykker med dette til å stille til intervju i forbindelse med undersøkelsen ”*Selvstendighet, mestring og valgfrihet i botiltak for personer med psykiske lidelser*”.

Jeg er informert om undersøkelsens formål, og at den informasjonen jeg gir under intervjuet benyttes som grunnlag for en masteroppgave som senere vil bli offentliggjort. Jeg er også informert om at notater og opptak fra intervjuet behandles konfidensielt, at data som benyttes i oppgaven vil bli anonymisert, og at alt materiale fra intervjuene vil slettes så snart masteroppgaven er ferdigstilt og godkjent. Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1/4/15.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, jeg kan når som helst velge å trekke meg.

.....
Dato og sted

.....
Underskrift



Riina Kiik
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 28.10.2013

Vår ref: 35822 / 2 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35822 *Om selvstendighet, mestring og valgfrihet i botiltak for personer med psykiske lidelser.*

Behandlingsansvarlig *NTNU, ved institusjonens øverste leder*

Daglig ansvarlig *Riina Kiik*

Student *Nina Petersen Reed*

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, 01.04.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Nina Petersen Reed Angelltrøvegen 53 7048 TRONDHEIM



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35822

Vi finner beskrevet framgangsmåte for førstegangskontakt tilfredsstillende, slik dette er beskrevet i meldeskjemaet. Studenten arbeider selv i botiltak psykisk helse, men vil ikke rekruttere informanter ved eget botiltak (jf. informasjon gitt under punkt 4 i vedlegget "siste masterskisse").

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår. Vi anbefaler likevel at følgende legges til:

- Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til ansatte ved botiltaket e.l. om du velger å delta eller ikke.
- At studenten selv jobber ved et annet botiltak.

Jf. meldeskjema (punkt 9) vil ikke studenten spørre om tredjepersoner. Hun vil videre stoppe informanten hvis hun/han opppgir tredjepersonsopplysninger. Vi anbefaler videre at studenten før intervjustart, ber deltakeren om å ikke oppgi personidentifiserende opplysninger om tredjeperson, men at slik informasjon i stedet gis i generell form.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.04.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Det innhentes nye, muntlige samtykker fra deltakerne, hvis studenten ønsker å publisere historier om den enkelte som kan være gjenkjennbare (jf. informasjon gitt i meldeskjemaet, punkt 13).