

Kristin Margrethe Tange Harbø

«Det er meg det gjelder»

En kvalitativ studie av hvordan fem deltakere i Housing First i Trondheim kommune beskriver sin opplevelse av tilbudet og hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet.

Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi
PSYPRO4700

Trondheim, november 2018

Veileder: Gerd Inger Ringdal

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Sammendrag

Housing First (HF) i Trondheim kommune er et boligsosialt tilbud for mennesker med samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Tilbudet opererer etter grunnprinsipper om selvbestemmelse, respekt og fokus på individets bedringsprosess («*recovery*»). For å bidra til å øke forståelsen av hvordan HF oppleves for deltakergruppa og for å undersøke hvordan deltakelse påvirker opplevd livskvalitet (LK) har denne kvalitative studien tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger: *Hvordan beskriver deltakerne i Housing First i Trondheim kommune sin opplevelse av tilbudet?* og *Hvordan beskriver deltakerne at Housing First i Trondheim kommune påvirker opplevd livskvalitet?*

Fem deltakere ble rekruttert som informanter og intervjuet med semistrukturert intervju. Datamaterialet ble analysert med tematisk analyse og tre temaer identifisert; (1) å være herre over eget liv, (2) å oppleve stabilitet og trygghet i livet og (3) å oppleve muligheter, ønsker og motivasjon.

Resultatene drøftes i lys av recoveryperspektivet og livskvalitetsteori i tillegg til teori på selvbestemmelse og sosial støtte. Det ser ut til at opplevelse av å få bolig, opplevelse av selvbestemmelse, og praktisk og relasjonell støtte fungerer stabiliserende og trygghetsskapende. HF ser også ut til å trigge motivasjon og framtidstanker. I tillegg tilbyr oppfølger en relasjon som kan fungere som funksjonell sosial støtte og slik bidra til følelse av tilhørighet. Disse opplevelsene ser ut til å ha konsekvenser for informantenes opplevde LK. Når det gjelder LK fokuserer informantene spesielt på betydningen av bolig, mulighet for sysselsetting og opplevelse sammen med andre, det å kunne være seg selv, mulighet til å delta i egen prosess, tilpasse seg egen situasjon og mulig rusfrihet. Informantene gir fortsatt uttrykk for å oppleve vansker i livet, spesielt knyttet til opprettholdelse av rusfrihet og utvidelse av sosiale nettverk. Stigma beskrives her som en barriere og noe som ser ut til å påvirke LK. Til tross for dette tydeliggjør funnene totalt sett hvilken betydning HF har på deltakernes opplevde LK og underbygger derfor behovet for et slikt boligsosialt tilbud.

Abstract

Housing First (HF) in Trondheim kommune is a housing program for people who struggle with co-occurring mental health issues and substance abuse. The program is driven by principles of self-determination, respect and individual recovery. This qualitative study seeks to contribute to the understanding of how the participants in HF experience the program and examine how participation affects how they experience their quality of life (QoL). The research questions are: *How do the participants in Housing First in Trondheim kommune describe their experience of the program?* and *How do the participants describe that Housing First in Trondheim kommune effects their experiences of quality of life?*

Five participants were recruited as informants and interviewed with a semi structured interview. The data material was analysed using thematic analysis and three themes identified; (1) being in control of one's life, (2) to experience stability and safety in life and (3) to experience opportunities, desires and motivation.

The results are discussed with the theoretical foundation of recovery and quality of life, in addition to self-determination theory and social support. The results imply that the experience of housing, self-determination, and practical and relational support facilitate the experience of stability and safety. HF does also seem to trigger motivation and hopes for the future. In addition, the participant's contact person in HF, offers a relationship that can serve as functional social support and contribute to a sense of belonging. These experiences appear to have consequences for the participant's QoL. In defining their QoL the participants emphasize the importance of housing; the opportunity of employment; having experiences with other people; being able to be who they are; the opportunity to participate in their own life; adjusting to their life situation and the possibility of achieving abstinence. The informants still express difficulties in life, specifically in sustaining abstinence and expanding their social networks. Stigma is described as a social barrier that seems to affect their QoL. Despite of this, the totality of the findings in this study highlights how HF affects the participant's QoL and substantiates the need for such a housing program.

Forord

Denne hovedoppgaven er et resultat av en spennende og lærerik prosess. Under veiledning har undertegnede hatt ansvar for alle steg i forskningsprosessen; utvikling av problemstillinger, innsamling av data, transkribering og analysering av datamaterialet. Det har vært et utfordrende, men samtidig veldig givende arbeid.

Tusen takk til min veileder Gerd Inger Ringdal for hyggelige samtaler, god veiledning og ikke minst for troen du har hatt på meg i arbeidet med oppgaven. Det har betydd mye!

Takk til de fem informantene som takket ja til å delta i prosjektet. Det er viljen deres til å dele refleksjoner og erfaringer som har gjort denne studien mulig.

Takk til Trondheim kommune for samarbeidet. En spesiell takk til de ansatte i Housing First for god tilgjengelighet, entusiasme for prosjektet og hjelp til rekruttering av informanter.

Takk til familie og venner for støtte og forståelse i prosessen. En ekstra takk til Bente for ditt viktige blikk på det språklige og kjæresten min Marius for din tålmodighet og godhet i denne tiden.

Kristin Margrethe Tange Harbø

November 2018, Trondheim

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn for valg av tema.....	1
Presentasjon av problemstilling	2
Oppgavens struktur	3
Begrepsavklaring	3
Deltaker.....	3
Opplevd livskvalitet	3
Presentasjon av Housing First.....	4
Bakgrunn og utvikling	4
Grunnprinsipper i Housing First	5
Housing First i Trondheim.....	6
Teoretisk rammeverk og tidligere forskning	7
Recovery	7
Bakgrunn og utvikling	7
Recovery from	7
Recovery in.....	7
Recovery som en personlig og sosial prosess	8
Recoveryorientert praksis	9
Selvbestemmelsesteori	10
Livskvalitet	11
Bakgrunn og utvikling	12
Livskvalitet, helse og tilfredshet med livet	12
Subjektiv og objektiv livskvalitet.....	13
Dynamiske aspekter av livskvalitet.....	14
Sosial støtte og virksomme relasjoner.....	15
Stigma	16
Tidligere forskning.....	17
Housing First.....	17
Recovery	19
Livskvalitet blant bostedsløse og mennesker med psykiske lidelser	20
En kvalitativ forståelse av livskvalitet og recovery	21
Metode.....	22
Kvalitativ metode.....	22
Vitenskapsteoretisk grunnlag	23
Intervju som datainnsamlingsmetode.....	24
Rekruttering og utvalg.....	25
Gjennomføring av intervju	26
Å intervju mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse	28
Transkribering.....	29
Analyse	29
Studiens kvalitet.....	31
Pålitelighet	31

Troverdighet.....	32
Overførbarhet.....	32
Etiske refleksjoner.....	33
Informert og fritt samtykke	33
Konfidensialitet.....	33
Forskerrollen og forskerens forforståelse.....	34
Resultater	34
Å være herre over eget liv.....	35
Valg og deltakelse.....	35
Housing first sammenlignet med annen boligtildeling eller oppfølging	36
Å oppleve stabilitet og trygghet i livet.....	37
Bolig.....	38
Praktisk oppfølging.....	38
Kvaliteter ved oppfølgingen.....	40
Å oppleve muligheter, ønsker og motivasjon	42
Framtidstanker	42
Ønske om sosial deltakelse	44
Diskusjon	46
Opplevelsen av Housing First (første problemstilling).....	47
Selvbestemmelse.....	47
Stabilitet og trygghet.....	49
Betydning av oppfølger og relasjonell støtte.....	50
Hvordan Housing First påvirker opplevd livskvalitet (andre problemstilling)	52
Bolig.....	53
Sysselsetting og meningsfulle aktiviteter	54
Opplevelser sammen med andre	54
Det å kunne være seg selv og tilfredsstillelse av behov	55
Skillet mellom helse og livskvalitet	56
Tilpasning og rusfrihet	57
Implikasjoner for HF som recoveryorientert praksis	58
Studiens begrensninger og videre forskning.....	59
Konklusjon.....	60
Referanseliste.....	62
Vedlegg.....	71
Vedlegg 1: Intervjuguide	
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og informert samtykke	
Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)	
Vedlegg 4: Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)	

Bakgrunn for valg av tema

Sånn her og nå er jeg på en måte fornøyd. Jeg er rusfri og jeg kjenner at det går bedre for hver dag. Jeg har veldig lyst til å fortsette å være rusfri. Før hadde jeg lyst til å være rusfri for å være rusfri, men nå går det mer på å bli rusfri fordi jeg har lyst til å bli eldre. Jeg har lyst til å kunne bidra og yte i form av noe arbeid, sysselsetting, og hvis jeg får det til, prøve å utvide det sosiale nettverket (Informant 3).

Dette sitatet er hentet fra et av intervjuene i denne studien. Vedkommende er deltaker i Housing First (HF) i Trondheim kommune og beskriver opplevelsen av sin livskvalitet. HF er et boligsosialt tilbud for mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser). Tilbudet gir deltakerne bolig først og tilbyr deretter oppfølging tilpasset deltakerens behov. HF bygger på grunnprinsipper om selvbestemmelse, respekt og fokus på individets bedringsprosess («recovery») (Tsemberis, 2010). Tilbudet er i tråd med sentrale politiske føringer, da det legges stadig større vekt på menneskers eget bidrag til endring og mestring av helse- og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014). Fokus på helhetlig bedring og recovery anbefales i oppfølging av mennesker med ROP-lidelser. Dette innebærer å støtte personens egne ressurser under hele behandlingsløpet på en slik måte at livskvalitet bedres (Helsedirektoratet, 2012). Boligsosialt arbeid er intet unntak og er definert som kommunens innsats for å skaffe og tildele boliger for å bedre individets forutsetninger for å mestre bo- og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2012, 2014). Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid fokuserer på at alle skal bo godt og trygt. Dette anses som en forutsetning for å kunne dra nytte av andre aspekter i livet; ta utdanning, etablere familie, være i arbeid og ta vare på helsen (Departementene, 2014).

Disse politiske føringene retter fokus mot individets egen evne til å utvikle seg og knytter dette samtidig opp mot bedring og livskvalitet. I tråd med dette ønsker denne studien å tematisere opplevelsen av HF som et boligsosialt tilbud og hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet. Empirisk forskning indikerer at HF bidrar til bedre utfall i psykisk helse, rusavhengighet, bostabilitet og bedret livskvalitet (Gilmer, Stefancic, Ettner, Manning & Tsemberis, 2010; Patterson et al., 2013; Pleace, 2016; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004; Tsemberis, Moran, Shinn, Asmussen & Shern, 2003). Dette er kvantitativ forskning som indikerer bedring basert på objektive mål. Temaet for denne studien er inspirert av dette, men med ønske om en kvalitativ utforskning av hvordan HF oppleves for deltakerne. I Trondheim kommune har HF vært i drift siden 2012 og prosjektrapporten indikerer gode resultater knyttet til bostabilitet og nedgang i rusmiddelbruk (Spjøtvold, Rikstad & Nilsen, 2016). Denne studien ønsker å bidra til økt forståelse av HF ved å utdype deltakernes subjektive opplevelse. Dette kan forhåpentligvis bidra til å tydeliggjøre hvilke mekanismer som ligger til grunn for opplevd bedring og økt fremtidstro, som det innledende sitatet illustrerer.

Presentasjon av problemstilling

Hensikten med studien er å belyse opplevelsen av HF med fokus på hva deltakeren selv vurderer som viktig og betydningsfullt. For å løfte frem individperspektivet er det valgt en kvalitativ intervjuinlærning med utgangspunkt i to relaterte problemstillinger. Den første problemstillingen er som følger:

Hvordan beskriver deltakerne i Housing First i Trondheim kommune sin opplevelse av tilbudet?

«Deltaker» er valgt fremfor «mottaker» eller «bruker» fordi tjenesten selv benytter dette begrepet og anser tjenesten som deltakerstyrt (Spjøtvold et al., 2016). «Deltaker» vurderes i større grad å referere til individet som aktivt deltakende i egen prosess, og er derfor mer i tråd med prinsippene bak HF (Tsemberis, 2010). Drøfting av denne begrepsavklaringen vil utdypes i metodekapittelet, da dette ble et tema i intervjusituasjonen.

Studien har også som mål å belyse hvordan HF påvirker deltakerens opplevde livskvalitet. Den andre problemstillingen er som følger:

Hvordan beskriver deltakerne at Housing First i Trondheim kommune påvirker opplevd livskvalitet?

«Opplevd livskvalitet» er valgt fordi det er fokus på deltakerens egen definisjon av livskvalitet og subjektive vurdering av hvordan HF påvirker dette. I tolkning og forståelse av resultatene er recoveryperspektivet og livskvalitet valgt som teoretisk rammeverk. Recovery er et av grunnprinsippene i HF og livskvalitet er et mangfoldig konsept som tilbyr en bred forståelsesramme. I tillegg er livskvalitet et mye benyttet mål på bedring og betydningen av å få bolig (Busch-Geertsema, 2013; Hubley, Russell, Palepu & Hwang, 2014; Kyle & Dunn, 2008; Moons, Budts & De Geest, 2006). En sammenkobling av recovery og livskvalitet tilbyr et teoretisk rammeverk i smeltepunktet mellom samfunnspsykologi og helsepsykologi, og problemstillingene har gjennom dette teoretisk relevans. For å nyansere dette rammeverket inkluderes også supplerende teori på selvbestemmelse og sosial støtte. Dette teoretiske grunnlaget vil samlet danne rammeverk for forståelse av hvordan prinsippene bak HF kommer til uttrykk i opplevelsene til deltakerne. Samtidig er målet at kunnskap om dette kan bidra til en bedre forståelse av hvordan deltakergruppa opplever tilbudet, hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet og at dette kan ha implikasjoner for videreutvikling av kommunens boligsosiale tilbud. I tråd med anbefalinger for implementering av HF i Norge (Rambøll, 2012) kan studien bidra til å tydeliggjøre de faglige verdiene som er styrende for HF-modellen. Problemstillingene har slik praktisk så vel som teoretisk relevans.

Oppgavens struktur

Oppgaven har seks hoveddeler. Introduksjonen avklarer relevante begreper før en presentasjon av HF-modellen og HF i Trondheim. Deretter følger det teoretiske rammeverket med redegjørelse for recovery, selvbestemmelsesteori, livskvalitet og teori knyttet til sosial støtte og virksomme relasjoner. I tillegg inkluderer dette kapittelet tidligere forskning knyttet til HF både internasjonalt og nasjonalt, recovery som prosess og LK blant bostedsløse og mennesker med psykiske lidelser. Deretter beskrives oppgavens metode med fokus på valg og refleksjoner knyttet til dette, samt analysebeskrivelse. Resultatene fra analyseprosessen presenteres i et eget kapittel før en diskusjon hvor resultatene drøftes i lys av det teoretiske rammeverket og relevant empiri. Diskusjonen drøfter også implikasjoner av funnene, studiens begrensninger og belyser relevante temaer for fremtidig forskning. Det siste kapittelet oppsummerer hovedfunnene og presenterer avsluttende refleksjoner.

Begrepsavklaring

Deltaker. I denne studien refererer «deltaker» til de menneskene som etter søknad til kommunen har kommet inn i HF i Trondheim kommune. I Trondheim har de fleste deltakerne en ruslidelse med samtidig mild til moderat psykisk lidelse (Spjøtvold et al., 2016). Forskning viser at mennesker med langvarige psykiske lidelser ofte opplever vansker i boligmarkedet på grunn av lav inntekt, stigma, vanskeligheter i daglig funksjon og variasjon i symptomtrykk (Kyle & Dunn, 2008). I tillegg til utfordringer knyttet til rusbruk og psykisk helse har deltakerne i HF en begrenset økonomisk situasjon og en høy andel av deltakerne har vært involvert i kriminelle handlinger (Spjøtvold et al., 2016). Utvelgelseskriteriene for deltakelse i HF er basert på hvor lenge personen har vært bostedsløs og hvor kritisk det er for vedkommende å få bolig (Spjøtvold et al., 2016).

Opplevd livskvalitet (LK). Det følgende redegjør for valg av «opplevd livskvalitet» som begrep og avklarer hvilken forståelse av livskvalitet denne studien tar utgangspunkt i. Livskvalitet som teoretisk rammeverk beskrives i teorikapittelet.

Livskvalitet (LK) eller «*Quality of life*» (QoL) er en paraplybetegnelse som innebærer mange måter livet kan virke godt eller dårlig på (Ventegodt, Andersen & Merrick, 2003). Antakelser om hva et godt liv innebærer er kulturelt betinget. I vestlig kultur inkluderes ofte begreper som lykke, tilfredsstilte behov og sosial tilhørighet (Ventegodt, Merrick & Andersen, 2003). LK har vært definert på flere måter, og anses å inkludere flere dimensjoner, eksempelvis fysiske, sosiale og emosjonelle dimensjoner (Ringdal, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer LK med fokus på subjektivitet. Denne tilnærmingen antar at individet selv bedømmer LK basert på livssituasjon i lys av

kulturelle forhold, individets verdisystem og i relasjon til egne mål og forventninger (Williams, 2000). Subjektiv LK refererer til de psykologiske prosessene involvert i evaluering av egen velvære og tilfredshet på tvers av flere domener; familierelasjoner, fritid, økonomi og bosituasjon (Patterson et al., 2013). Denne universelle forståelsen har ført til at LK har vært mye brukt i disipliner involvert i diagnostisering, behandling og ettervern av mennesker med psykiske lidelser (Oliver & Mohamad, 1992). LK har også vært brukt som kvantitativt mål på betydning av å få bolig for bostedsløse og for å sammenligne ulike bosettingsmodeller (Busch-Geertsema, 2013; Hubley et al., 2014; Kyle & Dunn, 2008).

Denne oppgavens problemstilling refererer til «opplevd livskvalitet» hos deltakere i HF i Trondheim kommune. Dette forstås som subjektiv LK og innebærer at informantene ble gitt mulighet til selv å beskrive hva de definerer som god LK og fritt fortelle hvordan de opplever sin egen LK. LK benyttes ikke som et utfallsmål på deltakelse i HF, da målet med studien heller ikke er å evaluere tilbudet. De individuelle beskrivelsene vil heller ses i lys av livskvalitetsteori og deretter forstås basert på hvordan HF har bidratt til å forme denne opplevelsen. Målet er å få et bilde av hvordan deltakerne vurderer sin egen LK, uten å legge føringer for hva god LK nødvendigvis trenger å være.

Presentasjon av Housing First (HF)

For å kunne si noe om hvordan deltakerne i HF opplever tilbudet og vurdere hvordan dette påvirker opplevd LK er det nødvendig å forstå prinsippene bak HF-modellen. Bakgrunn og utvikling av modellen presenteres kort før en gjennomgang av grunnprinsippene i HF. Deretter gis en oversikt over HF i Trondheim kommune. Det anses som relevant å gi en beskrivelse av grunnprinsippene i modellen, da dette har implikasjoner for hvordan tjenesten utøves. Dette kan gi et helhetlig bilde av filosofien bak og sammen med det teoretiske rammeverket danne grunnlag for forståelse av opplevelsen til informantene. Det er utenfor rammene til denne oppgaven å gjennomgå detaljerte implementeringskriterier og metodebeskrivelser.

Bakgrunn og utvikling. Housing First er utarbeidet og grunnlagt av den frivillige organisasjonen «*Pathways to Housing*», etablert av Sam Tsemberis i New York i 1992. Modellen er utviklet som en reaksjon på at mennesker med ROP-lidelser ikke klarte å nyttiggjøre seg av ordinære tjenester, kalt «trappetrinnsmodellen» (Rambøll, 2012; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis et al., 2003). Trappetrinnsmodellen er oversatt fra «*continuum of care*» og baserer seg på at deltakerne må kvalifisere seg til bolig ut i fra motivasjon og boevne. Den bostedsløse må først leve opp til krav om rusfrihet og behandlingsprogresjon før bolig tildeles (Rambøll, 2012). Dette innebærer en antakelse om at det er nødvendig å bli klar

og stabil for å klare overgangen til bolig (Tsemberis et al., 2004). Trappetrinnsmodellen har fått kritikk for å være lite effektiv (Busch-Geertsema, 2013). HF har en annen tilnærming gjennom prinsippet om å gi «bolig først» og deretter påfølgende støtte i individuelle bedringsprosesser (Tsemberis, 2010).

Modellen har fått internasjonal oppmerksomhet og brukes nå i mange europeiske land (Busch-Geertsema, 2013; Pleace, 2016). De siste årene har også flere norske kommuner etablert botilbud basert på modellen (Departementene, 2014; Husbanken, 2017). Husbanken (2017) har i samarbeid med Sam Tsemberis utarbeidet en metodehåndbok for HF i Norge. Det er ca. 200 deltakere i Norge og i 2016 hadde 18 kommuner startet et HF-program (Husbanken, 2017). I 2012 gjennomførte Rambøll en evaluering av muligheter og hindringer for implementering av HF i Norge. Evalueringen tok for seg politiske, organisatoriske og økonomiske aspekter. Til tross for enkelte utfordringer knyttet til tilgang på boliger, ulike oppfølgingsmetoder mellom tjenesteytere og enkelte institusjonelle barrierer, konkluderte rapporten med at norske kommuner totalt sett har gode forutsetninger for implementering av modellen (Rambøll, 2012). Trondheim var en av de 12 første norske kommunene som på bakgrunn av boligsosiale utfordringer implementerte HF som prosjekt (Snertingdal, 2014).

Grunnprinsipper i Housing First. Det er åtte sentrale prinsipper i HF-modellen, som først ble beskrevet av Tsemberis (2010) og inkludert i den norske metodehåndboken (Husbanken, 2017).

(1) *Bolig som menneskerett* handler om at bolig ikke er noe man må gjøre seg fortjent til, men en grunnleggende rett og forutsetning for utvikling. Det er derfor ingen krav om rusfrihet eller andre regler for å få bolig.

(2) *Varme, respekt og medfølelse* er grunnlaget for kommunikasjonen mellom ansatte og deltakere, og skal formidle håp og muligheter.

(3) *Spredte boliger* går ut på at boligene skal være fra huseiere i lokalsamfunnet eller i kommunale boliger. HF eier ingen boliger, men hjelper med å skaffe tilgang på boliger spredt rundt i kommunen. Prinsippet er basert på at det har verdi å ha egen bolig i et ordinært boligområde og at dette kan bidra til sosial inkludering.

(4) *Skille mellom bolig og tjeneste* bygger på at deltakerne skal bo i omgivelser som har minst mulig begrensninger. De skal bo integrert i samfunnet og HF skal aldri leie mer enn 20% av enhetene i en bygning. Deltakerne har derfor de samme forutsetningene for å dra nytte av sosiale, kulturelle og yrkesmessige tilbud som resten av samfunnet. Prinsippet gir også mulighet til kontinuitet i oppfølging, da deltakerne ikke mister tilbudet ved eventuell utkastelse eller andre kriser.

(5) *Deltakerstyrte valg* er en grunnleggende antakelse om at deltakerne selv skal velge sine prioriteringer både med tanke på oppfølging fra tjenesten og i egen bedringsprosess. Dette inkluderer valgmuligheter knyttet til boligen. Det kan likevel være enkelte begrensninger knyttet til tilgjengelighet av boliger (Husbanken, 2017). I tillegg må deltakerne rette seg etter vilkår i en standard leieavtale og møte de ansatte i HF ved jevne mellomrom.

(6) *Forpliktelse til å følge opp så lenge det er behov* handler om at de ansatte skal formidle en holdning om at de stiller opp og støtter deltakeren uavhengig av hva som skjer i deltakerens liv.

(7) *Fokus på recovery (bedringsprosesser)* beskrives som selve hjørnesteinen i HF-modellen. Grunnet for recovery begynner med valgmulighetene og fokuset på selvbestemmelse. Deltakerne oppfordres til å fortelle hva de selv er bekymret for, håper på og har behov for. Det er fokus på muligheten til å leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv selv med psykiske vansker eller rusmiddelrelaterte problemer. De ansatte skal formidle at deltakeren selv er ekspert på egne behov og at de selv vet hva som skal til i sin egen bedringsprosess.

(8) *Skadereduksjon* innebærer et fokus på reduksjon av negative konsekvenser av helseskadelig eller risikofylt atferd, heller enn krav om rusfrihet eller oppnådd bedring. Dette gjøres derfor ut i fra deltakerens egne mål (Husbanken, 2017; Tsemberis, 2010).

Housing First Trondheim (HFTrd). Housing First startet som prosjekt i Trondheim kommune, i 2012. Følgende beskrivelse av HFTrd er basert på rapporten til kommunen ved prosjektperiodens slutt i 2016 (Spjøtvold et al., 2016). Tilbudet hadde på daværende tidspunkt bosatt 40 bostedsløse mennesker med ROP-lidelser. HFTrd har tilstrebet høy grad av likhet til den opprinnelige modellen fra «*Pathways to Housing*» i New York. I Trondheim kommune har Enhet for service og internkontroll (ESIKT) ansvar for å velge ut deltakere basert på kandidater tilsendt fra Helse- og velferdskontorene (HVK). HFTrd tilbyr kommunale utleieboliger i ordinære borettslag. Deltakerne får valgfrihet i bolig og det etterstrebes leiligheter tilpasset deltakerens preferanser. Tjenesten gir oppfølging i form av hjemmebesøk, samtaler, ansvarsgruppemøter og brukerstyrt bistand. HFTrd benytter koordinerende psykososialt arbeid (KPA) som metode. Dette innebærer at de ansatte har en koordinatorrolle og ansvar for å følge opp én eller flere deltakere i koordinering av behandlingstiltak, utvikling av personlige ressurser og livskvalitet, samt sikring av individets rettigheter (StatensHelsetilsyn, 2000). Recovery er en annen sentral metodikk i HFTrd og defineres i prosjektrapporten som «...å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personen selv definerer det, både med og uten symptomer» (Spjøtvold et al., 2016, s. 18).

Andre sentrale metodikker som benyttes i HFTrd er EuropASI som strukturert verktøy i å kartlegge alvorlighetsgrad av personens rusmiddelavhengighet, samt fokus på skadereduksjon fremfor mål om fullstendig rusfrihet. Resultatene fra prosjektperioden viser en bostabilitet på ca. 80% og en generell nedgang i bruk av rusmidler. Det er i dag tre ansatte i HFTrd og tilbudet er underlagt Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR) i Trondheim kommune (Spjøtvold et al., 2016).

Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

Recovery

Prinsippet om recovery beskrives som en bærebjelke i filosofien bak HF (Tsemberis, 2010). For å gi en oversikt over de ulike aspektene av recovery presenteres kort det historiske grunnlaget, før en utgreiing med fokus på personlige og sosiale aspekter av recovery og recoveryorientert praksis.

Bakgrunn og utvikling. Recovery har vært gjenstand for ulike definisjoner og forståelsesmåter, og det er en utfordring at recovery både som begrep og praksis ikke anvendes på en entydig måte i forskningslitteraturen. Noe av årsaken til forvirringen handler om to parallelle begrepsforståelser som har vokst frem de siste 40 årene; «*recovery from*» og «*recovery in*» (Davidson & Roe, 2007).

Recovery from. Den første retningen er recovery definert som full symptomfrihet og gjenvinning av tidligere «normal» funksjon (Davidson & Roe, 2007). Denne forståelsen av recovery har også vært definert som *klinisk recovery* (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Definisjonen har røtter i hvordan det på 1970- og 80-tallet kom flere longitudinelle studier som demonstrerte bred heterogenitet i utfall av alvorlige psykiske lidelser (Carpenter Jr & Kirkpatrick, 1988; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987; Harding & Zahniser, 1994). Forskningen viste at delvis til full recovery er et like vanlig utfall av alvorlig psykisk lidelse som vedvarende alvorlig svekkelse. Alvorlig psykisk sykdom kan gå over, enten via behandling eller av seg selv (Davidson & Roe, 2007; Davidson et al., 2016). Denne typen recovery er basert på eksplisitte kriterier for nivå av symptomer og er derfor lett målbar (Borg et al., 2013; Davidson & Roe, 2007). Psykiske helsetjenester i tråd med denne forståelsen av recovery vil derfor ha store likheter med somatiske helsetjenester (Davidson & Roe, 2007).

Recovery in. Den andre parallelle utviklingen av recovery definerer Davidson og Roe (2007) som «*recovery in*». Dette handler om å leve et trygt, verdig og selvstendig liv gitt livets forutsetninger og utfordringene de psykiske vanskene gir. Dette konseptet har opprinnelse i «*The Independent Living and Civil Rights Movements*» i USA på 1960- og 70-

tallet. Tidligere pasienter tok til ordet og ga et mer nyansert bilde av «syk-frisk»-dikotomien (Davidson & Roe, 2007). Denne tradisjonen har derfor røtter i personlig erfaring til mennesker i recovery; brukerperspektivet (Borg et al., 2013). I tillegg bar denne tiden preg av en deinstitutionalisering der ansvaret for å ivareta behovene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser gikk fra sykehusene til kommunene (Anthony, 1993; Young & Ensing, 1999). Det ble samtidig et sterkere fokus på menneskerettigheter og brukervedvirkning i psykisk helsearbeid (Borg et al., 2013).

Patricia Deegan (1988) anses som en av de første til å skille mellom det å ha oppnådd klinisk bedring fra en psykisk lidelse og det å være i en pågående bedringsprosess (Davidson et al., 2016). Hun definerte recovery som det erfarte livet til personer som aksepterer og overkommer utfordringene funksjonshemmingen eller sykdommen gir. Recovery er en prosess for å bli aktiv deltaker i eget liv (Deegan, 1988). Anthony (1993) bygget videre på dette og definerte recovery som en personlig unik prosess som innebærer endring i individets holdninger, verdier, følelser, mål, evner og roller. Recovery handler om å forholde seg til utfordringene sine på en ny måte (Anthony, 1993) og hvordan mennesker subjektivt erfarer livet sitt i møte med psykiske vansker (Slade & Longden, 2015). I dette perspektivet anses psykisk sykdom som kun ett aspekt av en ellers hel person. Målet er å gjenvinne en viss kontroll over eget liv (Davidson & Roe, 2007). «*Recovery from*» og «*recovery in*» trenger ikke være gjensidig utelukkende, men omhandler to ulike aspekter av psykisk sykdom (Davidson & Roe, 2007). Likevel anses inkluderingen av «*recovery in*» som helt sentralt i forståelsen av bedringsprosessen til mennesker med psykiske lidelser. En slik definisjon har vært ansett som bredere enn kun de personlige aspektene og inkluderer sosiale prosesser som fungerer integrert med den personlige recoveryprosessen (Karlsson & Borg, 2017). Med mindre annet er spesifisert vil alle påfølgende referanser til «recovery» være med utgangspunkt i forståelsen definert som «*recovery in*».

Recovery som en personlig og sosial prosess. Som en personlig prosess har recovery vært foreslått som en modell i tre stadier (Young & Ensing, 1999). *Det første stadiet* handler om å overkomme fastlåsthet, inkludert det å akseptere sykdommen sin, gjenvinne et ønske om og motivasjon for endring og å finne en kilde til håp. *Det andre stadiet* handler om å gjenvinne det som har vært tapt og bevege seg fremover. Dette inkluderer å ta mer kontroll over og ansvar for eget liv og utvikle mer tro på seg selv, samt mer innsikt i forholdet mellom selvet og vanskene sine. I tillegg inkluderer dette stadiet forsøk på å gjenfinne og opprettholde et funksjonsnivå relatert til rutine og normalisering av hverdagen, samt evne til å danne meningsfulle relasjoner med andre. *Det tredje stadiet* handler om å kunne ha god livskvalitet,

inkludert det å utvikle en generell følelse av tilfredshet («*well-being*»), bygge opp et positivt selvbilde og ønske om å føle seg normal og stabil. Stadiet inkluderer også utforskning av potensialet for selvstendighet (Young & Ensing, 1999).

Viktigheten av å etablere følelse av kontroll, som definert under det andre stadiet, kan ses i lys av «*empowerment*» som samfunnspsykologisk begrep. Dette forskningsområde er beslektet med recovery (Borg et al., 2013), da empowerment handler om hvordan samfunnet burde ha som mål å øke mulighetene mennesker har til å kontrollere sine egne liv (Rappaport, 1981). Slik tydeliggjør dette betydningen av samfunnet og sosiale faktorer for recoveryprosessen. Recovery innebærer transaksjonelle effekter mellom individ og miljø. Sosiale relasjoner, muligheter og trygge omstendigheter er nødvendig i tillegg til de personsentrerte elementene av recovery (Onken, Craig, Ridgway, Ralph & Cook, 2007). Recovery må anses som en integrert del av dagliglivet, der den individuelle recoveryprosessen påvirkes av levekår, livssituasjon og tilgjengelig støtte fra omgivelsene (Karlsson & Borg, 2017). Dette handler om tilfredsstillelse av grunnleggende behov, inkludert trygg bolig, trygg inntekt og passende helsetilbud. Et slikt økologisk perspektiv ser derfor individet i behov av visse forutsetninger for å kunne fungere og ser disse forutsetningene som en menneskerett. Dermed blir ikke recovery kun individets ansvar, men også samfunnets (Onken et al., 2007). Dette kan relateres til det samfunnspsykologiske prinsippet om at samfunnet skal bidra til å tilfredsstille menneskers behov (Nelson & Prilleltensky, 2010).

Recoveryorientert praksis. Karlsson og Borg (2017) beskriver hvordan det å arbeide recoveryorientert handler om å ta utgangspunkt i det unike individet med fokus på ønsker og ressurser, gi reelle valgmuligheter og støtte individet i egne valg. Individet bør møtes med verdighet og respekt og samtidig støttes i å utfordre seg selv. Det handler også om å inkludere et samfunnsorientert fokus med forståelse for betydningen av hverdagen (Karlsson & Borg, 2017). Recoveryorientert praksis bør øke evne til å leve med og håndtere sitt eget liv i tillegg til å fjerne barrierer til utøvelse av dette (Davidson & Roe, 2007). Det bør også være fokus på å hjelpe individet med å finne en meningsfull følelse av medlemskap i samfunnet (Davidson et al., 2007). Recoveryorientert praksis vil derfor innebære rehabiliteringstiltak, definert som tjenester med mål om bedre tilpasning (Davidson et al., 2016; Deegan, 1988), men fokus er på utøvelse preget av respekt og samarbeid (Davidson et al., 2016). Dette handler derfor om hva helsepersonell gjør for å støtte mennesker i sin egen innsats i recovery (Davidson et al., 2016; Davidson & White, 2007).

Som et eksempel på implikasjonene av recoveryorientert praksis foreslår Davidson og White (2007) recovery som et organiserende prinsipp i integrering av psykiske helsetjenester

og behandling av rusmiddelavhengighet. Dette er i tråd med politiske føringer i Norge for behandling av ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012) og tydeliggjør relevansen til HF som et recoveryorientert boligsosialt tiltak. Recoveryprosessen for ROP-pasienter har blitt definert som «*dual recovery*» (Davidson et al., 2008). Begrepet er basert på at fasene i recoveryprosessen for mennesker med rusmiddelavhengighet og mennesker med psykiske lidelser deler sentrale likheter. Fokus på å gjenvinne håp, positiv redefinering av selvet og gjenetablering av meningsfulle sosiale roller er sentrale fellestrekk og derfor noe recoveryorientert praksis bør ta hensyn til. Opplevelse av å bli en myndiggjort («*empowered*») samfunnsborger er også sentralt. Spesielt knyttet til å kunne bidra og hjelpe andre (Davidson et al., 2008). I tillegg har etablering av et meningsfullt hverdagsliv, fokus på styrker og fremtiden, samt reetablering av støttende relasjoner også vært identifisert som fasiliterende for «*dual recovery*». På den annen side kan mangel på tilpasset støtte og ukoordinerte tjenester gjøre en slik integrering vanskeligere. Det anses derfor viktig for «*dual recovery*» å inkludere en forståelse av recovery som både en personlig og en sosial prosess (Ness, Borg & Davidson, 2014).

Selvbestemmelsesteori

Selvbestemmelse anses som et sentralt element i HF, da målet er å bedre livsmuligheter, helse og velvære for deltakerne (Pleace, 2016). I bred forstand kan selvbestemmelse defineres som retten til å ha full makt over eget liv (Cook & Jonikas, 2002). Det handler om friheten til å ta grunnleggende avgjørelser i eget liv (Onken et al., 2007). Selvbestemmelse har vært ansett som en sentral del av recovery. Anthony (1993) beskrev recoveryprosessen som bevegelse bort fra mangel på muligheter og selvbestemmelse. Grad av selvbestemmelse kan på den måten forstås som et subjektivt utfallsmål på recovery (Anthony, 1993). Dette er i tråd med Onken et al. (2007) sin beskrivelse av selvbestemmelse som en del av de personsentrerte elementene i recovery, og det inkluderer betydningen av tilgjengelig støtte og assistanse når individet selv har behov (Onken et al., 2007). I HF anses selvbestemmelse som utgangspunktet for recovery og valgmuligheter er en svært viktig verdi (Pleace, 2016; Tsemberis, 2010; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis et al., 2003). Nettopp det å øke valg for mennesker som mottar helsetjenester anses som en sentral del av å fremme ekte selvbestemmelse (Cook & Jonikas, 2002).

Ryan & Deci (2000) har formulert en selvbestemmelsesteori med fokus på hvilke sosiale og kontekstuelle forhold som kan fremme eller hemme de naturlige prosessene i mennesket knyttet til motivasjon og sunn psykologisk utvikling. Grad av selvbestemmelse ses i lys av ulike typer motivasjon langs et spekter av ulike nivåer autonomi som igjen er relatert

til ulike typer indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er definert som gjennomføring av noe med mål om et separat utfall. Indre motivasjon er definert som gjennomføring av noe for å oppnå en indre tilfredsstillelse. Denne typen motivasjon er assosiert med størst grad av autonomi og selvbestemmelse og gjennom dette størst grad av indre glede. Opprettholdelse av indre motivasjon er avhengig av støttende omgivelser og økt grad av selvbestemmelse er relatert til økende grad av indre motivasjon. Ryan & Deci (2000) trekker frem forskning som har vist at mennesker med indre motivasjon har mer interesse, engasjement og selvtillit. De presterer derfor bedre, har bedre utholdenhet, kreativitet, vitalitet og generelt velvære («*well-being*»). Selvbestemmelsesteori har et positivt menneskesyn og fremhever hvordan det å vise innsats og agens i eget liv er en positiv og vedvarende karakteristikk ved menneskets natur. For at mennesker skal oppnå denne følelsen av agens står tre indre psykologiske behov sentralt; følelse av kompetanse, følelse av autonomi og følelse av tilhørighet (Ryan & Deci, 2000).

Livskvalitet (LK)

Det har de siste 50-60 årene vært en enorm økning i interessen for og forskning på LK (Moons, 2004; Moons et al., 2006; Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira & Martins, 2017; Ringdal, 1999; Taillefer, Dupuis, Roberge & LeMay, 2003). LK anses likevel som et uensartet begrep og det har vært lite konsensus om definisjon (Carr, Gibson & Robinson, 2001; Katschnig, 2006; Moons, 2004; Moons et al., 2006; Pinto et al., 2017; Ringdal, 1999; Taillefer et al., 2003). En detaljert gjennomgang av ulike definisjoner er utenfor rammene til denne oppgaven. Det er fokus på å skille mellom LK og helsebegrepet, da dette er viktig i forståelsen av hva LK betyr for mennesker med psykiske helsevansker. Skillet mellom subjektiv og objektiv LK tydeliggjøres, samt det dynamiske aspektet av LK. Dette er relevant for å nyansere hva som er god LK for mennesker med en utfordrende livssituasjon og potensielt redusert objektiv LK.

Bakgrunn og utvikling. Veenhoven (1996) beskriver hvordan forskning på LK og tilfredshet med livet har røtter i tanker fra opplysningstiden i det 18. århundre. Selvaktualisering og lykke ble sentrale begreper i tråd med et økende fokus på meningen med livet. Samfunnet ble i større grad ansett som et verktøy for å gi borgere nødvendige forutsetninger for et godt liv. Disse tankene preget samfunnsutviklingen gjennom det 19. og det 20. århundre. Økonomisk vekst og stabilitet førte til et større fokus på sosiale indikatorer for velferd. Dette aktualiserte behovet for en bredere konseptualisering av det gode liv og hvordan måle det. Som resultat av dette ble «*Quality of life*» introdusert som begrep på 1970-tallet gjennom amerikanske studier på menneskers tilfredshet med livet. Disse studiene

inkluderte subjektive mål på velferd, i tillegg til økonomiske og materielle mål (Andrews & Withey, 1976; Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Siden 1970-tallet har LK hatt økende signifikans både i forskning og i klinisk praksis (Karimi & Brazier, 2016; Moons et al., 2006; Pinto et al., 2017; Ringdal, 1999; Taillefer et al., 2003). LK har blitt en viktig parameter i evaluering av kvaliteten på og utfallet av helsetjenester. Spesielt for mennesker med kroniske lidelser, da symptomfrihet ofte er usannsynlig. Derfor brukes LK ofte som et utfallsmål (Katschnig, 2006; Moons et al., 2006).

Totalt sett kan den økende interessen for livskvalitetsforskning forstås i lys av utviklingen av den biomedisinske sykdomsmodellen. Engel (1977) kritiserte denne modellen for å være for snever og inkorporerte derfor psykososiale faktorer. Han formulerte hvordan biologiske, psykologiske og sosiale prosesser er integrert og interaktivt involvert i fysisk helse og sykdom. Denne biopsykososiale modellen gir en flerdimensjonal forståelse av mennesket og tydeliggjør viktigheten av å fange kompleksiteten til disse systemene i en sykdoms etiologi, forebygging og behandling (Suls & Rothman, 2004). Denne holistiske forståelsen av mennesket har preget livskvalitetsforskningen (Katschnig, 2006; Ringdal, 1999).

Livskvalitet, helse og tilfredshet med livet. Livskvalitetsbegrepet kan forstås i lys av WHO's definisjon av helse som «en tilstand ikke bare forbundet med fravær av sykdom og skade, men tilstedeværelse av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære («*well-being*»»)» (Breslow, 1972, som referert til i Ringdal, 1999, s. 85). Definisjonen åpner for at helse handler om å fremme positiv helse og ikke bare om å redusere symptomer og funksjonssvikt (Karimi & Brazier, 2016; Ringdal, 1999). Definisjonen har fått kritikk for å være urealistisk, men den gir samtidig en helhetlig forståelsesramme og fremhever både subjektivitet og menneskets sosiale natur (Ringdal, 1999).

Selv om helse konsistent inkluderes som et viktig aspekt av LK (Moons, 2004; Moons et al., 2006), har LK vært definert som mer helhetlig og omfattende enn både helse og helserelatert livskvalitet (HRQoL) (Albrecht & Devlieger, 1999; Michalos, 2017; Moons, 2004; Torrance, 1987). HRQoL omhandler kroppslig og mental funksjon (Mæland, 1993), og har vært ansett som et mål på subjektiv opplevelse av helse og livssituasjon (Carr et al., 2001; Ringdal, 1999). Begrepet har vært utsatt for kritikk fordi det ofte ikke skiller seg tydelig fra helse eller fra LK (Karimi & Brazier, 2016; Michalos, 2017; Moons, 2004; Taillefer et al., 2003). Et overdrevent fokus på HRQoL kan gjøre at helserelaterte faktorer overestimeres og at ikke-medisinske faktorer underestimeres (Moons et al., 2006). Tradisjonelt har HRQoL vært benyttet i studiet av ulike sykdomsgrupper og generell LK brukt i vurdering av friske mennesker (Moons, 2004; Moons et al., 2006). Dette perspektivet har møtt kritikk da det

anses som nødvendig i studiet av sykdom å ikke begrense forestillingen om LK til HRQoL. Det kan føre til at mennesker med fysisk eller psykisk sykdom blir redusert til kun å karakteriseres av svekket funksjon og at helhetlige aspekter som sosiale, psykologiske og spirituelle deler av livet ikke tas hensyn til (Albrecht & Devlieger, 1999).

Det har vært foreslått at helse burde anses som en determinant av LK, som kan bidra til god eller dårlig LK, heller enn som en indikator på LK i seg selv (Moons, 2004). En indikator er definert som hva LK er og hva det refererer til. En determinant er definert som hva LK bidrar til og hva som påvirker LK (Smith et al., 1999). Dette handler om hvorvidt LK-modeller tydeliggjør forskjellen på LK og de biopsykososiale faktorene som påvirker LK (Moons et al., 2006; Taillefer et al., 2003). Konseptanalyser har, blant annet basert på dette, indikert at LK mest passende forstås som «tilfredshet med livet» («*life satisfaction*») (Ferrans, 1996; Moons et al., 2006). «Tilfredshet med livet» er definert som i hvilken grad individet positivt evaluerer kvaliteten på livet sitt som en helhet (Veenhoven, 1996). Konseptet refererer til en generell og helhetlig vurdering, skiller tydelig mellom helse og LK, inkluderer subjektive evalueringer og bevarer samtidig et fokus på styrker og mestring (Moons et al., 2006). På bakgrunn av dette hevdes det at «tilfredshet med livet» korresponderer med generell LK og ikke er begrenset til HRQoL (Moons et al., 2006).

Subjektiv og objektiv livskvalitet. Skillet mellom subjektiv og objektiv LK er tydelig både i empiriske operasjonaliseringer og i livskvalitetsteori (Hubley et al., 2014; Ventegodt, Merrick, et al., 2003). LK kan omfatte både subjektive vurderinger av eget liv, og objektive målinger basert på observerbare livsbetingelser eller fysisk fungering som kan operasjonaliseres (Andrews & Withey, 1976; Moons et al., 2006; Ringdal, 1999). Likevel argumenteres det allerede i den tidlige forskningen for at LK ikke defineres godt nok gjennom objektive kriterier (Andrews & Withey, 1976). Empirisk har objektive mål som inntekt eller arbeid ofte ikke vært gode nok til å forklare individers egne erfaringer og evne til å håndtere både negative og positive livshendelser (Hubley et al., 2014). Penger, makt og kunnskap trer ikke frem som de viktigste aspektene av et godt liv (Ventegodt, Andersen, et al., 2003). Objektive forhold kan heller anses som variabler som kan påvirke subjektiv LK.

Ventegodt, Merrick, et al. (2003) beskriver subjektiv og objektiv LK langs et kontinuum der subjektiv LK inkluderer velvære («*well-being*»), tilfredshet, lykke og meningen med livet. Objektiv LK inkluderer biologisk balanse, realisering av livspotensialet, tilfredsstillelse av behov og objektive faktorer. «Tilfredsstillelse av behov» som en del av objektiv LK, er et fellestrekk ved alle mennesker og uttrykk for vår natur. Tilfredsstillelse av behov gir derfor en god følelse og kan slik forstås i lys av LK. Ventegodt, Merrick, et al.

(2003) påpeker samtidig at «behov» er et tvetydig konsept som også er relatert til de subjektive dimensjonene av LK. Tilfredsstilte objektive behov som mat og bolig kan gi subjektiv følelse av tilfredshet og velvære. Modellen tydeliggjør totalt sett forskjellen på subjektive vurderinger og eksterne faktorer i menneskes.

Moons et al. (2006) hevder det er usannsynlig at LK bestemmes av objektive forhold og illustrerer dette gjennom «*the disability paradox*» (Albrecht & Devlieger, 1999). Albrecht og Devlieger (1999) fant gjennom en kvalitativ tilnærming at en stor andel mennesker med alvorlig kronisk sykdom rapporterte god eller veldig god LK. Her defineres helseutfordringer som en del av objektiv LK. Dette paradokset fremhever viktigheten av personlig erfaring både i definisjon av seg selv og den sosiale konteksten individet er en del av. Faktorer som ble assosiert med god LK var blant annet anerkjennelse av svekkelsen, følelse av kontroll over kropp og sjel, bevart evne til å oppfylle etablerte roller, et fokus på mestringsområder i livet og gjensidige sosiale relasjoner (Albrecht & Devlieger, 1999). «*The disability paradox*» illustrerer misforholdet mellom objektive forhold og subjektive erfaringer og er derfor et argument for betydningen av subjektive dimensjoner i LK.

Dynamiske aspekter av livskvalitet. Oppfattelse av LK kan variere mellom ulike individer, og kan samtidig være dynamisk innad i samme individ (Carr et al., 2001). Carr et al. (2001) foreslår en modell for LK som illustrerer hvordan endringer i individets forventninger til egen helse kan bidra til bedre LK til tross for redusert helse.

Viktigheten av et individs tilpasning til egen sykdom har i livskvalitetsforskning vært omtalt som «*response shift*», definert som endring i evaluering av seg selv (Sprangers & Schwartz, 1999). Som et resultat av dynamiske livshendelser, sykdomsprogresjon, mestringssevner eller kulturelle endringer er det sannsynlig at LK over tid vil være gjenstand for endring (Moons et al., 2006). Sprangers og Schwartz (1999) trekker frem flere linjer av evidens som tyder på at «*response shift*» spiller en viktig rolle i håndtering av sykdom; pasienter med livstruende sykdom rapporterer stabil LK; mennesker med alvorlig kronisk sykdom rapporterer nivå av LK som hverken er bedre eller dårligere enn mindre alvorlige syke pasienter, eller friske individer; og helsepersonell ser ut til å underestimere pasienters LK, sammenlignet med pasienters egen vurdering. Sprangers og Schwartz (1999) beskriver hvordan endring i helsestatus, kombinert med individuelle disposisjoner, aktiverer atferdsmessige, kognitive og affektive prosesser nødvendig for å håndtere sykdom. Disse prosessene kan endre individets konseptualisering av LK. «*Response shift*» kan derfor forstås som en viktig komponent i behandling. Potensielt kan behandling som induserer «*response shift*» resultere i bedre behandlingsresultater enn de som ikke retter seg mot dette aspektet.

Fleksibiliteten dette åpner for kan forstås som nødvendig for å opprettholde et akseptabelt nivå av LK når man står overfor kontinuerlig endring som resultat av helseutfordringer (Sprangers & Schwartz, 1999).

Både Carr et al. (2001) og Sprangers og Schwartz (1999) tar utgangspunkt i LK definert som HRQoL. Til tross for at denne definisjonen har vært utsatt for kritikk, illustrerer modellene et viktig aspekt av hvordan individuelle vurderinger av eget liv kan være fluktuerende og gjenstand for endring. Forventninger til helse kan forstås som noe av kjernen i helsefremming (Carr et al., 2001).

Sosial støtte og virksomme relasjoner

Betydningen av nærhet i relasjon til andre har vært ansett som nødvendig for et genuint godt liv og sentralt for LK (Ventegodt, Andersen, et al., 2003). Tilknytning og tilhørighet anses som grunnleggende menneskelige behov og innenfor samfunnspsykologi beskriver Nelson og Prilleltensky (2010) begrepet «*sense of community*», som ble introdusert av Sarason (1974). Dette handler om den følelsen det gir å tilhøre en gruppe som deler affektive bånd, ha mulighet til å påvirke noe selv og samtidig oppleve fellesskap og støtte. Betydningen av sosial støtte er gjennomgående i recoverylitteraturen (Young & Ensing, 1999). Sosial støtte er definert som informasjon som fører til at et individ føler at det ivaretas, elskes og er medlem av et gjensidig forpliktende nettverk (Cobb, 1976). Sosial støtte har vist seg å være beskyttende mot en rekke patologiske tilstander, inkludert psykiske lidelser (Cobb, 1976), samt foreslått som mediator i forholdet mellom stressende livshendelser og psykologiske utfall (Wilcox, 1981).

Sammenhengen mellom sosial støtte og velvære («*well-being*») har vært forklart via to ulike årsaksmodeller relatert til ulike grader av stress av Cohen og Wills (1985).

«Hovedeffektmodellen» beskriver en lineær sammenheng mellom sosial støtte og velvære, der mer sosial støtte gir bedre velvære uavhengig av stressnivå (Cohen & Wills, 1985). Dette er sosial støtte gjennom strukturelle kvantitative mål på tilstedeværelse av sosiale relasjoner, definert som strukturell støtte (Helgeson, 2003). I motsetning forklarer «stress-buffermodellen» forholdet mellom sosial støtte og velvære som avhengig av stressnivå. Ved lite stress er sosial støtte ikke relatert til velvære, men ved høyt stressnivå fungerer sosial støtte som en buffer og derfor beskyttende (Cohen & Wills, 1985). Denne forklaringsmodellen tar utgangspunkt i funksjonelle mål på sosial støtte, definert som et kvalitativt mål på de ressursene som faktisk eksisterer i det sosiale støttenettverket, funksjonell støtte (Helgeson, 2003). Denne typen sosial støtte deles gjerne inn i tre ulike typer. *Emosjonell støtte* handler om å lytte, gi omsorg og trygghet og fører til en opplevelse av

verdi og kjærlighet. Dette ser ut til å ha effekt uavhengig av kilden. *Instrumentell støtte* er konkret assistanse som for eksempel hjelp i bolig eller andre praktiske gjøremål. *Informativ støtte* er formidling av informasjon eller rettleiding. Helgeson (2003) tar utgangspunkt i modellen til Cohen og Wills (1985) og definerer velvære som LK. Slik beskriver Helgeson (2003) hvordan både strukturelle og funksjonelle aspekter av sosial støtte kan påvirke LK, men på ulike måter. Strukturell støtte kan bedre LK via bedre humør, følelse av identitet og som kilde til vennskap og felles aktiviteter. Funksjonell støtte kan bedre LK via endring av hvordan mennesker vurderer stressende hendelser (Helgeson, 2003).

Det at emosjonell støtte ser ut til å ha verdi uavhengig av kilde indikerer at trygge relasjoner har betydning i seg selv og at helsepersonell kan være vel så viktig som familie eller sosialt nettverk. Kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonell og mottaker av helsetjenester har vært identifisert som en viktig faktor i recoveryprosessen (Denhov & Topor, 2012; Ljungberg, Denhov & Topor, 2016). Innenfor psykoterapi anses arbeidsalliansen mellom terapeut og klient som nøkkelen for endring (Bordin, 1979; Rogers, 1957). Denne består av enighet om mål, enighet om de terapeutiske oppgavene for å oppnå målene og etablering av et emosjonelt bånd preget av empati og varme (Bordin, 1979). Det er avgjørende at terapeuten er genuint engasjert og formidler en ubetinget aksept av klienten (Rogers, 1957). Bordin (1979) argumenterte for at arbeidsalliansens relevans ikke er begrenset til psykoterapi, men gjeldende i alle relasjoner der endring er målet.

Helsepersonell som er engasjert og møter klienten med en ikke-stigmatiserende holdning, samt kontinuitet i oppfølging og et positivt emosjonelt klima har vært identifisert som sentralt i gode virksomme relasjoner innenfor psykisk helsevern (Denhov & Topor, 2012). Betydningen av sosial interaksjon kan forstås som spesielt viktig for gode relasjoner. Erfaring av at helsepersonell formidler et syn på individet som et vanlig menneske og som noe mer enn bare en pasient har vært drøftet som grunnlag for følelse av gjensidighet og likhet (Denhov & Topor, 2012). Slik opplevelse av sosial støtte har vært assosiert med økt motstandsdyktighet i håndtering av negativt stress som følge av stigma og kan derfor forstås som en beskyttende faktor (Chronister, Chou & Liao, 2013).

Stigma. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har historisk sett vært utsatt for stigmatisering. Dette anses som en av de vanligste barrierene for å oppnå sosiale muligheter og tilpasning (Corrigan, 1998; Mezzina et al., 2006; Onken et al., 2007).

Goffmann (1986) definerte stigma som en diskrediterende karakteristikk av et individ som oppstår som følge av avvik fra det som forventes i en sosial setting eller kategori. Dette er derfor en prosess som ødelegger normal identitet da det bidrar til en sosial sammenligning

både av den stigmatiserte som «utenfor» eller «unormal» og de stigmatiserende som «innenfor» eller «normale». En stigmatisert person opplever å ikke bli akseptert. Videre definerte Goffmann (1986) stigma av individuell karakter som en karakterisering av noen som svak, unaturlig eller uærlig. Grupper ofte utsatt for stigma er mennesker med psykiske lidelser, kriminalitet, rusmiddelavhengighet, arbeidsløshet, suicidalitet eller radikale politiske holdninger (Goffmann, 1986). Ytre stigma kan føre til internalisert stigma, definert som utvikling av privat skam (Corrigan, 1998). Det å holde sin psykiske sykdom hemmelig, samt håndtering av stigma gjennom sosial tilbaketrekning har vært assosiert med høyere nivåer av internalisert stigma og mindre grad av bedring (Chronister et al., 2013). For mennesker med alvorlige psykiske lidelser har stigma blitt identifisert som sosial barriere både i naturlige sosiale nettverk og innad i psykisk helsevern (Mezzina et al., 2006).

Tidligere forskning

Dette underkapittelet trekker frem forskning på HF på internasjonalt nivå, for å gi en indikasjon på implikasjonene av modellen, samt nasjonale evalueringer for å gi et bilde av de norske modellene. Dette vil fungere som sammenligningsgrunnlag for denne studiens resultater. Det inkluderes deretter kvalitativ forskning på recovery mer spesifikt knyttet til sentrale elementer i recoveryprosessen. Til slutt presenteres relevant forskning på betydningen av bolig for LK, samt hva annen forskning indikerer relatert til hvordan mennesker med psykiske vansker definerer LK.

Housing First. Forskning på HF sammenlignet med tildeling av bolig etter trappetrinnsmodellen indikerer at HF gir signifikant bedre utfall i bostabilitet, psykisk helse, rusavhengighet og livskvalitet (Busch-Geertsema, 2013; Gilmer et al., 2010; Patterson et al., 2013; Pleace, 2016; Tsemberis et al., 2004; Tsemberis et al., 2003). Tjenester som legger til rette for selvbestemmelse, har vist seg å være mer effektive i å redusere symptomer hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, enn tjenester basert på etterlevelse av krav (Pleace, 2016). HF har vært assosiert med høyere grad av opplevd kontroll og autonomi, og valgfrihet har vært identifisert som den viktigste prediktoren for å opprettholde bostabilitet og motivasjon for behandling (Tsemberis et al., 2004). I tillegg har det å få bolig uten krav til rusfrihet ikke nødvendigvis vært assosiert med økt alkohol- eller rusmisbruk (Tsemberis et al., 2003). Disse funnene utfordrer antakelsen om at mennesker med psykiske lidelser eller rusmiddelproblematikk ikke klarer å bo. Det å gi bolig først kan heller motivere til å beholde boligen. På denne måten kan boligen bidra til å initiere og opprettholde recoveryprosessen ifølge en studie av Tsemberis et al. (2004). Studien benyttet kvantitative mål på bostabilitet, rusmiddelbruk og symptomer. LK ble ikke målt. Funnene drøftes som relatert til

recoveryprosessen, men basert på målemetoden kan det argumenteres for at denne studien i større grad målte recovery som «*recovery from*» enn som «*recovery in*». Studien gir likevel et bilde på betydningen av bolig gjennom HF, men er kanskje ikke nyansert nok i å fange opp recovery som personlig prosess for deltakerne.

Det ble i 2013 gjennomført en evaluering av HF som implementert i Europa (Busch-Geertsema, 2013). Rapporten bygger på en gjennomgang av lokale evalueringer i fem land og alle basert på kvalitative intervju med noe ulik grad av struktur. Rapporten inkluderer ikke et enhetlig mål på LK, da de ulike landene benyttet ulike strukturerte metoder. De deltakerne som rapporterte å være fornøyd med HF attribuerte dette til det å få egen bolig og den tryggheten dette gir. De opplevde å få oppfølging så lenge de selv følte behov og de trakk frem betydningen av å bli akseptert og behandlet med respekt og empati. Det å kunne være åpen om rusmisbruket sitt uten å frykte utkastelse ble også trukket frem. Deltakerne som rapporterte å ikke være fornøyd, relatert dette til lite valgmuligheter i bolig, lange ventelister, samt ønske om enda mer oppfølging. Funnene viste en generell bedring i LK, noe som for de fleste var relatert til rusbruk, men også bedret psykisk helse. Andre temaer relatert til hvordan bolig påvirker LK, var personlig trygghet, redusert stressnivå, søvn- og matrutine, og mulighet for sosial interaksjon. Dette indikerer at stabil bolig har potensialet til å øke personlig trygghet og redusere stressnivå sammenlignet med bostedsløshet (Busch-Geertsema, 2013). I litteraturen omtales dette som «*ontological security*» (Padgett, 2007). Bolig gir grunnlag for forutsigbarhet, daglig rutine og privatliv. I tillegg bidrar bolig til opprettholdelse av identitet og gir en stabil plattform for mindre stigmatisering og et normalt liv. Rapporten viste ikke like positive funn knyttet til bedring i lønnet arbeid, økonomi og sosial kontakt. Ensomhet og sosial isolasjon fortsatte å være et problem for mange selv etter bolig (Busch-Geertsema, 2013).

Snertingdal og Bakkeli (2015) gjennomførte casestudier i fire norske kommuner for å evaluere de norske HF-prosjektene måloppnåelse knyttet til bostabilitet, koordinert tilgang på tjenester og recovery. Evalueringen bygget på kvalitative intervju av både deltakere og ansatte. Resultatene viste at de ansatte beskrev deltakernes bedringsprosesser som individuelle og ofte saktegående. Relasjonsarbeidet kom frem som noe av kjernen i oppfølgingsarbeidet. På et praktisk plan innebar dette både oppfølging i bolig, og fokus på å bedre funksjon i deltakerens nye liv. Oppfølgingen innebar derfor støtte med økonomi, samarbeid med andre tjenester og etablering av sosiale nettverk. Resultatene indikerte stor variasjon i behov for hjelp og oppfølging blant de ulike deltakerne. Rollen til oppfølger ble beskrevet som tilretteleggende med fokus på tilstedeværelse. Egen medvirkning og innflytelse på egen

situasjon ble beskrevet som sentralt. Deltakerne beskrev at de opplevde at kontakten med HF ga motivasjon og oppsummert viste funnene at kontakten var en viktig del av hverdagen til deltakerne og kilde til trygghet og glede (Snertingdal & Bakkeli, 2015).

En forskningsbasert evaluering av HF i Drammen kommune definerte tre temaer basert på kvalitative intervju av deltakere; å få sin egen bolig, å ha en tilgjengelig profesjonell følgesvenn og å ta styringen i eget liv. Livskvalitet ble målt kvantitativt via spørreskjema som en delstudie i tillegg. Evalueringen konkluderte med at de fleste deltakerne opplever å få den hjelpen de trenger. I tillegg tyder resultatene på at HF stimulerer til økende grad av håp og fremtidstro, samt at flere opplever å ha fått større kontroll i eget liv. Resultatene indikerer også at bolig og oppfølging i bolig bidrar til ro, stabilitet og trygghet. I tillegg tyder funnene på at deltakerne har fått bedre levekår og livskvalitet gjennom deltakelse i HF (Andvig, Bergseth, Karlsson & Kim, 2016).

Oppsummert indikerer forskningen på HF både internasjonalt og nasjonalt at metoden gir gode resultater i bostabilitet, rusmiddelbruk og psykisk helse. Kvalitative studier i Norge indikerer at deltakerne stort sett er fornøyde med tilbudet og at mulighet til medvirkning og kontroll, samt betydningen av oppfølger oppleves spesielt viktig.

Recovery. Recoveryperspektivet har vært utsatt for kritikk basert på hvordan konseptet vanskeliggjør vitenskapelig forskning nettopp fordi begrepet er så mangfoldig og individuelt. Begrepet er derfor vanskelig å operasjonalisere og en antakelse om at «alt» er recovery gjør begrepet lite håndfast og i fare for å miste sitt meningsinnhold (Roe, Rudnick & Gill, 2007). Kvalitativ forskning har vært foreslått som viktig for å få et bedre grep om hva recovery er (Anthony, Rogers & Farkas, 2003). Kvalitativt har grunnleggende komponenter i recovery for mennesker med alvorlige psykiske lidelser vært assosiert med å oppleve støtte fra familie, venner og tjenesteytere; gjenvinne en følelse av håp for fremtiden; etablere en følelse av kontroll over eget liv og delta i meningsfulle aktiviteter; utvikle gode strategier for symptomhåndtering og samtidig få en større forståelse for seg selv som noe mer enn sykdommen sin og overkomme stigma (Davidson et al., 2005; Davidson et al., 2007).

Som en del av en doktoravhandling av Borg (2007), som undersøkte recovery hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kontekst av personens hverdagsliv, fant Borg og Davidson (2007) følgende fire temaer; (1) å ha et normalt liv, inkludert det å holde en rutine i hjemmet sitt, tilbringe tid med andre folk og ønske om å ha en jobb; (2) viktigheten av å ha tro på egen evne til recovery, inkludert det å akseptere begrensningene sine; (3) det å gjøre livet enklere, inkludert profesjonell hjelp til å gjøre utfordringer i livet mer håndterlige og/eller forbedre sin daglige livssituasjon. Det å ha et trygt hjem falt også under denne

kategorien. Bolig ble beskrevet som en plattform for å kunne tilnærme seg det større samfunnet. Det siste temaet var (4) det å være snill mot seg selv, inkludert det å kunne ta vare på seg selv med de (begrensede) ressursene man har, og betydningen av å kunne hjelpe andre og ha gjensidige relasjoner. Oppsummert indikerer funnene at hverdagslivet har stor betydning for denne gruppen mennesker (Borg & Davidson, 2007). Andre sentrale funn fra Borg (2007) var fattigdom, arbeidsløshet, dårlig levestandard og bostedsløshet som sosiale barrierer til recovery. Et annet fremtredende tema var det å ha en sikker base som viktig i recoveryprosessen. Hjem ble beskrevet som et sted for vekst, utvikling og kontroll, som bidrar til stabilitet og kontinuitet i en ellers kaotisk og uforutsigbar livssituasjon. Hjem ble beskrevet som mer enn en fysisk struktur, men noe som gir følelse av trygghet, tilhørighet og følelse av å ha en plass i samfunnet (Borg, 2007).

Mezzina et al. (2006) identifiserte følelse av å være annerledes og følelse av å være ekskludert, som sosiale barrierer til recovery. I kontrast til dette ble opparbeidet motstandsdyktighet i tråd med økt deltakelse i samfunnet identifisert som en sosial vei til recovery. Dette tydeliggjør hvordan mennesker i recovery trenger et støttende miljø for å overkomme interpersonlige barrierer og dermed utvikle og opprettholde et sterkt støttesystem. Det å finne nye roller gjennom meningsfulle aktiviteter som jobb og studier kan bidra til følelse av aksept og medborgerskap. Sosiale faktorer kan slik fungere både hindrende og fremmende for recovery (Mezzina et al., 2006).

Livskvalitet blant bostedsløse og mennesker med psykiske lidelser. Det er generell enighet om at LK kan forstås som et flerdimensjonalt begrep (Ringdal, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999; Taillefer et al., 2003), men det er liten enighet om antall dimensjoner og hvordan de måles (Moons et al., 2006; Taillefer et al., 2003). Forskning på LK er derfor utfordrende på grunn av mangel på konsensus om definisjon og vanskeligheter i operasjonalisering. Det finnes et stort spekter av strukturelle spørreskjemaer og studier blir derfor ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare. Til tross for dette er sentrale funn knyttet til LK blant bostedsløse og mennesker med psykiske lidelser relevant. Kombinert med metodisk refleksivitet danner dette grunnlag for sammenligning med denne studiens resultater.

En litteraturgjennomgang av forskning basert på strukturerte mål av subjektiv LK blant bostedsløse, viste at bostedsløse har høy grad av fysiske og psykiske vansker, rusbruk/-misbruk, arbeidsledighet og lav inntekt. Mange har også vært utsatt for vold og har erfaring med kriminalitet (Hubleby et al., 2014). Stabil bolig har vært ansett som en sentral bidragsyter til endring for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dette har blant annet vært knyttet

til et skifte i fokus fra å overleve til et fokus på å søke vekstmuligheter i eget liv (Kyle & Dunn, 2008). Valg i bolig og innfrielse av personlige preferanser har vært identifisert som spesielt viktig (Hubley et al., 2014; O'Connell, Rosenheck, Kaspro & Frisman, 2006; Tsemberis et al., 2003). Overgangen til stabil bolig ser ut til å være assosiert med økning i enten generell LK, eller økt tilfredshet innenfor spesifikke domener. Eksempelvis har bolig vært assosiert med «tilfredshet med bolig» som et isolert domene av LK, men ikke tilfredshet med livet generelt (Schutt, Goldfinger & Penk, 1997).

Når det gjelder LK blant mennesker med psykiske lidelser har det å attribuere problemene sine til en «psykisk sykdom» vært assosiert med redusert subjektiv LK. Dette fant Mechanic, McAlpine, Rosenfield og Davis (1994) i en studie på mennesker med schizofreni, der kvantitative mål på LK ble benyttet. Den negative effekten av denne attribusjonen kunne forklares av opplevd stigma, lavere selvtillit og høyere nivåer av depressive symptomer (Mechanic et al., 1994). Connell, Brazier, O'Cathain, Lloyd-Jones og Paisley (2012) gjorde en systematisk gjennomgang av kvalitativ forskning på mennesker med psykiske helsevansker for å identifisere hvilke domener ved LK som anses viktig for denne gruppen. Studien inkluderte psykiske helsevansker fra mild til alvorlig grad og tok for seg både intervjustudier og fokusgruppeintervju. God LK var assosiert med følelse av å være i kontroll, autonomi og valg, positivt selvbilde, følelse av tilhørighet, engasjement i meningsfulle aktiviteter og følelse av håp og optimisme. Dårlig LK var assosiert med negative beskrivelser innenfor de samme domeneene som for god LK, eksempelvis lav følelse av kontroll og dårlig selvfølelse (Connell et al., 2012).

En kvalitativ forståelse av livskvalitet og recovery

Kvalitative metoder, som intervju og fokusgruppeintervju, har vært benyttet i studiet av LK hos mennesker med psykiske lidelser (Connell et al., 2012). Kvalitative tilnærminger utforsker LK-konseptet heller enn å måle det. Det er økende støtte for at de dynamiske erfaringene som faller inn under LK er uegnede for kvantitativ måling. Dette er blant annet fordi statistiske krav fører til at spørreskjemaer kan innebære normative undertoner om hva som er ønskelige utfall i livet (Hunt, 1997). Når det gjelder LK hos mennesker med psykiske lidelser har de kvantitative målene fått kritikk for å ha for lite fokus på kontekstuelle faktorer og ressurser, samt at det ikke tas hensyn til endring over tid (Katschnig, 2006). Dette er et argument for at kunnskap burde søkes fra mennesker med personlig erfaring og kvalitative studier kan gi mulighet til grundigere utforskning (Connell et al., 2012).

Måling av LK har vært foreslått som en måte å operasjonalisere brukerorientert recovery («*recovery in*») på i evaluering av HF i Norge. Dette i motsetning til kliniske mål på

endring («*recovery from*») (Snertingdal, 2014). En slik operasjonalisering av «*recovery in*» kan virke nærliggende da det å kunne ha god LK har vært definert som det tredje stadiet i recovery, etter to foregående stadier med gjenvinning av håp og kontroll over eget liv (Young & Ensing, 1999). Recoverylitteraturen preges likevel av en debatt om hvorvidt recovery kan og bør måles i utgangspunktet. Anthony (1993) argumenterer for at det ikke finnes noen enkel måte å måle recovery på, nettopp fordi det er et multidimensjonalt og subjektivt konsept. I tillegg ser recovery ut til å bety ulike ting for ulike personer og er en prosess der psykisk helse er i konstant utvikling (Slade & Longden, 2015; Veseth, 2014). Kvalitative studier burde få mer plass også i recoverylitteraturen for bedre å kunne definere recoveryprosessen (Anthony et al., 2003). Connell et al. (2012) fant at kvalitative studier på recovery ofte får lignende funn som studier på LK, selv om recoverystudiene ikke alltid direkte inkluderer LK som tema. Dette indikerer en sammenheng mellom recovery og LK som kvalitative konsepter.

Denne studien har som mål å utforske opplevelsen av HF og påvirkning på opplevd LK gjennom en kvalitativ forståelse av LK. I tillegg baserer drøftingen seg på en kvalitativ forståelse av recovery. Dette er i tråd «*recovery in*» med fokus på individuelle prosesser heller enn standardisert måling av utfall.

Metode

Dette kapittelet beskriver oppgavens metodiske tilnærming og valg, samt refleksjoner knyttet til dette. Hvordan forskningsspørsmålet dannet grunnlag for valg av en kvalitativ tilnærming presenteres først. Deretter presenteres det vitenskapsteoretiske grunnlaget før en beskrivelse av intervju som datainnsamlingsmetode. Utvalget og rekrutteringsstrategien beskrives, samt gjennomføringen av intervjuene, før en redegjørelse for transkribering og analyse. Aktuelle etiske avveininger følger integrert i metodebeskrivelsen, da etiske hensyn er relevant gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Spesifikke hensyn og refleksjoner knyttet til studiens kvalitet, etikk og forskerrollen presenteres avslutningsvis.

Kvalitativ metode

En kvalitativ tilnærming er valgt for å undersøke de to problemstillingene: *Hvordan beskriver deltakerne i Housing First i Trondheim kommune sin opplevelse av tilbudet?* og *Hvordan beskriver deltakerne at Housing First i Trondheim kommune påvirker opplevd livskvalitet?* Kvalitativ metode innenfor psykologi handler typisk om å utforske, beskrive og tolke de personlige og sosiale erfaringene til informanten. Dette handler derfor om å forsøke å forstå et lite antall informanters egne referanserammer eller syn på verden (Smith, 2015). Forskning på hvilken effekt bolig har på helsen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser

har vært utsatt for kritikk på grunn av dårlig metodisk design. Gode kvantitative studier kan gi generaliserbar informasjon om en gruppe, men slike studier fanger ikke mangfoldet og unikheten blant enkeltindividene. I forskning på boligsosialt arbeid kan derfor kvalitative studier være fruktbare for å få en bredere forståelse av individet og dets erfaringer med ulike type bosettinger (Kyle & Dunn, 2008). Denne studien ønsker å finne mening i beskrivelsene til deltakerne i HF for å fange den personlige opplevelsen av tilbudet og for å avdekke hvordan de selv beskriver at dette påvirker opplevd LK. En kvalitativ tilnærming anses derfor som egnet.

Vitenskapsteoretisk grunnlag. Det er i forskning viktig å ta stilling til hvilke epistemologiske antakelser som ligger til grunn for forståelse av den kunnskapen som genereres gjennom den metodiske tilnærmingen. Epistemologi er «*filosofien om kunnskap*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 69) og dreier seg om hvilke antakelser som ligger til grunn for hva kunnskap er og hvordan den oppnås.

På bakgrunn av studiens problemstillinger bygger analysen på hermeneutisk fenomenologi. Denne tilnærmingen er nyttig for grundig utforsking av fenomener relatert til personlig erfaring og forståelse (Biringer, Hartveit, Sundfør, Ruud & Borg, 2017). Hermeneutisk fenomenologi har fokus på subjektiv erfaring med mål om å belyse mening slik individet opplever det (Lindseth & Norberg, 2004). Fenomenologien ble grunnlagt av Edmund Husserl på 1900-tallet og innebærer en antakelse om at erfaring er det mest fundamentale i grunnlaget for kunnskap og at mennesket selv er nøkkelen til studiet av opplevd erfaring (Ashworth, 2015; Kvale & Brinkmann, 2015). Individet forstås som en bevisst agent og erfaring må derfor studeres fra et førstepersonsperspektiv (Ashworth, 2015). På denne måten vil en fenomenologisk forståelsesramme av det kvalitative forskningsintervju innebære et mål om å få informanten til å gi en mest mulig fri beskrivelse av egen opplevelse og erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015). Hermeneutikken er læren om fortolkning av tekst og anerkjenner forhåndskunnskapene til den som leser (Kvale & Brinkmann, 2015). Hermeneutisk fenomenologi handler derfor om å avdekke mening, slik den oppleves av individet, gjennom tolkning av tekst. Tilnærmingen har blitt benyttet av annen forskning på hvordan individer med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk opplever helsetjenester i lys av egen livssituasjon (Biringer et al., 2017; Ness, Kvellø, Borg, Semb & Davidson, 2017). En slik forståelsesramme i forskning på helsetjenester er viktig, da refleksjon rundt erfaring kan avdekke dårlig eller uhensiktsmessig praksis (Lindseth & Norberg, 2004).

Ved å innta et perspektiv inspirert av hermeneutisk fenomenologi vil analyseprosessen i denne studien være en tolkning av deltakernes beskrivelser av egen personlig opplevelse av

HF og hvordan dette påvirker opplevd LK.

Intervju som datainnsamlingsmetode. Hermeneutisk fenomenologi innebærer en antakelse om at mening er noe som kommer til uttrykk gjennom et individs narrativ og refleksjon rundt egen erfaring. Semistrukturert intervju er derfor en passende måte å få innsikt i opplevd erfaring på (Lindseth & Norberg, 2004) og er valgt som datainnsamlingsmetode i denne studien. Intervjuet blir en mulighet til å få innsyn i individets opplevde virkelighet og kan gi kunnskap om individers opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Semistrukturert intervju er en fleksibel intervjuform som tar utgangspunkt i en forhåndskonstruert intervjuguide. Intervjuformen åpner for at opprinnelige spørsmål kan modifiseres i lys av respondentens svar og tilpasninger både underveis og mellom intervjuene. Denne fleksibiliteten gjør det mulig å følge opp temaer som de individuelle informantene trekker frem som viktig. Dette kan bidra til en bred og åpen utforskning, og i tillegg være empatskapende og bidra til at respondenten opplever å bli hørt. På bakgrunn av dette vil semistrukturerte intervju kunne produsere rike data som kan gi et godt bilde av opplevd erfaring (Smith & Osborn, 2015).

I tråd med hermeneutisk fenomenologi ble intervjuguiden (se vedlegg 1) utformet med mål om å ha så åpne spørsmål som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015). Eksempelvis: «*Hvordan er det for deg å være deltaker i HF?*». Målet var at dette skulle åpne for refleksjon og gi informantene mulighet til å fortelle det de selv opplevde som relevant innenfor hvert spørsmål. Basert på Tjora (2010) ble intervjuguiden utformet med oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avsluttende spørsmål. Oppvarmingsspørsmålene tok for seg generell bakgrunn og informantens tidsperiode i HF. Refleksjonsspørsmålene var knyttet til to hovedtemaer, *Housing First* og *livskvalitet* med totalt fem spørsmål, samt ett til to tilhørende oppfølgingsspørsmål.

Arbeidet med utformingen hadde utgangspunkt i HF-prinsippene fra Tsemberis (2010) og den norske oversettelsen til Husbanken (2017). I tillegg var annen kvalitativ forskning på recoverybaserte tjenester i Norge veiledende for relevante oppfølgingsspørsmål (Andvig et al., 2016; Soggiu & Biong, 2014). Disse studiene hadde som formål å evaluere tilbudene og tilhørende intervjuguide var derfor relativt strukturert. Formålet med denne studien har ikke vært å evaluere tilbudet, men å få frem deltakernes opplevelse av HF uten føringer på tema. Denne åpne tilnærmingen er blant annet inspirert av annen kvalitativ fenomenologisk forskning på recoveryprosessen i psykoselidelser der informantene fritt skulle fortelle om dagliglivet sitt med egne ord (Davidson et al., 2005). I tråd med dette var spørsmålene om både HF og livskvalitet åpne, uten forhåndsdefinisjon av begreper. Formålet med

livskvalitetsspørsmålene var å avdekke hva deltakeren selv definerer som god LK.

Eksempelvis: «*Hva er god livskvalitet for deg?*».

Rekruttering og utvalg

Kvalitativ forskning handler vanligvis om å forsøke å forstå et relativt lite antall informanternes egne referanserammer eller syn på verden, heller enn å teste forhåndsdefinerte hypoteser på et stort utvalg (Smith, 2015). Antall informanter i en kvalitativ intervjuundersøkelse vil avhenge av tid, ressurser og formålet med undersøkelsen. Et for lite utvalg kan gå utover overførbarheten til resultatene og et for stort utvalg kan gjøre dyptgående analyser vanskelig (Kvale & Brinkmann, 2015). Da målet med denne studien var utforskning av subjektiv opplevelse og tidsrammen var relativt begrenset, ble mellom fem og ti informanter vurdert som tilstrekkelig.

Rekruttering av informanter vil avhenge av studiens formål og problemstilling. Denne studien benyttet hensiktsmessig utvalg hvor relevant målgruppe velges ut for å få samlet inn nødvendig data. Dette er et strategisk utvalg som skiller seg fra tilfeldig utvalg i kvantitativ forskning, hvor målet er å generalisere til en større populasjon og representativitet er nødvendig (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016). I utarbeiding av rekrutteringsprosedyren, var det avgjørende å ta hensyn til forutsetningene i HF som tjeneste, og rekrutteringsarbeidet foregikk derfor i samarbeid med de ansatte (oppfølgerne) i HF i Trondheim kommune. Utvalgsstrategien i denne studien er kriteriebasert, definert som utvalg basert på at informantene oppfyller et definert kriterium (Johannessen et al., 2016). Inklusjonskriteriet var deltakerens egnethet, vurdert av oppfølger. Dette kriteriet ble etablert basert på at deltakerne, som beskrevet i begrepsavklaringen, er en potensiell sårbar gruppe. Av etiske hensyn ble det derfor vurdert som nødvendig at oppfølgeren, som kjenner deltakerne best, skulle vurdere deltakernes egnethet til å bli forespurt om å delta. Dette gjorde at oppfølger nødvendigvis måtte bistå i utvelgelse av informanter og fungerte som kontaktledd med informantene. Rekruttering via ansatte har blitt benyttet i annen forskning på recovery i Norge (Biong & Soggiu, 2015). Til tross for nødvendigheten av dette kriteriet, er det en metodisk svakhet at de ansatte selv valgte deltakere. De ansatte kan ha vært preget av et ønske om å velge deltakere de tenkte ville tegne et fordelaktig bilde av tjenesten. Som et tiltak mot dette, og for å tydeliggjøre formålet med studien for informantene, ble det gitt tydelig beskjed før intervjustart at formålet ikke var å evaluere HF, men å fange den subjektive opplevelsen av å være deltaker og at alle individuelle beskrivelser ville være av verdi.

Etter kommunikasjon med leder i HF og avveining av etiske hensyn ble det utformet et

informasjonsskriv med informert samtykke (se vedlegg 2). Det ble vurdert at deltakere uavhengig av fase i HF (før bolig, i bolig eller etter eventuell utkastelse) kunne vurderes som informanter fordi subjektiv opplevelse vil være relevant uavhengig av fase. Utvalgsstrategi vil ofte avhenge av hva som er praktisk og hensiktsmessig (Johannessen et al., 2016). Av praktiske årsaker, og utfordringer knyttet til tilgjengelighet, ble derfor rekrutteringen noe tilpasset gjennomførbarhet. Dette er definert som bekvemmelighetsutvalg (Johannessen et al., 2016). Informantene ble kontaktet av oppfølger. De fikk enten informasjonsskriv direkte fra oppfølger eller informasjonsskriv samtidig med muntlig informasjon fra intervjuer. Informasjonsskrivet ble gjennomgått med tydelig beskjed om svarfrist på én uke via SMS. Det ble poengtert at betenkningstid var greit og at vedkommende kun trengte å gi beskjed ved ønske om å takke ja. Det ble også poengtert at all informasjon ville bli anonymisert.

Utvalget består av fem informanter, én kvinne og fire menn. Alderen på deltakerne varierer fra begynnelsen av 30-årene til slutten av 60-årene. Alle var i bolig på intervjutidspunktet. Varighet på deltakelse i HF varierte fra ca. ett og et halvt år til ca. fem år. Det ble opprinnelig rekruttert syv informanter. To informanter utelates da disse intervjuene av etiske hensyn ble avbrutt. Av samme årsak utelates all informasjon fra disse intervjuene og lydopptakene ble slettet umiddelbart. Det ble i etterkant vurdert at de fem fullstendige intervjuene var nok, da dataene etter det femte intervjuet ikke så ut til å generere nye vesentligheter. Dette ga indikasjon på at metningspunktet var nådd (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gjennomføring av intervju

Det var nødvendig å være fleksibel i kontaktform og intervjusted for tilpasning til informantens livssituasjon og vise respektfullt hensyn til deres tid og deltakelse. Alle intervjuene ble derfor gjennomført på steder av informantens eget ønske. To intervjuer ble gjennomført i kommunens lokaler og tre var hjemmebesøk. Alle intervjuene ble gjort på tomannshånd, men oppfølger var tilgjengelig på telefon. Dette var av trygghetshensyn til både informanten og intervjuer. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver hvordan samspillet i en intervjusituasjon kan være angstprovoserende og utløse forsvarsmekanismer hos både informant og intervjuer. Det er derfor viktig at intervjuer er oppmerksom på mulige etiske krenkelser og informantens personlige grenser (Kvale & Brinkmann, 2015). Hjemmebesøkene ble gjort nettopp av slike hensyn og intervjuer hadde fokus på ydmykhet og respekt for deltakerens hjem. Det var sentralt å minske ubeleilighetene for informantene da det ikke var like lett for alle å reise inn til kommunen. I tillegg var det å la informantene velge sted selv ment som et tiltak for å skape en trygg setting. Makt kan anses som en fast bestanddel i alle

menneskelige relasjoner. Intervjuer bør reflektere rundt hvilken rolle makt spiller i produksjon av intervjukunnskap. Både epistemologiske og etiske spørsmål blir derfor relevant (Kvale & Brinkmann, 2015). Hjemmebesøkene ble vurdert som nødvendig for å ivareta informantens følelse av trygghet og ble brukt som tiltak i å redusere en potensiell asymmetrisk maktbalanse med tanke på forskerens rolle i møte med mennesker med en sårbar situasjon. Det kan ikke utelukkes at informantene følte seg forpliktet til å delta i prosjektet på grunn av relasjon til oppfølger. Det var derfor fokus i oppstart av intervjuet på å poengtere muligheten til å si nei. I tillegg ble det brukt tid på å poengtere at hverken det å delta eller det å avstå fra å delta ville få konsekvenser for deltakelsen i HF.

Alle intervjuene startet med en briefing med gjennomgang av informasjonsskriv, formål med studien, håndtering av datamaterialet, konfidensialitet, anonymitet og poengtering av mulighet til å trekke seg. Informantene ble gitt anledning til å stille spørsmål før oppstart. Intervjuene hadde variabel lengde, fra ca. 30-60 minutter. Opprinnelig var forventet intervjutid 45-60 minutter. Da intervjuguiden inkluderte få, åpne spørsmål krevde intervjusituasjonen aktivt arbeid i å følge opp relevante temaer med oppfølgingsspørsmål der det var relevant. Den ujevne lengden på intervjuene reflekterer individuelle forskjeller i hvor mye informantene ga av svar. I de fleste intervjuene var intervjuguiden god nok til å fasilitere refleksjon og informantene ga utdypende svar. I enkelttilfeller var informanten mer stille og ga korte, mer konkrete svar. Noen valgte også å avstå fra å svare på enkeltspørsmål. Det hadde på forhånd blitt informert om at dette var greit.

Den åpne intervjuguiden førte til at informantene kunne fortelle det de selv følte var viktig der og da. Det ble lagt lite føringer på tema og avsporinger ble tillatt i den grad det opplevdes relevant. Det ble foretatt en sentral endring av intervjuguiden underveis. Hovedspørsmålet innenfor opplevelsen av HF var «*hvordan er det å motta oppfølging av HF?*». Dette ble etter et av intervjuene endret til «*hvordan er det å være deltaker i HF?*». Denne endringen ble foretatt på bakgrunn av svaret til en informant, som påpekte at han ser seg selv som «deltaker» og ikke «mottaker». Det ble tydelig at det opprinnelige spørsmålet var formulert slik at det gikk imot grunnprinsippene i HF der deltakergruppa i tråd med recoveryperspektivet nettopp omtales som «deltakere» og ikke «mottakere». Til tross for denne endringen var informantene før og etter omformuleringen innom mange av de samme temaene, noe som kan indikere at meningsinnholdet i den alternative formuleringen var relativt lik. Det ble likevel vurdert som mer etisk riktig og mer i henhold til HF-modellen å endre spørsmålsformuleringen. I tillegg ga denne formuleringen en mulighet til å flate ut det asymmetriske maktforholdet som ofte kan gjøre seg gjeldende i et forskningsintervju (Kvale

& Brinkmann, 2015). Den alternative formuleringen impliserer autonomi, selvbestemmelse og deltakelse i større grad enn et spørsmål om hvordan det oppleves å motta noe.

Det ble benyttet et nøytralt antrekk og uttrykt stor takknemlighet for deltakelse både innledningsvis og avslutningsvis. Andre hensyn i intervjusituasjonen var blant annet knyttet til bevissthet på intervjuers rolle. En psykologstudent lærer opp i den kliniske samtalen med formål om å hjelpe. Formålet med et forskningsintervju er på den annen side å få frem informasjon. Det ble sentralt å være bevisst denne rollekonflikten, og fokusere på å heller dra nytte av kliniske ferdigheter knyttet til etablering av kontakt og formidling av empati. En annen utfordring var å stille oppfølgingsspørsmål i tråd med relevante assosiasjoner og samtidig holde spørsmålene nøytrale. Kvalitative forskningsintervju i tråd med fenomenologi vil ha som mål å innhente så omfattende og forutsetningsløse beskrivelser som mulig. Intervjueen forsøker gjennom dette å oppnå en bevisst naivitet og fordomsfrihet for å åpne for nye og uventede fenomener (Kvale & Brinkmann, 2015). Det opplevdes utfordrende å balansere det å være sensitiv til tematikken med forhåndskunnskap om temaet, mot det å være åpen og fordomsfri. Spørsmålene var åpne og tanken var å gi informanten mulighet til å svare basert på hva informanten selv la i spørsmålet. Utformingen av intervjuguiden opplevdes derfor som en god hjelp i dette.

Flere av informantene trengte tid før de avga svar. Det virket som relevante assosiasjoner dukket opp underveis og at informantene gradvis nyanserte svarene sine i tråd med økt refleksjon rundt temaet. Spørsmålene i et semistrukturert intervju kan gi anledning til refleksjonsprosesser, hvor betydningen av de temaene som beskrives av informanten, ikke lenger er de samme etter intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det avsluttende spørsmålet var derfor «*Er det noe du ønsker å si som vi ikke har vært innom?*». Dette var med hensikt å åpne for muligheten til å kommentere på egne svar eller utdype temaer informanten i løpet av intervjuet opplevde som mer viktige enn andre. Erfaringen viste at informantene benyttet dette avsluttende spørsmålet til å presisere det de mente var aller viktigst for dem. Enkelte informanter kommenterte avslutningsvis at det hadde vært fint å få muligheten til å tenke og reflektere rundt egen opplevelse på denne måten.

Å intervju mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Deltakerne i HF er mennesker med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Det ble derfor relevant å ta hensyn til eventuelle metodologiske utfordringer i å intervju mennesker i en potensiell sårbar livssituasjon. «Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012) ble en sentral kilde til kunnskap om deltakergruppa. Blant annet

trekker denne frem hvordan rus kan svekke viktige nevrokognitive funksjoner som konsentrasjon, hukommelse, resoneringsevne, redusere kontroll og hemninger (Helsedirektoratet, 2012). Funksjoner som alle vil være relevant i en intervjusituasjon. Som intervjuer ble det derfor relevant å forberede seg på at informantene potensielt kunne være beruset eller i generelt dårlig form. Ethiske hensyn med tanke på samtykkekompetanse og gjennomføring ble sentralt. Det var samtidig viktig å ha fokus på å møte informantene med respekt og som de vanlige menneskene de er.

Transkribering

Transkribering innebærer å gjøre en muntlig diskurs om til en skriftlig diskurs og vil derfor ha et visst fortolkende element (Kvale & Brinkmann, 2015). Tematisk analyse, som benyttet i denne studien (se neste underkapittel) krever ikke transkripsjon med fokus på ordlyd og språkdetaljer. Det er likevel et kvalitetskriterium at transkripsjonen har passende detaljnivå med beskrivelse av all verbal og eventuell relevant ikke-verbal data (Braun & Clarke, 2006). Lydopptakene ble derfor transkribert «ord-for-ord», inkludert fyllord og pauser. Enkelte steder ble også gestikulasjoner inkludert i parentes hvis dette hadde betydning for forståelsen av den muntlige diskursen. Transkriberingen ble gjennomført så fort som mulig i etterkant av hvert intervju og så godt det lot seg gjøre i forkant av påfølgende intervju. Dette opplevdes som en fordel fordi det ga mulighet til å foreta justeringer av intervjuguiden, som allerede beskrevet. Dialekt er skrevet om til bokmål for å sikre anonymitet, i tillegg ble alle navn anonymisert. Etter ønske fra informanten ble det ene intervjuet ikke tatt opp på lydbånd. Det ble da tatt notater underveis og et fullstendig tekstdokument skrev ut umiddelbart etterpå. Notatene fra dette intervjuet ble derfor en kombinasjon av punktvis beskrivelser og noen direkte sitater skrevet ned i hermetegn under intervjuet.

Analyse

Datamaterialet har blitt analysert ved bruk av tematisk analyse av Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse er en metode for å identifisere og rapportere mønstre eller temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Det er en teoretisk uavhengig metode, som gjør at den kan brukes på tvers av ulike teoretiske og epistemologiske tilnærminger (Braun & Clarke, 2006; Clarke, Braun & Hayfield, 2015). Som beskrevet ovenfor er det epistemologisk ståstedet i denne studien hermeneutisk fenomenologi med fokus på å avdekke mening gjennom tolkning av tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). Tematisk analyse er derfor egnet innenfor et slikt rammeverk. Tematisk analyse er fleksibel og kan gjennomføres på flere ulike måter. Det er derfor et viktig kvalitetskriterium å synliggjøre de valg som tas (Braun & Clarke, 2006; Clarke et al., 2015).

Det har vært fokus på å gi en rik beskrivelse av hele datasettet, fremfor en mer detaljert beskrivelse av ett spesifikt tema eller gruppe av tema. Braun og Clarke (2006) påpeker at en ulempe med dette kan være at noe dybde og kompleksitet kan gå tapt. Men det kan likevel være nyttig innenfor områder det har vært forsket lite på og der informantenes meninger på forhånd er ukjente. Analysen er induktiv og altså empiridrevet i stor grad. Utgangspunktet er søken etter semantiske temaer, altså eksplisitt mening. Dette til forskjell fra latente temaer der utgangspunktet er å søke etter underliggende ideer eller forutsetninger som på forhånd er teoretisert å forme det semantiske innholdet i dataene. Dette er ofte en teoretisert analyse i tråd med et konstruktivistisk paradigme. Analysen i denne studien er mer basert på et realistisk epistemologisk ståsted i tråd med hermeneutisk fenomenologi der erfaring og mening forstås som direkte tilgjengelig på bakgrunn av en antakelse om direkte relasjon mellom mening, erfaring og språk (Braun & Clarke, 2006). Det har derfor ikke vært benyttet et preeksisterende koderammeverk. Likevel vil en forsker aldri kunne frigjøre seg helt fra sine teoretiske og epistemologiske antakelser (Braun & Clarke, 2006). I tillegg var forskningsspørsmålet definert på forhånd og store deler av litteraturstudiet ble gjort i forkant av analyseprosessen. Forskerens antakelser og forkunnskaper vil prege analysen i noen grad (se kapittelet «forskerrollen og forskerens forforståelse»), men analysen er ikke gjort i henhold til en spesifikk teoretisk tilnærming. I tråd med både forutsetningene for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og hermeneutisk fenomenologi (Kvale & Brinkmann, 2015) forstås forskerens rolle som aktiv i analyseprosessen. Som beskrevet av Braun og Clarke (2006) har analyseprosessen etterstrebet en progresjon fra beskrivelse, med organisering av dataene etter mønstre i en semantisk kontekst, til fortolkning med forsøk på å teoretisere signifikansen til mønstrene.

Braun og Clarke (2006) beskriver seks faser i gjennomføring av en tematisk analyse. Analyseprosessen anses likevel ikke som en lineær prosess, men heller som en konstant bevegelse frem og tilbake mellom datamaterialet, kodene og selve analysen. I tillegg anses skrivingen som en del av analyseprosessen.

Den første fasen gikk ut på å bli kjent med datamaterialet. Dette innebar at datamaterialet ble lest gjentatte ganger, kombinert med notatføring av ideer. I den andre fasen ble initielle koder produsert. En kode er definert som å identifisere en egenskap ved dataene som virker interessant for forskeren og som refererer til det mest grunnleggende elementet av informasjonen (Braun & Clarke, 2006). Transkripsjonen ble systematisk gjennomgått og alle datautdrag gitt en kode. Deretter ble alle datautdragene innad i hver kode samlet. I den tredje fasen ble listen over de ulike kodene gjennomgått i søken etter tema. Et tema er noe som

representerer et nivå av mening i datasettet. Det anbefales fleksibilitet fra forskerens side i hva som er nødvendig for å telle som et tema. Viktigheten av et tema avgjøres ikke nødvendigvis av kvantiteten, men av hvorvidt den fanger noe sentralt i relasjon til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006). I tråd med dette ble det ikke definert et kriterium for prevalens i datasettet. Temaene er heller vurdert basert på hvor godt bilde det gir av opplevelsen av HF og hvor gjennomgående temaet er på tvers av informantene. Den tredje fasen innebar sortering av kodene i potensielle temaer og sammenfatting av de relevante datautdragene innad i temaet. Det ble i denne fasen aktuelt å identifisere noen tema som underordnet og andre som mer overordnede. I tillegg ble ulike kombinasjoner av undertemaer prøvd ut for å teste hvor godt de passet inn under et overordnet tema. I fase fire ble temaene gjennomgått på nytt. Dette ble først gjort på kodenivå med gjennomlesing av utdragene for hvert tema. Deretter på datasettnivå med vurdering av om temaene fungerte i relasjon til datasettet som en helhet. Deretter startet fase fem med definering og navngiving av temaene. Dette innebar arbeid med å gjennomføre og skrive ut en detaljert analyse for hvert individuelle tema. Navnene ble gjenstand for endring ved gjentatte anledninger etter hvert som essensen av temaet ble tydelig. Den sjette fasen var utskrivning av resultatene. Her var fokus på å fortelle historiene til datamaterialet på en forståelig måte, med nok og relevante datautdrag for å illustrere temaene.

Studiens kvalitet

Å evaluere validiteten til forskning handler om å vurdere hvor bra forskningen har blitt gjennomført og om funnene kan anses som troverdige og nyttige (Yardley, 2008). Kvalitativ forskning ønsker å besvare andre type forskningsspørsmål enn kvantitativ forskning (Elliott, Fischer & Rennie, 1999) og kvaliteten på slike studier kan derfor ikke nødvendigvis forstås i lys av begreper som objektivitet, reliabilitet og statistisk generaliserbarhet (Yardley, 2008). Innenfor kvalitativ forskning benyttes gjerne pålitelighet, troverdighet, overførbarhet i stedet (Johannessen et al., 2016).

Pålitelighet. Pålitelighet i kvalitativ forskning kan ses i lys av reliabilitetsbegrepet i kvantitativ forskning definert som konsistente funn og reproduserbarhet (Johannessen et al., 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ forskning vil være verdiladet og kontekstavhengig i større grad, samt basert på forskerens egne tolkninger. Reproduserbarhet er derfor ikke mulig på samme måte (Johannessen et al., 2016). I tråd med anbefalinger fra Johannessen et al. (2016), har tiltak med mål om å styrke denne studiens pålitelighet vært å gi en åpen og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten under hele prosessen. Det er så godt det har latt seg gjøre redegjort for alle valg i datainnsamling, tolkning og analyse. Det har også

vært fokus på å tydeliggjøre epistemologiske standpunkt og refleksjon rundt forskerens rolle, samt etiske betraktninger hele veien. Det har vært fokus på refleksivitet for å sikre transparens, i tråd med kvalitetskriterier for evaluering av kvalitativ forskning (Elliott et al., 1999; Yardley, 2008).

Troverdighet. Troverdighet har vært benyttet som et alternativ til validitetsbegrepet i kvantitativ forskning. Innenfor kvalitativ forskning handler dette om hvordan fremgangsmåter og funn reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2016). Dette handler derfor om gyldigheten til funnene og kan forstås som relevant i alle stadiene i forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). For å styrke troverdigheten har denne studien forsøkt å opprettholde sensitivitet til kontekst (Yardley, 2008). Dette i form av at formålet med studien og tolkningen er basert på relevant teoretisk og empirisk litteratur. Samt fokus på betydningen av kontekst i intervjusituasjonen og refleksjon knyttet til dette. Det var sentralt i analyseprosessen å jobbe med å lete etter motstridende funn til hovedtemaene og slik sikre nyansering (Yardley, 2008). I tillegg innebar analyseprosessen troverdighetssjekk av de identifiserte temaene ved å sjekke opp mot kodene og mot datasettet som en helhet (Elliott et al., 1999). Det er en svakhet for studiens troverdighet at kun én person gjennomførte analysen. For å sikre enda bedre troverdighet kunne det ha vært benyttet flere personer i analyseprosessen (Johannessen et al., 2016). Men både analyseprosessen og funnene har vært tema i veiledning og slik bidratt til å sikre grunnlaget for troverdige resultater.

Overførbarhet. Kvalitativ forskning er ofte mer interessert i effektene av kontekst og individuelle forskjeller enn generaliserbarhet gjennom representative utvalg. Det er heller håp om at innsikten fra studiene av én type kontekst kan være nyttig i andre lignende kontekster. Ofte benyttes derfor heller «overførbarhet» som begrep (Johannessen et al., 2016). Overførbarhet handler om hvordan studien klarer å få frem beskrivelser, begreper og forklaringer som kan være nyttig også på andre områder (Johannessen et al., 2016). Da denne studien har et lite, ikke representativt utvalg, kan ikke funnene overføres til å gjelde alle deltakere i HF. Samtidig har målet, i tråd med kvalitativ forskning, vært å avdekke subjektiv erfaring med fokus på hvilken betydning dette har for forståelsen av deltakernes perspektiv. På den måten kan funnene ha overføringsverdi i den grad de gir et bilde av hvordan HF kan oppleves for deltakergruppa. Dette kan samtidig ha implikasjoner for forståelsen av andre recoveryorienterte tilbud. Slik har studien potensiell nytteverdi for utvikling av kommunale boligsosiale tilbud. Slik nytteverdi er i seg selv et kriterium for god forskning og relatert til hvorvidt studien er etisk forsvarlig å gjennomføre (Elliott et al., 1999).

Etiske refleksjoner

Etiske hensyn er sentralt i all forskning og inkluderes som et kjerneprinsipp i kvalitetssikring av både kvantitativ og kvalitativ forskning (Elliott et al., 1999; Yardley, 2008). Som metoddelen har belyst er etiske avveininger sentrale gjennom hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg 3). Da studien innebar forskning på mennesker i en sårbar situasjon, ble det også søkt fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). REK konkluderte med at studien ikke faller inn under helseforskningsloven (se vedlegg 4). Studien har ellers tatt utgangspunkt i retningslinjene til Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2016).

Informert og fritt samtykke. Informantene har rett til informasjon om prosjektet og skal gis mulighet til samtykke (NESH, 2016). Informert samtykke handler om at informanten informeres om undersøkelsen, formål og hovedtrekk ved studien, samt mulig risiko og fordeler ved å delta. Dette innebærer også å sikre seg at informanten deltar frivillig, samt informasjon om rett til å trekke seg når som helst. Det bør gis informasjon om konfidensialitet og hvem som har tilgang på datamaterialet, samt når det skal slettes (Kvale & Brinkmann, 2015). I tråd med disse anbefalingene ble det benyttet en mal fra REK i utforming av et informasjonsskriv med informert samtykke (se vedlegg 2). Denne informasjonen ble formidlet tydelig ved oppstart av intervjuet med mulighet for eventuelle oppklaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble også gjennomført en debriefing etter at informanten hadde avgitt sitt siste svar og båndopptakeren var skrudd av (Kvale & Brinkmann, 2015). Informanten fikk mulighet til å stille spørsmål og selv si noe om hvordan intervjuet hadde vært. I tillegg fikk informanten en siste påminnelse om anonymitet og muligheten til å trekke seg, samt beskrivelse av den videre prosessen.

Konfidensialitet. Konfidensialitet dreier seg om at private data som identifiserer informanten ikke skal avsløres (Kvale & Brinkmann, 2015; NESH, 2016). For å ivareta konfidensialitetshensyn ble lydopptakene oppbevart nedlåst på minnepenn. Opptakene ble slettet så fort som mulig etter transkripsjon og som allerede beskrevet ble transkripsjonen anonymisert. Navn og detaljer knyttet til bosted ble utelatt. I resultatdelen blir informantene presentert som «Informant 1-5». Dette er for å holde informasjonen kjønnsnøytral da utvalget kun inkluderer én kvinne. I henhold til NESH (2016) ble også historier og informasjon om livssituasjon som kan virke personidentifiserende, utelatt. Alle andre notater fra intervjuet ble slettet umiddelbart.

Forskerrollen og forskerens forståelse

Objektivitet er ikke målet i kvalitativ forskning. Det handler heller om å anerkjenne at forskeren uunngåelig påvirker produksjon av kunnskap. Dette gjelder gjennom hele prosessen fra formulering av forskningsspørsmål, til valg av mål, analyse og tolkning av funn. Kvalitativ forskning aksepterer at det er umulig å sette sine egne perspektiver til side. Det sentrale er heller å tydeliggjøre perspektivet sitt når det gjelder både teoretisk orientering og personlige forventninger (Elliott et al., 1999; Yardley, 2008). Det er derfor et sentralt kvalitetskriterium for kvalitativ forskning å gjøre nettopp slike aspekter tydelig og transparent gjennom refleksivitet (Yardley, 2008).

Det epistemologiske utgangspunktet har betydning for forståelsen av hvordan kunnskap produseres og har derfor lagt føringer for hvordan intervjuene tolkes som representative for informantens opplevde erfaring. Med bakgrunn som psykologstudent, har forskeren et fokus på betydningen og viktigheten av subjektiv erfaring. Dette var med på å forme utformingen av forskningsspørsmålene. Psykisk helse og informantenes indre liv har vært et sentralt tema i forståelsen av funnene og sannsynligvis preget tolkningen i noen grad. Forskeren har vært involvert i et kvalitativt prosjekt knyttet til implementering av HF i Trondheim kommune gjennom et tidligere emne på studiet. Dette kan ha preget forventningene til funn og derfor tolkningsprosessen. På den annen side kan det også anses som fordelaktig å ha noe forhåndskunnskap om prinsippene bak tjenesten. I tillegg var dette prosjektet noe av inspirasjonskilden til å gjennomføre en grundigere studie av opplevelsen av HF, samt hvordan dette kommer til uttrykk i opplevd LK.

Resultater

Tre temaer belyser samlet hvordan informantene beskriver sin opplevelse av HF (første problemstilling) og hvordan dette påvirker opplevd LK (andre problemstilling). En separat drøfting av problemstillingene i lys av relevant teori følger i neste kapittel. Temaene er som følger:

1. Å være herre over eget liv
2. Å oppleve stabilitet og trygghet i livet
3. Å oppleve muligheter, ønsker og motivasjon

Temaene er tenkt å gi et helhetlig bilde av hvordan informantene opplever HF og hvordan de selv relaterer deltakelse i HF til opplevd LK. De to første temaene kan anses som noe av grunnlaget for det tredje temaet. «Å være herre over eget liv» og «å oppleve stabilitet

og trygghet i livet» tydeliggjør hvordan opplevelse av valgfrihet og deltakelse danner grunnlag for å oppleve økt tilgjengelighet av muligheter. Det ser ut til at det HF gir i form av stabilitet og trygghet, påvirker hvilke muligheter som åpner seg i livet og gjennom dette motivasjon til å gripe disse mulighetene. Hensikten med å separere de to siste temaene er for å illustrere forskjellen i hvordan HF både oppleves stabiliserende i form av ro og trygghet, men også hvordan tilbudet samtidig kan vekke motivasjon og ønske om bevegelse.

Resultatene presenteres i henhold til prinsippene for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Relevant tolkning og analyse er med det formål å gi en forståelse av deltakernes beskrivelser. Enkelte sitater har blitt noe kortet ned, dette er markert med [...]. Av etiske hensyn presenteres informantene som «Informant 1-5». Dette opprettholder samtidig skillet mellom informantene i studien og «deltaker» som generell betegnelse på deltakelse i HF. Der navn på oppfølger blir nevnt har dette blitt oversatt til «oppfølger». Det er i tillegg tatt høyde for at enkelte sitater inneholder generell informasjon om livssituasjon eller livshendelser som kan være identifiserende for oppfølger eller andre som kjenner vedkommende. I disse tilfellene ble denne informasjonen ekskludert, men temarelevant innhold beholdt.

Å være herre over eget liv

Dette temaet handler om hvordan valg, selvbestemmelse og deltakelse trekkes frem i beskrivelsene av HF og derfor tolkes som en sentral del av opplevelsen til informantene. Det inkluderer fleksibilitet i kontaktform og oppfølging etter behov, samt hvordan deltakelse bidrar til å tilfredsstille grunnleggende behov i form av å ta del i eget liv og egen bedringsprosess. Temaet inkluderer også hvordan informantene beskriver HF sammenlignet med annen kommunal oppfølging de har mottatt tidligere. Dette inkluderes her fordi valg og deltakelse trekkes frem som den mest sentrale forskjellen, noe som forsterker betydningen dette har for opplevelsen av HF.

Valg og deltakelse. Betydningen av valgfrihet fremheves spesielt i forbindelse med bolig «...det var valgmulighet på flere leiligheter. Hvis jeg ikke hadde funnet noen av de første jeg fikk tilbud om tilfredsstillende så hadde jeg fått flere tilbud helt til vi hadde funnet en...» (Informant 1). Samtlige beskriver også en fleksibel kontaktform med avtaler og møter etter behov. For eksempel forteller Informant 2 følgende «Nå har det vært noen ganger at det ikke har vært hver uke, men som hovedregel er det hver uke [...] Det er ikke alle sammen som har oppfølging hver uke, men jeg synes det er godt å ha det». Informant 3 beskriver også et tilpasset tilbud:

Vi har funnet en samarbeidsmodell som passer både oppfølger og meg. At jeg tar kontakt når

det er ting jeg trenger hjelp til og han tar kontakt med meg når han får henvendelser som er viktig for meg og sånne ting. Så det fungerer veldig godt. Jeg liker ikke sånne faste møter (Informant 3).

Det at Informant 3 beskriver oppfølgingen som en «samarbeidsmodell» er indikasjon på opplevelse av selvbestemmelse i motsetning til å måtte oppfylle krav satt av oppfølger. I tillegg indikerer dette følelse av å bli tatt på alvor. Informant 2 og 3 er eksempler på hvordan ulike deltakere har ulikt behov for oppfølging avhengig av sin situasjon og at tilbudet de får er tilpasset dette. Informant 4 trekker også frem selvbestemmelse som et sentralt aspekt ved HF:

...er det noe man har gjort hele livet så er det at noen har alltid stått og fortalt deg forskjellen på rett og galt eller du må gjøre sånn og sånn ikke sant. Og det er man jo ganske lei av å høre på. Og jeg tenker det er jo veldig viktig å kunne være herre over eget liv da (Informant 4).

Dette sitatet indikerer at Informant 4 opplever å bli møtt på en annen måte i HF enn vedkommende har opplevd tidligere. Informanten er «lei av» å bli fortalt hva h*n skal gjøre, og setter pris på å kunne delta mer i eget liv. Informant 3 beskriver oppfølgingen slik: «...jeg får tilfredsstilt et behov jeg har om å få delta i prosessen selv. Og det synes jeg at jeg har fått i så stor grad som det er mulig. [...] Det er meg det gjelder». Informantens vektlegging av tilfredsstillelse av et «behov» indikerer at deltakelse oppleves som grunnleggende viktig og er sentralt i informantens erfaring med HF. Informant 4 sine beskrivelser illustrerer på den annen side en nyansering i betydningen av valgfrihet og deltakelse:

Altså, det er jo veldig viktig at jeg kan være med å forme veien jeg skal gå. Det er jo viktig og greit. Men samtidig så er det litt sånn at jeg tror jeg kunne ha kommet litt lengre litt fortere hvis ja... ikke at de hadde pressa eller blitt fortalt hvilken vei jeg skal gå, men kanskje vist hvilken vei man burde gå da. Altså sortere litt (Informant 4).

Her trekker Informant 4, i motsetning til Informant 3, frem et behov for mer rettleiding og veiledning. Individuelle forskjeller ser ut til å føre til ulike behov for valgfrihet og for enkelte kan dette oppleves som overveldende. Totalt sett indikerer likevel beskrivelsene at valgfrihet og selvbestemmelse har betydning for hvordan informantene føler seg i prosessen.

Housing First sammenlignet med annen boligtildeling og oppfølging. Informantene nevner alle en form for tidligere erfaring med annen type oppfølging eller tildeling av ordinær kommunal bolig. Trenden er at informantene beskriver hvordan dette enten ikke har latt seg gjøre, eller at boligene oppleves som dårlige og ikke fasiliterende for rusfrihet. «Kommunen hadde ikke, de kunne ikke skaffe meg tak over hodet sa dem [...] Jeg prøvde å søke på kommunale boliger og sånt, men det gikk ikke» (Informant 2). Informant 2 forteller også at

«jeg var jo temmelig tvilsom med å søke meg inn der (HF) for jeg har ikke så gode erfaringer med sånne sosiale etater». Det at informanten ser ut til å ha utviklet en generell skepsis til sosiale etater på bakgrunn av tidligere erfaring tyder på at tidligere opplevelser er av negativ art. Informant 1 forteller også hvordan dårlig beliggenhet førte til at det ikke ble aktuelt å takke ja til annen kommunal bolig:

...det kom aldri til å skje. Da hadde jeg heller bodd i telt. Ikke i livet om de hadde fått meg til å flytte inn der. For det.. altså, har du lyst til å bli rusfri så går det ikke an å få til det på en sånn plass (Informant 1).

Dette sitatet tydeliggjør hvordan de andre kommunale alternativene ikke oppleves som gode og med potensiale for å oppnå bedring og rusfrihet. Informant 1 poengterer hvordan nettopp valgfriheten i HF bidrar til at dette oppleves bedre «Hvis jeg sier nei til den (ordinær kommunal bolig), så må jeg stå i kø enda lenger. Da starter man nesten på nytt i køen. Mens i HF så fikk jeg i første omgang tilbud om fire leiligheter». For Informant 1 er både valgfriheten og boliger utenfor rusbelastede områder sentralt.

Når det gjelder typen oppfølging i HF trekker Informant 5 frem hvordan man «andre steder må skjerpe seg for å få bolig. Men her (HF) er det motsatt. Man må få bolig for å kunne skjerpe seg. Bolig først! Jeg er så imot det brukerbegrepet». Informant 5 er opptatt av HF sitt grunnprinsipp om bolig først. Informanten er oppdatert på metoden og ser ut til å ha reflektert rundt betydningen av nettopp dette. For eksempel tydeliggjør sitatet hvordan informanten i vanlig ordinær tildeling føler seg som en «bruker». Et ord som ser ut til å ha en negativ assosiasjon. Informanten poengterer betydningen av å være «deltaker», noe som for vedkommende ser ut til å indikere større grad av verdighet, potensielt fordi dette impliserer høyere grad av selvbestemmelse. Informant 4 trekker frem hvordan tidligere oppfølging fra kommunen «alltid har rakna på grunn av mangel på tilgjengelighet». Informant 3 fremhever hvordan annen type oppfølging har vært opplevd som mer rigid og systemorientert og at det i HF «...er litt mer frie tøyler og litt mer basert på at du tar litt mer initiativ selv. Og når du ikke tar initiativ selv, så blir du for så vidt motivert eller hjulpet i gang med det». Dette indikerer at HF oppleves som mer støttende og motiverende fordi tilbudet er basert på egen deltakelse og initiativ. I tillegg fremhever Informant 3 at deltakerne ikke står på egne ben hvis de har vanskeligheter med å ta tak i ting selv. Noe som kan ses i lys av neste tema i hvordan HF bidrar til opplevelse av stabilitet og trygghet.

Å oppleve stabilitet og trygghet i livet

Dette temaet handler om hvordan informantene beskriver at HF, gjennom tett oppfølging og god tilgjengelighet, bidrar til å stabilisere livet og gi økt opplevelse av trygghet.

Stabilitet for informantene ser ut til å handle om opprettholdelse av rusfrihet og normalisering av livet. Dette kommer frem gjennom beskrivelsene av det å få bolig i seg selv, samt i betydningen av oppfølgingen de får, både når det gjelder praktisk hjelp og i form av den støtten de opplever i relasjon til oppfølger. For å illustrere disse nyansene vil presentasjonen skille mellom betydningen av *praktisk oppfølging* og betydningen av *kvaliteter ved oppfølgingen*.

Bolig. Betydningen av bolig er gjennomgående i informantenes beskrivelser av opplevelsen av HF. Flere beskriver at de er fornøyd med boligen sin og trekker spesielt frem betydningen av beliggenhet knyttet til innfridd ønske om byområde, samt betydningen av at leiligheten ikke ligger i belastet område. På spørsmål om hva i oppfølgingen som har hatt mest å si for informanten personlig knytter Informant 3 dette opp mot det å bo i seg selv «Det tok en stund før jeg lærte meg å bo igjen. Når en har flere år med sofasurfing og teltliv og sånne ting, så er det... Man må på en måte lære seg å fungere i en normal bosituasjon igjen». Informanten beskriver det å få bolig som en sentral del av å normalisere livet «Det viktigste har vært å få normalisert livet så godt det lar seg... Å ha fast bosted og det å kunne be om hjelp i de situasjonene der en ikke strekker til selv. Det er vel det som er viktigst.». Dette kan indikere at HF for informanten både har bidratt til stabilitet gjennom «fast bosted» og trygghet gjennom å ha noen å be om hjelp når nødvendig.

Informant 5 fremhever i likhet med Informant 3 betydningen av å få bolig. I tillegg knytter informanten dette direkte opp mot livskvalitet på spørsmål om hva som er god livskvalitet «Det å ha bolig. Det gir verdighet og trygghet». Informant 5 er samtidig tydelig på at HF har bidratt til å fremme livskvalitet «Selvfølgelig. Det har bidratt til å gjøre det mer stabilt for meg». Sitatene illustrerer hvordan bolig har bidratt til å bedre livskvaliteten til informanten gjennom stabilitet og trygghet. På spørsmål om hvordan HF har bidratt til dette, svarer Informant 5 «Nei, det å ha en leilighet blant vanlige folk». Dette bidrar til det informanten beskriver som «verdighet». Et begrep som kan indikerer at dette er sentralt for hvordan informanten ser på seg selv. Informant 1 beskriver også hvordan bolig er sentralt for å oppnå bedring i livet «...skal du klare å få bukt med problemet ditt så må du bo godt. Bo godt og trives da». Informant 1 ser ut til å oppleve bolig som grunnlaget for videre utvikling og bedring i livet.

Praktisk oppfølging. Informantene beskriver alle hvordan den praktiske oppfølgingen fra HF oppleves viktig. Dette inkluderer hjelp i prosessen med å skaffe bolig, men også den kontinuerlige oppfølgingen i hverdagen, inkludert hjelp med økonomien og samarbeid med andre etater. Informant 2 trekker frem hjelp til handling, bæring og generell fiksing av ting

informanten har behov for. «Du kan ringe dem om hva som helst [...] dem hjelper til med absolutt alt». Informant 3 trekker også frem den praktiske oppfølgingen, inkludert hjelp med økonomien. «...pluss at de har vært med å handle og hente ting på Finn og.. kjøleskap, hvitevarer og litt forskjellig. Ordna opp i gjeld og vært på NAV og vært med der. Så nei, jeg har fått den hjelpa jeg trenger». Dette sitatet indikerer at informanten er fornøyd og føler oppfølgingen har vært omfattende og tilfredsstillende egne behov. I likhet med Informant 3 trekker Informant 1 også frem både bistand med økonomi og oppfølging i forbindelse med NAV:

Det er jo lettere å få gjennom søknader til NAV når man er med i HF, for dem vet at vi får så mye oppfølging av dem. Så det er lettere for meg å få hjelp. Både økonomisk og annen type hjelp fra NAV på grunn av det da (Informant 1).

Informant 1 fremhever at HF fungerer som en støtte i samarbeid med andre etater, noe som tyder på at slikt er utfordrende å gjennomføre alene. Slik ser HF ut til å gjøre annen bistand mer tilgjengelig, noe som kan oppleves stabiliserende for informantens livssituasjon. Informant 4 beskriver det samme:

For meg så har jeg følt at det har vært kjekt å ha med oppfølger på NAV mange ganger i forhold til søknader [...] man er avhengig av å få gjennomslag og jeg vet jo at det styrker muligheten min på å få gjennomslag hvis oppfølger støtter opp under søknaden min, men samtidig, da skriver man jo alltid på søknaden at man viser til at man er med i den, HF da. Så det... Men refererer jo til det hele tiden (Informant 4).

I dette sitatet fremhever Informant 4 en balansegang mellom det å ha behov for støtte og det å potensielt oppleve en følelse av avhengighet. Det poengteres at HF blir et slags nødvendig mellomledd. Informant 4 er innom dette flere ganger i løpet av intervjuet:

...jeg kan nesten ikke oppsøke min egen fastlege og be om smertestillende uten at legen min har snakket med oppfølger. Så man føler seg veldig ofte, mange ganger sånn... kanskje ikke umyndiggjort da, men samtidig man er liksom ikke sin egen stemme helt da [...] Altså, når det sitter en lege der da [informanten løfter armen opp for å illustrere legen og bøyer sitt eget hode ned] så «jaja, nå har du hørt bestillinga mi, men du må snakke med oppfølger for å finne ut om du kan gjøre det...» Så du føler du blir litt mindre da... Så det kunne vært mer fokus på å prøve å la folk slippe å være så avhengige. For man blir jo det (Informant 4).

Denne beskrivelsen kan tolkes som en indikasjon på at informanten opplever en asymmetrisk maktbalanse i møte med støtteapparatet og at det oppleves som mindreverdigende å alltid måtte referere til HF. Informanten opplever til en viss grad avhengighet istedenfor selvstendighet. Denne opplevelsen skiller seg fra majoriteten av beskrivelsen i datasettet, da hovedtrenden er beskrivelse av tett oppfølging som helt

nødvendig. For eksempel beskriver Informant 1 hvordan hjelp fra HF har vært sentralt for å sikre annen type helsehjelp:

...så det er takket være oppfølger da som har vært med til legen og forklart ting [...] Det tror jeg hadde blitt vanskelig å få den hjelpa hvis jeg ikke hadde vært med i HF. For da får oppfølger litt ansvar på en måte og følger opp meg (Informant 1).

Informant 1 fremhever hvordan deltakelse i HF fører til en ansvarsfordeling mellom deltaker og oppfølgeren. Noe informanten ser ut til å sette pris på som en støtte i livet. Informant 4 ser på den annen side ut til å oppleve dette som noe umyndiggjørende. De ulike opplevelsene av den tette oppfølgingen tydeliggjør individuelle forskjeller i behov for støtte.

Kvaliteter ved oppfølgingen. Når det gjelder kvaliteter ved oppfølgingen fremheves betydningen av relasjon til oppfølger, samt tilgjengelighet. Flere nevner det å kunne nå oppfølger på telefon som spesielt viktig:

Det som har hatt mest å si for meg er dems tilgjengelighet. Den er viktig...veldig viktig. Og for er det noen ting så er det jo dit jeg ringer da. [...] Nå har jeg vært stabil over lang tid og jeg vet hvor viktig det kan være med tilgjengelighet (Informant 4).

Det at Informant 4 knytter tilgjengeligheten opp mot sin stabilitet kan indikere at tilgjengeligheten anses som en forutsetning for å klare å holde seg stabil, noe informant senere relaterer til rusfrihet. Informant 2 knytter tilgjengeligheten direkte opp mot følelse av trygghet. «...du kan ringe dem om hva som helst [...] det er trygt å ha HF der som jeg vet er der». Informant 1 poengterer tilgjengeligheten i lys av kriser og sammenligner HF med alternative støtteenheter:

Altså jeg kunne jo ha gått til psykolog, jeg kunne hatt andre samtalepartnere, men da får du gjerne en time om 14 dager. Hvis det er krise og jeg ringer oppfølger så kan han nesten slippe det han har i henda og komme med en gang [...] det er jo nå krisa er reell (Informant 1).

Dette sitatet indikerer at Informant 1 har en opplevelse av at oppfølger er fleksibel og tilgjengelig til å kunne stille opp. Informant 4 fremhever tilgjengeligheten som det viktigste ved HF. Samtidig nyanserer denne informant opplevelsen av dette gjennom ytring av ønske om utvidet tilgjengelighet:

...man kan ofte komme opp i situasjoner som kan oppleves som store kriser. Og ting blir fort uoversiktlig. Og da er det utrolig viktig med den tilgjengeligheten [...] Kriser oppstår ikke mandags morgen kl. 9 om morgenen. Den kommer fredags ettermiddag kl. 15 (Informant 4).

Det Informant 4 formidler her er at tilgjengeligheten har begrensninger knyttet til arbeidstid. Dette kan forstås som en indikasjon på et ønske om utvidet tilgjengelighet. Basert på informantens referanse til håndtering av kriser vil trolig dette kunne bidra til økt trygghetsfølelse. Informant 3 har hovedfokus på den praktiske oppfølgingen, men fremhever

viktigheten av å vite at HF alltid er der. Dette kommer frem i samtale omkring hvorvidt informanten føler HF har bidratt til å fremme egen livskvalitet:

Nei, dem har vel kanskje ikke så mye med akkurat det å gjøre. Det blir mer sånn veldig praktisk rettet da. Sånn helt konkret på økonomi, bosituasjon...Ja. Typisk helse. Hjelp til perioder som har vært vanskelig med hensyn til rus og sånt [...] men om ikke direkte intervensjon eller aktivt, så har på en måte HF vært der da. Hele tida (Informant 3).

Denne beskrivelsen sier noe om hvordan Informant 3 definerer sin livskvalitet. Informanten benekter først at HF har noe med livskvalitet å gjøre ved å skille mellom betydningen av praktisk hjelp og opplevd livskvalitet. Dette kan indikere at informanten anser livskvalitet som noe annet enn det praktiske og objektive i livet og heller relaterer dette til en indre tilstand. Dette bekreftes senere gjennom beskrivelse av at HF har påvirket informantens livskvalitet gjennom den tryggheten det gir å vite at de er tilgjengelig «Ja, det har jo det. Det har jo gitt meg trygghet. Jeg vet jeg kan få hjelp hvis det er ting jeg ikke klarer selv».

Totalt sett indikerer beskrivelsene til informantene at det betyr mye å bare vite at HF er der. Det å vite at man har noen å ringe, gir trygghet. I tillegg til tilgjengeligheten fremhever informantene betydningen av relasjonen de har til oppfølgeren sin:

...vi kjenner jo hverandre ganske godt etter hvert og vi kan prate ganske sånn privat da. [...] Jeg har aldri hørt han si nei til noe spørsmål ennå [...] oppfølger er så positiv. Det er aldri sånn at jeg føler at jeg maser eller... (Informant 2).

Det at Informant 2 føler at det er greit å ta kontakt når som helst og ikke kvier seg for å fremstå masete kan indikere en trygghet på sin relasjon til oppfølger og den støtten oppfølger gir. Informanten har sannsynligvis erfaring med å bli møtt med respekt og aksept. Informant 1 gir en lignende beskrivelse:

Jeg kan skryte veldig mye av oppfølger. Han har hjulpet meg veldig mye. Har vært på en måte både en praktisk hjelpekontakt og på en måte psykolog. En god samtalepartner. Det er ingenting jeg ikke kan snakke med oppfølger om. Det er ingenting jeg legger skjul på til oppfølger. Så han har vært veldig verdifull for meg (Informant 1).

Informant 1 trekker frem oppfølger som en «samtalepartner», noe som tydeliggjør det relasjonelle aspektet og indikerer at informanten opplever å føle seg hørt og lyttet til av oppfølger. Informant 1 skiller også mellom den praktiske hjelpen og den mer mentale støtten gjennom samtaler. Beskrivelsen av oppfølger som «verdifull» indikerer et sterkt bånd. På spørsmål om hva som har betydd mest i HF svarer Informant 1 at «det er den kontakten jeg har med dem og den oppfølginga jeg får». Kontakten omtales altså som det viktigste, noe som kan forstås som relasjonen til oppfølger og den tilgjengeligheten som tilbys. «Han kjenner meg jo utrolig godt. Oppfølger er den som kjenner med best av alle i hjelpeapparatet. Uten

tvil. Så han vet hvor skoen trykker like godt som meg» (Informant 1). Informant 5 har også fokus på relasjon til oppfølger «Han har noe i seg jeg liker. Jeg kan relatere meg selv til han. Han gir av seg selv og jeg tror han ser meg som likeverdig [...] Jeg ønsker å ha han i livet mitt resten av livet». Det at Informant 5 opplever å bli møtt som «likeverdig» indikerer en følelse av respekt og aksept i møte med oppfølger. Informanten ønsker relasjonen skal vare livet ut, noe som tyder på at relasjonen er svært viktig for han.

Totalt sett indikerer beskrivelsene til informantene at oppfølger i HF blir en viktig støttespiller og relasjon i deres liv. Oppfølger beskrives som en av de nærmeste relasjonene informantene har og er derfor sentral i følelse av trygghet og opprettholdelse av stabilitet i livet. Oppfølger kan se ut til å bidra til en type sosial støtte. For noen er det viktigst å bare vite at de har noen å kontakte ved behov, mens andre opplever relasjonen som noe de ønsker å bevare og anser som svært verdifullt. Det er likevel gjennomgående at tryggheten relasjonen gir, oppleves som sentralt.

Informant 1 knytter i likhet med Informant 3 denne trygghetsfølelsen opp mot livskvalitet og poengterer implikasjonene dette har for å holde seg rusfri «så livskvalitet for meg er å ha en trygghet i hverdagen som gjør at jeg klarer å holde meg rusfri. Og det at jeg har noen form for sysselsetting. Helt klart». Betydningen trygghet har for opprettholdelse av rusfrihet, kan indikere at trygghet bidrar til stabilitet og at dette er relatert til opplevd livskvalitet for Informant 1. Informanten påpeker også hvordan sysselsetting anses som sentralt for god livskvalitet. Dette tydeliggjør sammenhengen mellom temaet «Å oppleve stabilitet og trygghet i livet» og «Å oppleve muligheter, ønsker og motivasjon». Sitatet fra Informant 1 er et eksempel på nettopp hvordan stabilitet og trygghet kan ha overføringsverdi i å trigge framtidstanker og motivasjon for deltakelse i samfunnet og hvordan dette samlet påvirker opplevd livskvalitet.

Å oppleve muligheter, ønsker og motivasjon

Dette temaet handler om at informantenes beskrivelser indikerer ønsker om utvikling, tanker om fremtiden og gjennom dette en indre motivasjon for endring og bevegelse i livet. Dette inkluderer ønske om rusfrihet, sysselsetting og sosial deltakelse, samt hvilke utfordringer som hindrer dette. Dette temaet kan ses i sammenheng med «å være herre over eget liv» fordi valg og deltakelse nettopp gjør flere muligheter tilgjengelig. Teamene vurderes likevel best presentert separat da dette tydeliggjør skillet mellom spesifikk betydning av valg og deltakelse til forskjell fra hvilke muligheter som åpner seg og hva slags type ønsker og motivasjon som erfares som følge av deltakelse i HF.

Framtidstanker. På spørsmål om hvordan informantene vil beskrive livskvaliteten sin

svarer Informant 1 følgende:

Sånn her og nå så er jeg på en måte fornøyd. For jeg er rusfri og jeg kjenner at det går bedre for hver dag. Jeg har veldig lyst til å fortsette å være rusfri. Før så hadde jeg lyst til å være rusfri for å være rusfri, men nå går det mer på å bli rusfri fordi jeg har lyst til å bli eldre. [...] Jeg har lyst til å bli eldre. Jeg har lyst til å kunne bidra og yte i form av noe arbeid, sysselsetting og hvis jeg får til det da så på en måte prøve å utvide det sosiale nettverket (Informant 1).

Informant 1 relaterer sin «fornøydhet» til rusfrihet og følelse av bedring. I tillegg ytrer informanten et tydelig ønske om å opprettholde denne bedringen. Det virker som informanten har opplevd et skifte i seg selv knyttet til motivasjonen for rusfrihet. Informanten beskriver tanker om hva h*n ønsker å gjøre i livet og skiller dette fra et tidligere fokus på å oppnå rusfrihet uten annen intensjon. Informanten er også tydelig på ønsket om sysselsetting og det virker som dette er knyttet både til et behov for å bidra i samfunnet og et behov for økt sosial kontakt. Informant 1 knytter også evne til å holde seg rusfri direkte opp mot livskvalitet på spørsmål om hva informanten anser som god livskvalitet «Nei, det er jo først å fremst at jeg klarer å holde meg rusfri. Og for å klare å holde meg rusfri er jeg veldig avhengig av sysselsetting». I likhet med Informant 1 beskriver også Informant 5 opplevelse av et skifte i seg selv knyttet til ønske om rusfrihet: «Jeg bestemte meg for noen år siden at det var bedre å være rusfri. Jeg har lyst til å bidra i samfunnet og jeg håper at jeg kommer dit at jeg kan bidra». Sitatet indikerer at ønsket om rusfrihet var trigget av et behov for å bidra i samfunnet. I tillegg uttrykker informanten håp for om kunne få til dette. I beskrivelse av oppfølgeren sin forteller informanten at h*n kunne tenke seg «å jobbe med noe lignende selv en dag». Det at informanten ser for seg en mulig yrkesvei indikerer håp for fremtiden.

For jeg tenker...det er jo sikkert. Man kommer jo sikkert, eller mange, garantert, eller meg, kommer jo til et punkt hvor man kan ønske at man ikke skal være avhengig lenger ikke sant. Og det er litt sånn. Hvordan blir det da? (Informant 4)

Dette sitatet illustrerer Informant 4 sine tanker om fremtiden og en undring omkring overgangen til selvstendighet. Samtidig nyanserer informanten også betydningen av nær støtte ved å fremheve avhengighetsaspektet, som illustrert under det foregående temaet.

Informant 1 trekker frem hvilke muligheter den økonomiske stabiliseringen åpner for i ytring av ønske om å kunne kjøpe leiligheten en dag «Jeg håper det går til en ordning så jeg kan kjøpe en dag. Okey, så leier jeg nå da, fortsette å leie. Jeg har ikke noe ønske om å flytte en annen plass». Dette sitatet antyder at informanten er fornøyd med å situasjonen nå, men likevel har et fremtidsønske om å kunne kjøpe leiligheten selv. Denne beskrivelsen kan

forstås som å indikere håp og planer for fremtiden og samtidig aksept for situasjonen som den er og forståelse for at informanten er i en prosess som kan ta litt tid.

Ønske om sosial deltakelse. Ensomhet og sosial isolasjon er gjennomgående i informantenes beskrivelser. Det er individuelle forskjeller, men på grunn av livssituasjon og fortid er trenden at informantene generelt har lite kontakt med familie og lite sosialt nettverk. Dette undertemaet handler om hvordan HF trigger økt motivasjon for utvidelse av sosialt nettverk. Det er samtidig individuelle forskjeller i ønske og behov for sosial deltakelse. Enkelte beskriver at de aktivt oppfordres av oppfølger til å delta i sosiale aktiviteter: «Jeg blir jo anmodet om å.. jeg får jo spørsmål hele tiden om jeg trenger noe hjelp med å komme i gang med å engasjere meg i noe prosjekt, frivillighetsarbeid eller noe» (Informant 3). Andre forteller at dette ikke har vært fokus, men at de heller ikke har ytret ønske om det selv:

Det (sosiale tiltak) har ikke vært noe tema. Men ja.. det er jo vanskelig å bygge seg nettverk og skape seg et sosialt liv da når man er oppi åra.. Det finnes vel noen plasser i byen, men der er det jo veldig tungt belastet med rus da ikke sant. Men det kan godt hende det finnes noe annet da, jeg har heller ikke spurt (Informant 4).

Informant 4 trekker her frem vanskeligheter med å bygge sosialt nettverk og relaterer dette til alder og mangel på egnede plasser å treffe folk. Informant 1 ytrer ønske om å utvide sitt sosiale nettverk, og ser for seg hvilke områder dette kan være mulig på: «...det er jo jobb og fritidsaktiviteter som er de områdene jeg ser for meg at det kan skje på. Du treffer liksom ikke en kompis i køen på butikken.» Samtidig trekker også Informant 1 frem hindringer som gjør dette utfordrende: «Når jeg har blitt såpass gammel og har den fortida og sånt også. Så det er vel de to største fiendene mine, ensomhet og kjedsomhet». Begge informantene trekker altså frem betydningen av alder og fortid. Dette kan indikere at det livet de har levd har gjort det vanskelig å opprettholde sosiale relasjoner på den måten de ønsker og at det er utfordrende å bygge dette opp igjen senere i livet. Det at Informant 1 omtaler «ensomhet» og «kjedsomhet» som sine to «største fiender» tydeliggjør at dette preger livet i stor grad og potensielt oppleves som betydelig reduserende for hans livskvalitet. Informant 1 poengterer hvordan en trøblete fortid er til hindring i møte med nye mennesker, noe han relaterer til rusmisbruket sitt:

Det er vel det som er det største problemet for oss alle da. Det at vi ikke har rusfrie venner da. Etter at man har holdt på i så mange år, så alt av barndomsvenner de har jeg jo ikke hatt kontakt med på haugevis av år og det å ta kontakt med dem igjen det er veldig vanskelig for da blir jeg gående å føle meg som narkoman i møte med dem (Informant 1).

Dette sitatet indikerer tydelig en følelse av stigma i møte med andre mennesker og en

beskrivelse av dette som en barriere. Informanten putter her seg selv i gruppen «narkomane». Dette indikerer en sosial sammenligning med andre som ikke er «narkomane». En sammenligning som oppleves negativ og til hindring. Indikasjon på følelse av stigma kan tolkes ut i fra flere av informantenes beskrivelser. Informant 3 beskriver blant annet fornøydhet med bolig, og god ivaretagelse fra naboer. Samtidig legger informanten til «...men alle er jo klar over at det er en kommunal leilighet i og med at det er den eneste leiligheten i sameiet som er kommunal da», noe som indikerer at dette er noe informanten tenker over i møte med naboene sine. Informant 5 trekker også frem betydningen av nabolaget. Informanten påpeker at det å få bolig blant «vanlige folk» har vært sentralt for livskvalitet i å bidra til stabilitet, men:

Det burde vært en introduksjonsrunde i nabolaget når man flytter inn. Folk har så mange oppfatninger når de hører det flytter inn en som er psykisk syk og sånt. De tror det vil bli bråk og at man er farlig. Uten å ha snakket med deg engang (Informant 5).

Denne beskrivelsen antyder at informanten opplever å føle seg annerledes enn de i nabolaget. Bruken av «vanlige folk» kan i likhet med Informant 1 sin definisjon av seg selv som «narkoman» indikere en sosial sammenligning hvor informanten selv havner utenfor det h*n definerer som «vanlig».

Basert på sitatene i avsnittet over er altså følelse av stigmatisering et potensielt hinder for sosial deltakelse til tross for et ønske om økt sosial deltakelse. Beskrivelsene indikerer også hvordan det sosiale og relasjonelle er en sentral del av hvordan informantene definerer livskvalitet. I tillegg til «det å ha bolig» definerer Informant 5 livskvalitet slik «Når jeg føler at jeg er meg selv. Og kan være snill med meg selv og andre. Det å hjelpe andre. Det er livskvalitet for meg... Opplevelser med andre». Her trekker Informant 5 frem betydningen av både å ta vare på seg selv og det å kunne stille opp for og være sammen med andre. Dette kan indikere et ønske om gjensidige relasjoner og et behov for å ikke bare motta hjelp, men å kunne hjelpe andre tilbake. Informant 2 relaterer livskvaliteten sin til hvordan h*n isolerer seg «Nei, jeg vil ikke si jeg har så veldig god livskvalitet... jeg isolerer meg mye.» Samtidig beskriver h*n at HF har bidratt til å bedre informantens livskvalitet og begrunner dette slik «Nei, det er de faste jeg har i livet som følger meg opp og som jeg har fast kontakt med og som ja kjenner til livet mitt da». Disse beskrivelser indikerer at HF bidrar til bedre LK gjennom det relasjonelle. Det at informanten trekker frem det relasjonelle i oppfølgingen gjennom «de faste i livet» og «de som kjenner meg» kan tyde på at sosial kontakt er en del av informantens definisjon av livskvalitet. Informant 4 trekker også frem betydningen av kontakt med familie som en bidragsyter til at h*n har det bra. Samtidig beskriver informanten en del

utfordringer med den fysiske helsa og er opptatt av å skille mellom det å «føle at jeg har det bra» og at «den fysiske helsa har blitt dårligere igjen». På denne måten kan det virke som Informant 4 skiller mellom hvordan gode relasjoner i livet bidrar til bedre livskvalitet, men at fysiske utfordringer gjør at den helhetlige livskvaliteten ikke oppleves som optimal.

Informant 1 beskriver helt avslutningsvis i intervjuet helheten i sin opplevelse av HF «For å bli rusfri må man ha flere verktøy. Medisin er en ting. HF er en ting. Sysselsetting er en ting. Nettverk er en ting. Det er flere verktøy». Informanten beskriver her HF som et av flere «verktøy» for å klare å bli rusfri. Samtidig bærer de foregående beskrivelsene fra samme informant preg av at HF nettopp har bidratt til å gjøre disse andre verktøyene tilgjengelig; medisin gjennom hjelp til samarbeid med lege, muligheten for sysselsetting og mulighet til å bygge nettverk. Informanten beskriver hvordan dette totalt sett påvirker livskvalitet i form av trygghet. Slik er denne opplevelsen til Informant 1 med på å illustrere sammenhengen mellom temaene i denne analysen. Det å oppleve stabilitet og trygghet gjennom bolig og både praktisk og relasjonell oppfølging kan anses som noe av grunnlaget for å oppleve flere muligheter, ønsker og motivasjon for å gripe disse. I tillegg gir valg og deltakelse en opplevelse av selvbestemmelse som også kan ha betydning for økt motivasjon. Denne sammenhengen mellom temaene tydeliggjør mangfoldet i opplevelsen av HF og hvordan tilbudet har omfattende implikasjoner for den enkelte deltaker. Som det nå skal drøftes illustrerer dette i tillegg kompleksiteten i hvordan HF påvirker opplevd LK.

Diskusjon

Diskusjonen tar utgangspunkt i de to problemstillingene: *Hvordan beskriver deltakerne i Housing First i Trondheim kommune sin opplevelse av tilbudet?* og *Hvordan beskriver deltakerne at Housing First i Trondheim kommune påvirker opplevd livskvalitet?* De tre temaene: «Å være herre over eget liv», «å oppleve stabilitet og trygghet i livet» og «å oppleve muligheter, ønsker og motivasjon» danner samlet grunnlag for drøftingen av begge problemstillingene. Kompleksiteten i funnene, samt mangfoldet i det teoretiske rammeverket gir opphav til en rekke relevante drøftingsaspekter. Problemstillingene besvares i utgangspunktet separat, men drøftingen av den andre problemstillingen inkluderer nødvendigvis en integrert diskusjon av hvordan opplevelsen av Housing First (HF) påvirker livskvalitet (LK) og sammenfatter slik problemstillingene som en helhet. Studiens implikasjoner for HF som recoveryorientert praksis fremheves og avslutningsvis drøftes studiens begrensninger, samt aktuelle temaer for videre forskning.

Opplevelsen av Housing First (første problemstilling)

Resultatene belyser flere aspekter av hvordan informantene opplever å være deltaker i HF. Beskrivelsene indikerer opplevelse av valgfrihet og deltakelse både i bolig og i type oppfølging. Oppfølgingen beskrives som en samarbeidsmodell og opplevelse av selvbestemmelse virker sentralt. På den annen side indikerer funnene også at enkelte kan oppleve den friheten dette gir som overveldende, og at de har behov for mer konkret veiledning. Generelt beskrives HF som mer fleksibel og mer fasiliterende for trygghet og rusfrihet, enn andre kommunale tilbud. Resultatene indikerer at HF oppleves som stabiliserende i form av sannsynlighet for å holde seg rusfri og normalisering av livet med boligen som plattform. Både den praktiske oppfølgingen og den relasjonelle støtten ser ut til å ha implikasjoner for opplevelse av stabilitet og trygghet. Hovedsakelig trekkes tett oppfølging frem som sentralt, spesielt med tanke på hvordan dette bidrar til å gjøre annen type støtte mer tilgjengelig. Likevel inkluderer funnene en nyansering i dette da en av informantene beskriver tidvis opplevelse av umyndiggjøring. Det relasjonelle virker sentralt, både i lys av tilgjengelighet og fleksibilitet, men også i opplevelse av å bli sett, respektert og akseptert av oppfølger. I tillegg til dette indikerer resultatene at informantene opplever at HF trigger framtidstanker og håp om videreutvikling i form av økt deltakelse i samfunnet gjennom etablering av sosiale nettverk og sysselsetting. Samtidig opplever mange barrierer til nettopp dette på grunn av alder og fortid, samt opplevelse av stigmatisering.

Selvbestemmelse. Opplevelsen av selvbestemmelse som informantene formidler gjennom beskrivelse av valg og deltakelse er i tråd med grunnprinsippet i HF-modellen om deltakerstyrte valg. Denne opplevelsen kan tolkes å ha betydning for informantenes recoveryprosess, da valgmuligheter og selvbestemmelse beskrives som grunnlaget for recovery (Tsemberis, 2010). Betydningen av å være «deltaker» istedenfor «mottaker» eller «bruker» trekkes spesifikt frem som viktig. I tillegg illustrerer dette viktigheten av begrepsbruk i helsevesenet og hvordan slike formaliteter kan ha mye å si for opplevelsen av et tilbud. Betydningen av selvbestemmelse trekkes også frem i annen forskning både på HF og recovery. Kvalitativt har recoveryprosessen vært relatert til å etablere følelse av kontroll over eget liv (Davidson et al., 2005; Davidson et al., 2007), og sammen med autonomi og valgfrihet har kvantitative studier vist at dette er assosiert med høy grad av bostabilitet blant deltakere i HF (Tsemberis et al., 2004). Denne studiens resultater er også sammenfallende med en kvalitativ evaluering av HF i Drammen kommune der opplevelse av større kontroll i eget liv, samt håp og fremtidsstro var sentralt blant deltakerne (Andvig et al., 2016).

Resultatene indikerer at informantene i HF opplever økt motivasjon for å gripe

mulighetene som åpner seg gjennom større valgfrihet og deltakelse i eget liv. Teoretisk kan disse opplevelsene ses i sammenheng, da selvbestemmelse kan fungere som grunnlaget for økt motivasjon og framtidstro. Selvbestemmelsesteori (Ryan & Deci, 2000) beskriver hvordan økt grad av selvbestemmelse er relatert til økende grad av indre motivasjon og at dette kan være grunnlag for økt interesse, engasjement og selvtillit. Opplevelsen av selvbestemmelse i HF kan potensielt se ut til å tilfredsstillere to av de psykologiske behovene Ryan og Deci (2000) mener er nødvendig for følelse av agens; kompetanse og autonomi. HF-modellen har et fokus på å trekke frem deltakernes ekspertise på seg selv og fremmer økt grad av autonomi gjennom fokus på valg og deltakelse. Dette kan øke deltakernes motivasjon for å eksempelvis benytte seg av muligheten til sysselsetting eller opprettholdelse av rusfrihet. Et slikt perspektiv kan også forstås som sammenfallende med empowerment (Rappaport, 1981), da fokus på selvbestemmelse ser ut til å bidra til opplevelse av større kontroll i eget liv. Slik fremhever dette hvordan HF som samfunnsintervensjon gjennom sin recoveryorienterte praksis legger forholdene til rette for at individet kan oppleve økt følelse av kontroll. Dette er et eksempel på den integrerte forståelsen av recovery som både en personlig og sosial prosess. Det er en relevant nyansering at informantene ikke benytter «kontroll» som begrep selv. Beskrivelsene indikerer likevel at HF oppleves som en fleksibel samarbeidsmodell som åpner for større grad av kontroll i eget liv. Informantene beskriver hvordan de i HF ikke blir fortalt hva de skal gjøre, men selv kan legge føringer basert på egne behov.

Denne opplevelsen av selvbestemmelse er i tråd med den tradisjonelle definisjonen av recovery knyttet til det å bli aktiv deltaker i eget liv og at recovery kan innebære en endring i individets mål i livet (Anthony, 1993; Deegan, 1988). Fokuset i HF på å gjenvinne håp og trigge ønsker om etablering av meningsfulle samfunnsroller er sammenfallende med komponenter i «*dual recovery*». Dette er sentralt med tanke på at deltakergruppa ofte har utfordringer med rus og samtidige psykiske plager (Davidson et al., 2008). Flere av informantene i denne studien beskriver et skifte i seg selv der de bestemte seg for å bli rusfri, eller gradvis endret motivasjon for rusfrihet. Dette kan forstås som relatert til de to første stadiene i personlig recovery som foreslått av Young og Ensing (1999); gjenvinning av ønske om og motivasjon for endring (det første stadiet) og det å ta mer kontroll og ansvar over eget liv (det andre stadiet). Fokuset på selvbestemmelse som HF tilbyr ser ut til å fasilitere nettopp slik motivasjon og metodikken gir deltakeren en mulighet til å ta mer ansvar selv. Dette er i motsetning til trappetrinnsmodellen der krav kan sette stopper for en slik mulighet. Denne studien underbygger dette i form av hvordan informantene beskriver opplevelse med annen kommunal boligtildeling som mer rigid.

Hovedtrenden i resultatene er at selvbestemmelse gjennom valg og deltakelse oppleves som positivt og viktig for informantene. Det kommer likevel frem at enkelte opplever denne åpenheten og friheten som noe overveldende. Det ytres av enkelte et ønske om å bli vist vei og et behov for mer struktur og konkrete råd. Dette kan forstås som et uttrykk for individuelle forskjeller og er i tråd med recovery som en unik individuell prosess. Ved å hensynta deltakerens individuelle behov og dermed tilpasse oppfølgingen i tråd med dette kan potensielt disse individuelle forskjellene ivaretas. Snertingdal og Bakkeli (2015) foreslår det samme i sin evaluering av de norske HF-prosjektene. Da vil nettopp oppfølging med fokus på rettledning og konkrete råd være i tråd med deltakerens eget ønske og derfor kunne ivareta følelse av selvbestemmelse.

Stabilitet og trygghet. I tillegg til opplevelsen av selvbestemmelse og økt motivasjon indikerer resultatene en opplevelse av økt stabilitet og trygghet. For det første kan denne opplevelsen ses i lys av det økologiske perspektivet på recovery der trygg bolig forstås som et grunnleggende behov og en nødvendig forutsetning for recoveryprosessen (Onken et al., 2007). På samme måte beskriver den ene informanten hvordan bolig er utgangspunkt for å kunne ta tak i problemene sine. Resultatene er også i samsvar med hvordan Borg og Davidson (2007) fant at en sentral del av recoveryprosessen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser handler om å gjøre livet enklere og mer håndterlig. Dette inkluderte det å ha et trygt hjem og bolig som en plattform for å tilnærme seg samfunnet fra. Resultatene i denne studien tyder på at informantene opplever «ontologisk trygghet» (Padgett, 2007). Det ser ut til at boligen gir utgangspunkt for normalisering av livet, økt forutsigbarhet og dermed opplevelse av stabilitet og trygghet. Slik kan resultatene være med på å underbygge Borg (2007) sitt argument om betydningen av hverdagslivet for recovery.

Resultatene indikerer at denne opplevelsen av stabilitet og trygghet ikke bare er relatert til det å ha bolig i seg selv, men også den oppfølgingen informantene får, både i form av relasjonell støtte og praktisk oppfølging. Oppfølgingen trekkes av enkelte informanter frem som det absolutt viktigste ved HF, med spesielt fokus på tilgjengelighet, nettopp fordi dette gir trygghet. Det indikerer at grunnprinsippet om «forpliktelse til å følge opp så lenge det er behov» virkelig utøves av de ansatte. Denne tilgjengeligheten kan forstås som en forutsetning for den opplevde stabiliteten til informantene. På den annen side beskriver også en av informantene at denne oppfølgingen i noen grad oppleves for tett og umyndiggjørende. Informanten føler seg avhengig av oppfølger i kontakt med andre hjelpeetater. Dette er en viktig nyansering, da følelse av umyndiggjøring eller avhengighet går imot prinsippet om selvbestemmelse, autonomi og selvstendighet. Samtidig er dette en balansegang som

potensielt kan forstås ut i fra hvilken fase individet er i recoveryprosessen. Young og Ensing (1999) beskriver hvordan det siste stadiet i recovery inkluderer utforsking av potensialet for selvstendighet. Kanskje informanten med denne opplevelsen er i en fase der tanker om å klare seg selv er viktig og nettopp derfor oppleves det å måtte henviser til oppfølger som umyndiggjørende. For andre informanter er nettopp denne støtten helt sentral i opplevelse av trygghet og håndtering av kommunikasjon med andre etater. Potensielt er de informantene i et tidligere stadium i recoveryprosessen og derfor i behov av tettere oppfølging.

Betydning av oppfølger og relasjonell støtte. En gjennomgående trend fra resultatene er betydningen av oppfølger. Dette kan forstås som viktig i alle de tre temaene, da oppfølger er sentral i å formidle selvbestemmelse, i å bidra til stabilitet og trygghet gjennom praktisk og relasjonell støtte, samt i å oppmuntre til økt sosial deltakelse og støtte i informantenes framtidshåp. Betydningen av sosial støtte er sentralt i recoveryprosessen og kan forstås i det økologiske perspektivet til (Onken et al., 2007) som noe av grunnlaget for personlig recovery. Resultatene indikerer, til tross for enkelte individuelle forskjeller, at majoriteten av informantene har et ønske om økt sosial deltakelse. Ensomhet og isolasjon er et problem for mange. Dette indikerer mangel på sosiale nettverk og altså lite strukturell støtte som definert av Helgeson (2003). Informantene beskriver likevel en opplevelse av trygghet og dermed et utbytte av den relasjonen de har til oppfølgeren sin. Denne opplevelsen kan forstås som funksjonell støtte (Helgeson, 2003). Selv om deltakerne har lite personlig nettverk i en kvantitativ målestokk gir oppfølger støtte i en kvalitativ målestokk som dermed har effekt i seg selv. Denne type funksjonell støtte er assosiert med «stress-buffermodellen» der sosial støtte fungerer som en beskyttende faktor når individet er utsatt for høyt stressnivå (Cohen & Wills, 1985). Deltakerne i HF kan tolkes å være en stressutsatt gruppe med psykiske- og rusmiddelrelaterte problemer i tillegg til økonomiske vansker og en ustabil bosituasjon. Det at oppfølger kan fungere som en funksjonell sosial støtte kan altså være en beskyttende faktor i deltakernes liv.

Resultatene belyser hvordan informantene selv skiller mellom den praktiske støtten og den relasjonelle støtten fra oppfølger. Dette kan ses i lys av hvordan funksjonell sosial støtte ofte deles inn i tre ulike grupper (Helgeson, 2003). Informantene opplever instrumentell støtte gjennom konkret praktisk hjelp i bolig og i samarbeid med andre etater. De opplever også informativ støtte i formidling av informasjon og veiledning, selv om noen har et sterkere behov for dette enn andre. I tillegg trekker de frem den relasjonelle biten som kan forstås som emosjonell støtte. De beskriver at de blir hørt, respektert og akseptert. Selv om informantene har lite strukturell sosial støtte i mangel på nære venner eller familie, kan det se ut til at den

emosjonelle støtten de opplever av oppfølger blir sentral i deres trygghetsfølelse og gir potensielt en følelse av tilhørighet. Dette er i tråd med hvordan Helgeson (2003) beskriver at emosjonell støtte kan ha effekt uavhengig av kilden. Samtidig kan dette forstås som relatert til hvordan tilhørighet, i tillegg til autonomi og kompetanse, anses som nødvendig for opplevelse av selvbestemmelse (Ryan & Deci, 2000). Selvbestemmelsesteori beskriver hvordan behovet for støttende omgivelser kan bidra til å bevare indre motivasjon trigget av selvbestemmelse. Slik kan det relasjonelle aspektet tolkes å være relevant for den gjennomgående opplevelsen av selvbestemmelse. Formidling av selvbestemmelse som grunnlaget for recovery trenger ikke kun å handle om konkrete valgmuligheter og deltakelse, men kan også forstås som relatert til kvaliteter ved oppfølgingen og som et viktig element i virksomme relasjoner.

Når det gjelder kvaliteten på relasjonen mellom oppfølger og deltaker er dette noe resultatene indikerer at har stor betydning. Dette er i tråd med hva annen forskning har funnet er sentralt for recovery (Denhov & Topor, 2012; Ljungberg et al., 2016). Sett i lys av arbeidsalliansen som definert av Bordin (1979) og Rogers (1957) kan det se ut til at HF-modellen er fasiliterende for etablering av en slik allianse. Enighet om mål og enighet om oppgavene for måloppnåelse kan forstås som en del av fokuset på selvbestemmelse og derfor noe av grunnlaget for recovery. Det formidles at deltakeren er ekspert på seg selv, og at oppfølgeren stiller opp for å støtte i utvikling mot personlige mål. I tillegg indikerer resultatene at relasjonen mellom oppfølger og deltaker er preget av et emosjonelt bånd med empati og varme. Enkelte beskriver oppfølger som den personen i livet som kjenner dem best og andre ønsker å bevare kontakten med oppfølger som en livslang relasjon. Det er på den annen side også noen informanter som har større fokus på den praktiske støtten og mindre fokus på relasjon. Dette kan være et uttrykk for individuelle forskjeller i hva informantene har behov for. Noe Snertingdal og Bakkeli (2015) også fant i sin kartlegging av norske HF-modeller.

Opplevelse av stigma som barriere i oppnåelse av sosiale muligheter er fremtredende i studiens resultater. For det første har deltakergruppa i HF generelt flere karakteristikk som gjør dem spesielt utsatte for stigmatisering. Mange har psykiske vansker, rusmiddelproblemer, mange er arbeidsløse og flere har vært involvert i kriminelle handlinger (Spjøtvold et al., 2016). Flere forteller også hvordan alder og fortid er en barriere for å bli kjent med nye mennesker. Resultatene er i tråd med hvordan stigma for mennesker med alvorlige psykiske lidelser har vært identifisert både i naturlige sosiale nettverk og innad i psykisk helsevern (Mezzina et al., 2006). Informantene beskriver tanker om at de føler seg forskjellig fra de andre i nabolaget. En av informantene beskriver at det oppleves som viktig å få bolig blant

«vanlige folk», selv om informanten likevel anser seg selv som annerledes enn naboene sine. Disse resultatene nyanserer prinsippet bak HF-modellen om at spredte boliger skal bidra til sosial inkludering. Opplevelse av stigma er fremtredende til tross for integrering i «vanlige» borettslag.

Flere informanter definerer seg selv som «utenfor» de gruppene de definerer som «vanlige folk». Dette er i tråd med hvordan Goffmann (1986) definerer stigmatisering og illustrerer hvordan dette blir en barriere i opprettholdelse av normal identitet. I tillegg antyder dette internalisert stigma, noe som har vært assosiert med mindre grad av bedring (Chronister et al., 2013) og dermed kan forstås som en sosial barriere til recovery. Når det gjelder stigma innad i helsesystemet illustrerer resultatene hvordan en informant føler seg «mindre» i samtale med legen og at dette forsterkes gjennom å måtte henvise til HF. Som allerede drøftet, indikerer dette en opplevelse av umyndiggjøring og samtidig en følelse av mindreverdighet. Til tross for dette indikerer majoriteten av beskrivelsene til informantene at den tette oppfølgingen er noe av det viktigste ved HF.

Resultatene tyder på at opplevelse av stigma er en stor sosial barriere for informantene også til tross for opplevelse av sosial støtte. Ensomhet og isolasjon beskrives av informantene som et vedvarende problem for mange, selv etter de har fått bolig. Det samme fant evalueringen av HF-modellene i Europa (Busch-Geertsema, 2013). Dette kan forstås som naturlig, da informantene sannsynligvis på grunn av et langt liv preget av vanskeligheter med rus, psykiske plager og påfølgende utfordringer i bolig- og arbeidsmarkedet, har vært utsatt for stigma over lang tid. Dette gjelder både ytre stigma fra omgivelsene og indre stigma i form av skam og lav selvfølelse. Det er usannsynlig at en god relasjon til oppfølger vil kunne hviske ut alle slike spor. Likevel antyder forskning at sosial støtte kan være en beskyttende faktor mot opplevelse av stigma (Chronister et al., 2013). Opplevelsen av sosial støtte fra HF kan slik potensielt forstås som en plattform for å tørre å ta fatt på deler av livet informantene tidligere har kviet seg for. Dette underbygges av resultatene som nettopp indikerer at flere opplever framtidstanker og uttrykker ønske om både sysselsetting og utvidelse av sitt sosiale nettverk. Til tross for opplevelse av økt motivasjon, indikerer resultatene at faktisk oppnåelse av disse fremtidsønskene ikke er en realitet for de fleste ennå. På den annen side kan det se ut til at opplevelse av muligheter og fremtidsønsker i seg selv for mange har betydning for opplevd livskvalitet (LK).

Hvordan Housing First påvirker opplevd livskvalitet (Andre problemstilling)

Som beskrevet innledningsvis tar denne studien utgangspunkt i LK forstått som informantenes egen definisjon av hva dette innebærer. Derfor refererer «opplevd livskvalitet»

til det subjektive aspektet av LK. Selv om beskrivelsene er et resultat av hva informantene subjektivt vektlegger som god LK, vil likevel de subjektive definisjonene kunne falle inn under både subjektiv og objektiv LK som definert i LK-litteraturen. For å kunne besvare hvordan HF påvirker opplevd LK er det nødvendig å ta utgangspunkt i hvordan informantene både direkte og indirekte definerer sin LK. Utgangspunktet for drøftingen er både livskvalitetsteori og recoveryperspektivet. Drøftingen innebærer derfor en vurdering av overlappende elementer av recovery og LK.

Informantenes beskrivelser av egen LK varierer noe. Flere gir uttrykk for at de ikke nødvendigvis opplever så god LK, men beskriver samtidig at HF bidrar til å bedre LK. Enkelte opplever at dagsform har mye å si og andre beskriver at de opplever å ha det bra til tross for enkelte helseutfordringer. I informantenes personlige definisjon av LK kom følgende aspekter både direkte og indirekte frem; det å ha bolig, sysselsetting og meningsfulle aktiviteter, opplevelser sammen med andre, det å kunne være seg selv og tilfredsstillelse av behov, skillet mellom helse og LK, tilpasning til egen situasjon og rusfrihet. Mangfoldet i beskrivelsene er sammenfallende med hvordan litteraturen anser subjektiv LK som relatert til flere ulike dimensjoner (Patterson et al., 2013; Ringdal, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999).

Bolig. Det å ha bolig ble i seg selv definert som god LK. Slik ser HF ut til å bidra til bedre LK nettopp gjennom grunnprinsippet i modellen, bolig først. Bolig kan teoretisk sett forstås som en del av objektiv LK da bolig er en observerbar, fysisk livsbetingelse. Samtidig knytter informantene dette direkte opp mot den tryggheten og verdighetsfølelsen det gir å ha bolig. Dette kan i større grad forstås som subjektiv LK, da dette er en egen vurdering og subjektiv følelse basert på de objektive betingelsene. Denne sammenhengen mellom objektiv og subjektiv LK fremheves også i litteraturen (Andrews & Withey, 1976; Moons et al., 2006; Ventegodt, Merrick, et al., 2003).

Som den første problemstillingen belyser ser HF ut til å legge de objektive forholdene til rette slik at deltakerne gjennom boligen opplever økt trygghet og stabilitet. Resultatene indikerer at dette igjen er betydningsfullt for opplevd LK. Dette er i tråd med kvantitativ forskning på betydningen av å få bolig for bostedsløse og for mennesker med psykiske lidelser (Hubleby et al., 2014; O'Connell et al., 2006; Tsemberis et al., 2003). Spesielt har bolig vært assosiert med bedret subjektiv LK hvis boligprosessen inkluderte valgmuligheter (Hubleby et al., 2014; O'Connell et al., 2006). Dette er kvantitativ forskning, men funnene kan likevel ses i sammenheng med denne studiens resultater som indikerer opplevelse av valgmuligheter i bolig. Resultatene indikerer at valg og muligheter i bolig gir opplevelse av selvbestemmelse som igjen påvirker opplevd LK. Betydningen av bolig for informantene er

også sammenfallende med annen kvalitativ forskning som fant at følelse av hjem og normalisering av livet er sentralt for recoveryprosessen (Borg & Davidson, 2007; Davidson et al., 2007). Viktigheten av å få normalisert livet går igjen i denne studiens resultater og beskrives som noe av grunnlaget for opplevelsen av stabilitet og trygghet, samt utgangspunkt for ønske om mer deltakelse i samfunnet.

Sysselsetting og meningsfulle aktiviteter. Sysselsetting beskrives spesifikt som et aspekt i informantenes definisjon av LK. Ingen av informantene i denne studien var sysselsatt på intervjudtidspunktet, men majoriteten ytret likevel et ønske om det. Dette ble knyttet til et behov for å delta i meningsfulle aktiviteter. Empirisk har bolig i seg selv vært knyttet til et skifte i fokus fra å overleve til et fokus på å søke vekstmuligheter i seg selv (Kyle & Dunn, 2008). Ønske om sysselsetting kan være et uttrykk for nettopp dette. I tillegg er disse fremtidsønskene sammenfallende med hva annen kvalitativ forskning har funnet som sentralt for både LK og recovery (Borg & Davidson, 2007; Connell et al., 2012; Davidson et al., 2007). Borg (2007) fremhever betydningen av hverdagslivet i forståelse av recoveryprosessen. Det å ha noe meningsfullt å bruke tiden sin på kan falle inn under dette. Kjedsomhet beskrives av informantene som et betydelig problem som oppleves reduserende for LK. Et ønske om sysselsetting ser ut til å være relatert både til det å ha noe å fylle tiden sin med og samtidig et ønske om å bidra i samfunnet. En slik gjenetablering av en meningsfull rolle i samfunnet er i tråd med hva som anses sentralt for «*dual recovery*» (Davidson et al., 2008). Selv om informantene fortsatt står uten arbeid indikerer beskrivelsene deres at HF bidrar til å åpne muligheten for sysselsetting og deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Bare det å ha denne muligheten ser ut til å ha betydning for opplevd LK. Samtidig kan sysselsetting, som beskrevet av en informant, også bli en arena for å treffe nye folk og slik bidra til opplevelse sammen med andre.

Opplevelser sammen med andre. Opplevelser sammen med andre trekkes frem i informantenes definisjon av LK. Nærhet i relasjon til andre har vært ansett som nødvendig for et genuint godt liv (Ventegodt, Andersen, et al., 2003). I tillegg er dette i tråd med «*sense of community*» som samfunnspsykologisk begrep (Nelson & Prilleltensky, 2010) og tydeliggjør viktigheten av å oppleve fellesskap og støtte. Dette er samtidig sammenfallende med hvordan Connell et al. (2012) fant at mennesker med psykiske vansker beskriver følelse av tilhørighet som sentralt for god LK. Til tross for beskrivelser av sosialt nettverk som viktig for LK er mangelen på dette en betydelig utfordring for mange og ser ut til å oppleves reduserende for informantenes LK.

Informantene påpeker viktigheten av å kunne være der for andre. Dette kan forstås

som et ønske om gjensidige relasjoner og behov for å kunne bety noe for andre og ikke bare motta støtte selv. Det samme fant Borg og Davidson (2007) at var betydningsfullt for recoveryprosessen til mennesker med alvorlige psykiske lidelse. Informantene trekker frem det relasjonelle som viktig for ivaretagelse av god LK på bakgrunn av den tryggheten det gir å vite at man har noen i livet sitt. Slik kan dette ses i lys av opplevelse av sosial støtte og betydningen dette har for LK. I tillegg beskriver en informant sin egen LK som dårlig og begrunner dette med isolasjon. Det kan indikere at sosial deltakelse ville vært assosiert med bedre LK for informanten. Det er samtidig et poeng at ikke alle ytrer ønske om økt sosial deltakelse, noe som tydeliggjør individuelle forskjeller og potensielt ulike faser i recoveryprosessen. På den annen side tilbyr i det minste HF en mulighet til en relasjonell erfaring gjennom grunnprinsippet om empatisk og respektfull oppfølging. Til tross for at ikke alle benytter seg av denne muligheten og utfordringer knyttet til stigma, beskrives HF av informantene som et utgangspunkt for mulig utvidelse av sosiale nettverk. Stigma ser ut til å fungere som en barriere for sosial kontakt for informantene og kan forstås som reduserende for deres LK. Dette er sammenfallende med hvordan opplevelse av stigma, gjennom både kvantitative (Mechanic et al., 1994) og kvalitative (Connell et al., 2012) studier har vært assosiert med redusert subjektiv LK blant mennesker med psykiske vansker.

Det å kunne være seg selv og tilfredsstillelse av behov. Det å kunne være seg selv brukes i definisjonen av god LK. Dette kan forstås som et aspekt av subjektiv LK fordi det handler om informantens egen selvfølelse. Basert på annen kvalitativ forskning på recovery har nettopp det å utvikle en større forståelse av seg selv som noe mer enn sykdommen sin, vært beskrevet som grunnleggende (Davidson et al., 2007). Informanten trekker frem hvordan det å ha bolig gir verdighet. Dette kan forstås som en indikator på betydning av bolig for selvfølelsen. Slik kan bolig i seg selv fungere som stigmareduserende og bidra til bedre LK. Dette er i tråd med hvordan Borg (2007) fant at mennesker med alvorlige psykiske lidelser beskriver at hjem gir en følelse av å ha en plass i samfunnet.

Det å være herre i eget liv kom i beskrivelsene frem som et sentralt behov, noe som indikerer muligheten HF gir til å kunne være seg selv og ta styring i sitt eget liv. Ventegodt, Merrick, et al. (2003) beskriver «tilfredsstillelse av behov» som en del av objektiv LK fordi det er relatert til en oppnåelse av noe og uttrykk for menneskets natur, eksempelvis behov for mat og bolig. Dette kan ses i sammenheng med at Onken et al. (2007) beskriver tilfredsstillelse av grunnleggende behov som trygg bolig, trygg inntekt og passende helsetilbud som sentralt i det sosiale aspektet av recovery. Tilfredsstillelse av behov gir en god følelse og kan derfor ses i sammenheng med subjektiv LK (Ventegodt, Merrick, et al.,

2003). Denne studiens resultater indikerer individuelle forskjeller i informantenes behov for type og mengde oppfølging. Det er samtidig felles at alle har et behov for et trygt sted å bo og behov for oppfølging i varierende grad. Som den første problemstillingen belyser er opplevelse av selvbestemmelse det informantene tydeligst beskriver som et behov det gir en god følelse å få tilfredsstilt. Økt grad av selvbestemmelse har vært knyttet til økende grad av indre motivasjon som igjen er knyttet til bedre generell velvære (Ryan & Deci, 2000). I tillegg har følelse av å være i kontroll, ha autonomi og valgmuligheter vært assosiert med definisjon av god LK blant mennesker med psykiske helsevansker (Connell et al., 2012). En av informantene knytter det å være «deltaker» i motsetning til «mottaker» opp mot følelse av verdighet. Potensielt bidrar dette til en opplevelse av både kompetanse, autonomi og tilhørighet (Ryan & Deci, 2000) som har implikasjoner for opplevelse av LK. Gjennom tilfredsstillelse av et behov for å delta i egen prosess ser HF ut å påvirke opplevd LK for informantene. Dette er sammenfallende med annen kvantitativ forskning som fant at valg og innfrielse av personlige preferanser var assosiert med positiv effekt på subjektiv LK (Hubley et al., 2014; O'Connell et al., 2006; Tsemberis et al., 2003).

Skillet mellom helse og livskvalitet. Som drøftet indikerer både denne studien og annen forskning at bolig har betydning for opplevd LK. Samtidig indikerer forskningen at overgang til stabil bolig for enkelte bedrer generell LK, mens bolig for andre kun gir økt tilfredshet innenfor det spesifikke domenet relatert til bolig (Schutt et al., 1997). Disse forskjellene kan være et resultat av hvordan LK har blitt operasjonalisert og målt i disse studiene. Denne studien har innhentet kvalitative beskrivelser av LK og resultatene kan derfor vanskelig sammenlignes direkte med resultater fra kvantitative studier. Likevel indikerer resultatene at dette skillet mellom generell LK og mer domenespesifikk LK også kommer frem i kvalitative beskrivelser. Blant annet skiller en informant mellom det å oppleve god LK ved generelt å ha det bra, men samtidig oppleve redusert LK på grunn av fysiske utfordringer. For det første kan dette forstås i lys av hvordan det å ha helseutfordringer i livet ikke nødvendigvis er assosiert med dårlig LK, som illustrert gjennom «*the disability paradox*» (Albrecht & Devlieger, 1999). Samtidig kan denne beskrivelsen tolkes i tilknytning til skillet mellom helse, helserelatert livskvalitet (HRQoL) og LK. Til tross for en fysisk svekket funksjon opplever informanten å ha det bra i livet sitt. Dette er i tråd med hvordan helse bør forstås som et determinant av LK heller enn en indikator (Moons, 2004). Helseaspektet vil nødvendigvis påvirke opplevd LK, men helse blir for begrenset i forståelsen av hva LK er for informantene. Dette kan anses som smeltepunktet mellom LK og recoveryperspektivet. På samme måte som individers reduserte helse kan påvirke LK vil vedvarende helseutfordringer

påvirke recoveryprosessen. Men akkurat som helse ikke definerer LK trenger ikke helseutfordringer nødvendigvis være uforenelig med recovery. Det er for eksempel mulig å være i recovery selv om individet ikke er rusfri. Dette fordi recovery, som Veseth (2014) beskriver, handler om en prosess der psykisk helse er i konstant utvikling og ikke et mål om symptomfrihet. Slik kan recoveryprosessen forstås som nettopp det å oppleve god LK til tross for helseutfordringer. En slik forståelse er i tråd med hvordan konseptanalyser har foreslått «tilfredshet med livet» som den mest passende definisjonen av LK nettopp fordi det tar hensyn til helse som en determinant og ikke indikator på LK (Moons et al., 2006). Dette underbygges av studiens resultater knyttet til beskrivelser av å være «fornøyd» og «å ha det bra» til tross for vedvarende både praktiske og helsemessige utfordringer.

Historisk sett kan utviklingen av recovery og LK som konsepter i stor grad forstås som et resultat av den samme samfunnsutviklingen med en økende holistisk tilnærming til mennesket og bevegelse fra en biomedisinsk til en biopsykososial modell (Engel, 1977). Med utgangspunkt i WHO's helsedefinisjon (Breslow, 1972, som referert til i Ringdal, 1999, s. 85) kan denne helhetlige forståelsen av LK og recovery anses som noe uforenelig med helsebegrepet. «Fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» kan virke urealistisk og ikke minst motstridende med prinsippene bak «*recovery in*». En slik helsedefinisjon er potensielt mer i tråd med «*recovery from*» i fokus på klinisk bedring. På den annen side, som Ringdal (1999) også trekker frem, åpner definisjonen for at helse ikke kun handler om fravær av sykdom og er derfor en indikasjon på å fremme positiv helse. Basert på denne studiens resultater fremstår likevel både subjektiv LK og «*recovery in*» som bredere konsepter enn helsebegrepet og individuell tilpasning til helseutfordringer virker sentralt.

Tilpasning og rusfrihet. Tilpasning til egen sykdom har i LK-forskningen vært definert som «*response shift*» (Sprangers & Schwartz, 1999). Dette indikerer altså en fleksibilitet i definisjon av LK som resultat av dynamiske livshendelser. Det at individuelle vurderinger av eget liv kan være fluktuerende og gjenstand for endring åpner for recoveryperspektivet. Det er ikke nødvendig med symptomfrihet for å erfare god LK eller definere seg selv som i recovery. Carr et al. (2001) har foreslått en modell for LK basert på hvordan endringer i et individs forventninger til egen helse kan gi mindre påvirkning på LK og bedre tilpasning til de helseutfordringene individet står overfor. HF som et recoveryorientert tilbud kan se ut til å tilrettelegge for dette. Blant annet viser denne studien hvordan enkelte informanter har opplevd et skifte i seg selv knyttet til ønske om rusfrihet og i tillegg viser resultatene at HF ser ut til å trigge håp og framtidstanker. Recovery som praksis, kan ha potensiale for å trigge slike endringsprosesser i individet. Dette gjenspeiles også i den

tradisjonelle definisjonen av recovery som endring i individets holdninger, verdier, følelser, mål, evner og roller (Anthony, 1993). Resultatene indikerer at deltakerne i HF i Trondheim kommune opplever å bli møtt som kompetente og støttet i sine egne personlige ressurser. I tillegg opplever de relasjoner som formidler aksept og respekt. Det kan føre til at de endrer oppfatningen av seg selv og utfordringene sine og dermed bidra til å bevare LK og tilpasse seg situasjonen sin. Studien har ikke utforsket dette i dybden, og denne påstanden blir derfor av spekulativ art. Likevel kan denne forståelsen stå som en hypotese om mulige virkningsmekanismer bak tilpasning til egen situasjon og endring i mål om rusfrihet.

Oppnåelse av rusfrihet er noe som spesifikt trekkes frem av flere i definisjonen av god LK. Rusfrihet beskrives som et mål for mange og knyttes opp mot nødvendigheten av stabilitet for å oppnå dette. Samtidig er det fremtredende at opprettholdelse av rusfrihet fortsatt er et problem for mange og en kilde til redusert LK. En av informantene beskriver likevel hvordan HF sammen med medisin, mulighet for sysselsetting og etablering av nettverk bidrar til å gjøre rusfrihet mulig. Beskrivelsen av disse faktorene som «verktøy» indikerer viktigheten av hver enkelt ting og fremhever samtidig styrken av å ha en slik verktøykasse tilgjengelig. Det ser ut til at HF er denne verktøykassa som gjør annen hjelp og utvikling i livet mulig gjennom bolig, tett oppfølging og formidling av selvbestemmelse. Slik kan HF forstås i lys av den biopsykososiale modellen (Engel, 1977). HF oppleves som et helhetlig tilbud som gjør medisinsk hjelp tilgjengelig, men samtidig har fokus på de psykososiale faktorene som preger individets situasjon, og hvilke psykososiale faktorer det kan jobbes med for å fasilitere recoveryprosessen og bedre LK.

Implikasjoner for HF som recoveryorientert praksis

Basert på diskusjonen er flere av beskrivelsene til informantene sammenfallende med opplevelse av recovery og flere beskriver at HF har bidratt til å bedre opplevd LK. Disse opplevelsene kan altså forstås i sammenheng. Til tross for dette er det et viktig poeng at flere av informantene fortsatt gir uttrykk for å ha store utfordringer i livet og redusert LK. Beskrivelser av utfordringer er spesielt knyttet til sosial isolasjon og kjedsomhet, mangel på sosialt nettverk og vanskeligheter med å holde seg rusfri. Denne studien har ikke som formål å evaluere hverken HF som tilbud eller recoveryprosessen blant deltakerne. Målet er å kunne si noe om hvordan HF påvirker deltakernes opplevde LK. Kunnskap om hva deltakergruppa anser som viktig for deres LK kan ha betydning for grundigere forståelse av recoveryprosessen hos mennesker med ROP-lidelser og derfor implikasjoner for hva de ansatte bør ta hensyn til i oppfølgingen. Med dette som utgangspunkt, kan forståelsen denne studien bidrar til, ha implikasjoner for videreutvikling av HF som recoveryorientert praksis.

For det første indikerer funnene at tilbudet burde bevare fokuset på relasjon. Oppfølger ser ut til å fungere som en funksjonell sosial støtte som bidrar til trygghet og gjennom dette har betydning for opplevd livskvalitet. Den tette oppfølgingen trekkes frem som helt sentral av informantene. Tilgjengeligheten som tilbys er avgjørende for opplevelse av trygghet og stabilitet. Samtidig er det viktig informasjon at den tette oppfølgingen for noen oppleves umyndiggjørende. Dette indikerer et behov for større fokus på selvstendigjøring. Det vil være viktig å ha med seg kunnskap om recovery som en individuell prosess og fokusere på å evaluere deltakerens oppfølgingsbehov og gjøre tilpasninger deretter. Det fremstår basert på resultatene som helt sentralt å bevare fokuset på selvbestemmelse. Dette kommer frem som grunnleggende i opplevelsen av HF og er samtidig sentralt i forståelsen av hvordan HF påvirker opplevd LK. Oppgavens tittel «Det er meg det gjelder» gjenspeiler denne opplevelsen og er ment å belyse hvordan opplevelse av selvbestemmelse er sentralt i forståelsen av begge problemstillingene. Det er likevel viktig å ha fokus på individuelle forskjeller også her, da resultatene indikerer at noen kan oppleve denne friheten som for stor. Til slutt vil det være avgjørende å ta tak i sosial isolasjon som et problem. Til tross for enkelte individuelle forskjeller er et ønske om mer sosial deltakelse fremtredende og også relatert til hvordan informantene definerer sin LK. Arbeid med sosial inkludering og fokus på å redusere opplevelsen av stigma vil kunne være viktig for deltakernes utvikling.

Studiens begrensninger og videre forskning

Forskningsprosessen er et resultat av kontinuerlige valg. Dette gjelder alt fra etablering av forskningsspørsmål til valg av metode, teori og fokus i analyseringen. For å utøve refleksivitet med hensyn til studiens konklusivitet og mulige retninger til videre forskning belyses studiens begrensninger.

Det åpne designet med semistrukturert intervju, i tråd med hermeneutisk fenomenologi, ble vurdert som egnet basert på studiens formål. En slik åpenhet kan likevel føre til begrenset overførbarhet. En mer strukturert intervjuguide kunne i større grad ha sikret at alle relevante undertemaer og nyanser ble dekket. På den annen side førte åpenheten til at hvert intervju gikk i den retningen informanten la føringer for, noe som muliggjorde utforskning av personlig erfaring. Selv om det ble vurdert at et metningspunkt var nådd, ville et større utvalg ha bidratt til å øke både overførbarheten og troverdigheten til funnene. I tillegg er metningspunkt en skjønsmessig vurdering og det kan ikke utelukkes at flere informanter ville ha generert mer viktig informasjon. Basert på studiens forutsetninger med begrenset tid og ressurser anses likevel utvalget på fem informanter som et bra antall. I tillegg genererte intervjuene mye informasjon per informant.

Når det gjelder det teoretiske rammeverket og tidligere forskning ble recoveryperspektivet og LK vurdert som det mest sentrale. LK ble ikke definert på forhånd, men informantene ble gitt mulighet til å gi sin egen definisjon. Likevel ble LK nevnt som et konkret tema i intervju situasjonen. Recovery var ikke et spesifikt tema på samme måte, men beskrivelsene av opplevelsen av HF har blitt tolket i lys av recoveryperspektivet nettopp fordi HF er en recoveryorientert praksis. Det kunne potensielt ha gitt enda dypere forståelse av recovery for deltakergruppa ved å tematisere dette konkret og ha inkludert spesifikke spørsmål om dette. På den annen side er resultatene i stor grad forenelig med et recoveryperspektivet. Dette illustrerer relevansen av dette som teoretisk rammeverk og tydeliggjør at recoveryprinsippet faktisk praktiseres i HF. I tillegg tyder funnene på at praksisen har overføringsverdi i opplevelsene til deltakerne.

Det har i tolkningen vært fokus på recovery definert som «*recovery in*». Klinisk recovery («*recovery from*») har ikke blitt målt. Litteraturen påpeker at disse to forståelsene av recovery ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende (Davidson & Roe, 2007). Et mer spesifikt fokus på recoveryprosessen blant deltakere i HF, eventuelt kombinert med mål på klinisk recovery, kan være et relevant tema for videre forskning. En longitudinell studie kunne også vært utgangspunkt for enda grundigere utforskning av recovery blant deltakergruppa da dette ville gitt et bedre bilde av de dynamiske aspektene av både LK og recovery. I tillegg kan en studie av de ansatte sin opplevelse av å praktisere HF som en recoveryorientert tjeneste, være nyttig for å utvide forståelsen av et slikt tilbud og nyansere virksomme relasjoner fra et helsepersonells perspektiv.

Når det gjelder studiens konklusivitet vil det være vanskelig å trekke spesifikke konklusjoner basert på et såpass lite utvalg. Det er likevel benyttet et bredt teoretisk rammeverk og enkelte av parallellene mellom resultatene og teorien er derfor noe overordnet heller enn underbygget av et bredt empirisk grunnlag. Som drøftingen har belyst er likevel studiens resultater i stor grad sammenfallende med annen kvalitativ forskning på LK (Connell et al., 2012), recovery (Borg, 2007; Borg & Davidson, 2007) og HF i Norge (Andvig et al., 2016; Snertingdal & Bakkeli, 2015). I tillegg har målet vært å gi et bilde på opplevelsen av HF og benytte det teoretiske rammeverket til å utvide forståelsen av de faglige prinsippene bak HF-modellen. Slik kan både den empiriske og teoretiske drøftingen ha implikasjoner for videreutvikling av metoden.

Konklusjon

Denne studien har belyst hvordan et utvalg deltakere i HF i Trondheim kommune opplever tilbudet og samtidig satt fokus på hvordan dette påvirker opplevd LK. Resultatene indikerer at opplevelse av å få bolig, selvbestemmelse, praktisk og relasjonell støtte fungerer stabiliserende og trygghetsskapende. Disse opplevelsene virker å være et uttrykk for konkrete rammer og valg, samt tilfredsstillelse av et behov for og anledning til å styre eget liv. Til tross for at enkelte fortsatt opplever redusert LK beskrives disse faktorene som viktige i bedring av LK. I tillegg indikerer resultatene at LK for informantene innebærer mer enn helserelaterte aspekter, noe som underbygger relevansen til recoveryperspektivet og samtidig tydeliggjør viktigheten av et helhetlig fokus i boligsosiale tilbud. HF ser også ut til å trigge ønsker og motivasjon og åpner for mulighet til sysselsetting og deltakelse i meningsfulle aktiviteter. I tillegg tilbyr HF en relasjon som kan fungere som en funksjonell sosial støtte og slik bidra til følelse av tilhørighet. Det er likevel viktig å fremheve at informantene til tross for mye positive beskrivelser av HF fortsatt gir uttrykk for å oppleve store vansker i livet, spesielt knyttet til opprettholdelse av rusfrihet og utvidelse av sosiale nettverk. Stigma kommer her frem som en betraktelig barriere og ser ut til å påvirke LK. Til tross for at modellen bygger på grunnleggende prinsipper med mål om å redusere stigma og sosial isolasjon, er dette et vedvarende problem. Samtidig tydeliggjør funnene totalt sett hvilken betydning HF har på deltakernes opplevde LK og underbygger derfor behovet for et slikt kommunalt tilbud.

På et overordnet plan retter studien søkelys mot opplevelsen av HF gjennom et perspektiv i smeltepunktet mellom samfunnspsykologi og helsepsykologi. Studien har belyst hvordan det samfunnspsykologiske prinsippet om recoveryorientert praksis gir utslag i personlig opplevelse og kan ha implikasjoner for recovery og LK som helsepsykologiske fenomener. I lys av den biopsykososiale modellen kan dette anses som et viktig perspektiv i forståelsen av hvordan kommunale helsetilbud oppleves. Dette gir en helhetlig forståelse av opplevelsen av HF som et boligsosialt tilbud i Trondheim kommune. Studiens resultater underbygger hvordan HF er i tråd med sentrale politiske føringer i Norge. Det er økende fokus på individets egen evne til å utvikle seg og denne studien har belyst hvordan dette fokuset kan påvirke opplevd LK og slik ha betydning for enkeltindividers utbytte av kommunale helsetilbud.

Referanseliste

- Albrecht, G.L. & Devlieger, P.J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988. doi:10.1016/S0277-9536(98)00411-0
- Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Springer Boston, MA.
- Andvig, E., Bergseth, A., Karlsson, B. & Kim, S., H. (2016). *Med brukeren i førersetet? En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunes prosjekt "Ditt valg - bolig først"*. (Forskningsrapport nr. 3:2016) Drammen: Senter for psykisk helse og rus.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655
- Anthony, W.A., Rogers, E.S. & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114. doi:10.1023/A:1022601619482
- Ashworth, P. (2015). Conceptual foundations of qualitative psychology. I A.J. Smith (red.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Biong, S. & Soggiu, A.-S. (2015). "Her tar de tingene i henda og gjør noe med det". Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 50-60.
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T. & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users-a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 763. doi:10.1186/s12913-017-2719-9
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concepts of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. (Doktoravhandling), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Borg, M. & Davidson, L. (2007). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-140. doi:10.1080/09638230701498382

- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA-rapport nr. 4/2013 utg.). Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: Physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology*, 1(4), 347-355. doi:10.1093/ije/1.4.347
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe: Final Report*. Brussel: European Union Programme for Employment and Social Solidarity.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carpenter Jr, W.T. & Kirkpatrick, B. (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 645-652. doi:10.1093/schbul/14.4.645
- Carr, A.J., Gibson, B. & Robinson, P.G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *Bmj*, 322(7296), 1240-1243. doi:10.1136/bmj.322.7296.1240
- Chronister, J., Chou, C.C. & Liao, H.Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600. doi:10.1002/jcop.21558
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J.A. Smith (red.), *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M. & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(138), 1-16. doi:10.1186/1477-7525-10-138
- Cook, J.A. & Jonikas, J.A. (2002). Self-determination among mental health consumers/survivors: Using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies*, 13(2), 88-96. doi:10.1177/10442073020130020401

- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222. doi:10.1016/S1077-7229(98)80006-0
- Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J. & Kirk Jr, T.A. (2008). From “double trouble” to “dual recovery”: Integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 273-290. doi:10.1080/15504260802072396
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201. doi:10.1080/15487760500339360
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi:10.1080/09638230701482394
- Davidson, L., Tondora, J., O'connell, M.J., Kirk Jr, T., Rockholz, P. & Evans, A.C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23-31. doi:10.2975/31.1.2007.23.31
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M., Ballamy, C., Pelletier, J.-F., DiLeo, P. & Rehmer, P. (2016). Recovery and recovery-oriented practice. I S.C. Jacobs & J.L. Steiner (red.), *Yale Textbook of Public Psychiatry* (s. 33-47). New York: Oxford University Press.
- Davidson, L. & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 109-120. doi:10.1007/s11414-007-9053-7
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. doi:10.1037/h0099565
- Denhov, A. & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424. doi:10.1177/0020764011406811
- Departementene. (2014). *Bolig for velferd - Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Oslo: Departementene
- Elliott, R., Fischer, C.T. & Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229. doi:10.1348/014466599162782

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Ferrans, C.E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Research and Theory for Nursing Practice*, 10(3), 293-304.
- Gilmer, T.P., Stefancic, A., Ettner, S.L., Manning, W.G. & Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 645-652. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.56
- Goffmann, E. (1986). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727-735. doi:10.1176/ajp.144.6.727
- Harding, C.M. & Zahniser, J.H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 140-146. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb05903.x
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31. doi:10.1023/a:1023509117524
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser*. (Publikasjonsnr. IS-1948) Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuneer og spesialisthelsetjenesten*. (Publikasjonsnr. IS-2076) Oslo: Helsedirektoratet.
- Hubley, A.M., Russell, L.B., Palepu, A. & Hwang, S.W. (2014). Subjective quality of life among individuals who are homeless: A review of current knowledge. *Social Indicators Research*, 115(1), 509-524. doi:10.1007/s11205-012-9998-7
- Hunt, S. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6(3), 205-212. doi:10.1023/A:1026402519847
- Husbanken. (2017). *Housing First Metodehåndbok*. Husbanken.
- Johannessen, A., Tufte, P., A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 utg.). Polen: Abstrakt forlag.

- Karimi, M. & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139-145. doi:10.1016/0277-9536(94)90324-7
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kyle, T. & Dunn, J.R. (2008). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: A review. *Health & Social Care in the Community*, 16(1), 1-15. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Ljungberg, A., Denhov, A. & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals— a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267-277. doi:10.3109/09638237.2015.1101427
- Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S. & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 39(2), 155-164. doi:10.1016/0277-9536(94)90324-7
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A. & Davidson, L. (2006). From participation to citizenship: How to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Archives of Andrology*, 9(1), 39-61. doi:10.1080/15487760500339428
- Michalos, A.C. (2017). Social indicators research and health-related quality of life research. I A.C. Michalos (red.), *Connecting the Quality of Life Theory to Health, Well-being and Education* (s. 25-58). e-bok: Springer.
- Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277. doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.09.004
- Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015
- Mæland, J. (1993). Helse og Livskvalitet—to sider av samme sak? *Medisinsk årbok*, 9-16.

- Nelson, G. & Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology. In pursuit of liberation and well-being*. New York: Palgrave Macmillian.
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>.
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117. doi:10.1108/ADD-02-2014-0007
- Ness, O., Kvello, Ø., Borg, M., Semb, R. & Davidson, L. (2017). "Sorting things out together": Young adults' experiences of collaborative practices in mental health and substance use care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 126-142. doi:10.1080/15487768.2017.1302369
- O'Connell, M., Rosenheck, R., Kaspro, W. & Frisman, L. (2006). An examination of fulfilled housing preferences and quality of life among homeless persons with mental illness and/or substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(3), 354-365. doi:10.1007/s11414-006-9029-z
- Oliver, J.P. & Mohamad, H. (1992). The quality of life of the chronically mentally ill: A comparison of public, private, and voluntary residential provisions. *The British Journal of Social Work*, 22(4), 391-404. doi:10.1093/oxfordjournals.bjsw.a055882
- Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O. & Cook, J.A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. doi:10.2975/31.1.2007.9.22
- Padgett, D.K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925-1936. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.011
- Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C.J., Krausz, M. & Somers, J.M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1245-1259. doi:10.1007/s00127-013-0719-6
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S. & Martins, J.C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. doi:10.1016/j.pbj.2016.11.003

- Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. Hentet fra: www.housingfirstguide.eu.
- Rambøll. (2012). *Husbanken. Housing First – Muligheter og hindringer for implementering i Norge*. (Sluttrapport). Rambøll.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25. doi:10.1007/BF00896357
- Ringdal, G.I. (1999). Begrepet livskvalitet og utvikling av livskvalitetsforskning. *Barn: Norsk senter for barneforskning*, 1, 83-97.
- Roe, D., Rudnick, A. & Gill, K.J. (2007). The concept of "being in recovery". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 171-173. doi:10.2975/30.3.2007.171.173
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(1), 95-103. doi:10.1037/h0045357
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi:10.1037/110003-066X.55.1.68
- Sarason, S., B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schutt, R.K., Goldfinger, S.M. & Penk, W.E. (1997). Satisfaction with residence and with life: When homeless mentally ill persons are housed. *Evaluation and Program Planning*, 20(2), 185-194. doi:10.1016/S0149-7189(96)00049-3
- Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15(285), 1-14. doi:10.1186/s12888-015-0678-4
- Smith, A.J. (2015). Introduction. I J.A. Smith (red.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Smith, A.J. & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis. I A.J. Smith (red.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (s. 24-52). London: SAGE.
- Smith, K.W., Avis, N.E. & Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8(5), 447-459. doi:10.1023/A:1008928518577
- Snertingdal, I.M. (2014). *Housing First i Norge - en kartlegging*. (Fafo-rapport: 2014:52). Forskningsstiftelsen fafo.
- Snertingdal, I.M. & Bakkeli, V. (2015). *Housing First i Norge - sluttrapport. Prosesser, resultater og kartleggingsskjema*. (Fafo-rapport: 2015:52). Forskningsstiftelsen fafo.

- Soggiu, A.-S. & Biong, S. (2014). *Psykisk helse og rusteamet i bydel Gamle Oslo. En forskningsbasert evaluering av recovery*. Senter for psykisk helse og rus: Forskningsrapport nr. 10/2014.
- Spjøtvold, H., Rikstad, L. & Nilsen, A. (2016). *Housing First Trondheim*. (Prosjektrapport). Trondheim: Trondheim kommune.
- Sprangers, M.A.G. & Schwartz, C.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1507-1515. doi:10.1016/S0277-9536(99)00045-3
- StatensHelsetilsyn. (2000). *Koordinering av psykososialt arbeid - for personer med langvarige og alvorlige lidelser*. (2-2000). Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125. doi:10.1037/0278-6133.23.2.119
- Taillefer, M.-C., Dupuis, G., Roberge, M.-A. & LeMay, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64(2), 293-323. doi:10.1023/a:1024740307643
- Tjora, A.H. (2010). *Kvalitativ forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Torrance, G.W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 593-600. doi:10.1016/0021-9681(87)90019-1
- Tsemberis, S. (2010). *Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Minnesota: Dartmouth PRC-Hazelden.
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656. doi:10.2105/AJPH.94.4.651
- Tsemberis, S., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S.M. & Shern, D.L. (2003). Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: A drop-in center and a supported housing program. *American Journal of Community Psychology*, 32(3-4), 305-317. doi:10.1023/B:AJCP.0000004750.66957.bf
- Veenhoven, R. (1996). The study of life-satisfaction. I W.E. Saris, R. Veenhoven, A.C. Scherpenzeel & B. Bunting (red.), *A Comparative Study of Satisfaction With Life in Europe* (s. 11-48). Budapest: Eotvos University Press.
- Ventegodt, S., Andersen, N.J. & Merrick, J. (2003). Quality of life philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life. *The Scientific World Journal*, 3, 1164-1175. doi:10.1100/tsw.2003.102

- Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N.J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL theory: An integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040. doi:10.1100/tsw.2003.82
- Veseth, M. (2014). Folk blir bedre. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51, 29-35.
- Wilcox, B., L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 371-386. doi:doi:10.1007/BF00918169
- Williams, J. (2000). Ready, set, stop: Reflections on assessing quality of life and the WHOQOL-100 (U.S version). *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 13-17. doi:10.1016/S0895-4356(99)00122-5
- Yardley, L. (2008). Demonstrating Validity in Qualitative Research. I A.J. Smith (red.), *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods* (2 utg.). London: SAGE.
- Young, S.L. & Ensing, D.S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219. doi:10.1037/h0095240

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og informert samtykke

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 4: Vedtak fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Intervjuguide

Introduksjon

Presentere tema og informere om prosjektet. Minne om frivillighet, konfidensialitet og mulighet til å trekke seg. Benevne strukturen på intervjuet.

Bakgrunnsinformasjon

- Hvordan er din bosituasjon nå? (*alene, samboer/ektefelle, med barn*)
- Kan du fortelle litt om bakgrunnen din? (*familie, utdanning, arbeid*)
- Hvordan kom du i kontakt med Housing First?
- Hvor lenge har du mottatt oppfølging fra Housing First?

Hoveddel

Housing First

- Hvordan er det for deg å være deltaker i Housing First?
 - Hva har det hatt å si for deg? (*personlig, sosialt, økonomisk, helsemessig*)
 - Har det hatt noe å si for hvordan du ser på deg selv? (*selvfølelse*)
- Hva i den oppfølgingen du får har hatt/har mest å si for deg? (*F.eks: det å få bolig, valg og medbestemmelse, separasjon av bolig og tjeneste, relasjon til oppfølger, skadereduksjon, fokus på sosialt nettverk, selvstendigjøring, økonomiske og boligmessige behov*)
 - Hvorfor er akkurat dette så viktig for deg?
- Har du mottatt noen annen type oppfølging tidligere?
 - Hvordan er oppfølgingen fra Housing First annerledes fra tidligere oppfølging du har fått?

Livskvalitet

- Hva er god livskvalitet for deg?
 - Føler du at oppfølgingen du får bidrar til å fremme dette?
 - Hvordan?
- Hvordan vil du beskrive den livskvaliteten du har i dag?

Avslutning: Er det noe annet du ønsker å si som vi ikke har vært innom?

Forespørsel om deltakelse i
forskningsprosjektet



OPPLEVELSEN AV Å MOTTA ET RECOVERYORIENTERT KOMMUNALT HELSETILBUD SETT I LYS AV OPPLEVD LIVSKVALITET

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan det oppleves å motta oppfølging fra et Recoveryorientert kommunalt helsetilbud. Du inviteres til å delta i et individuelt intervju om dette fordi du får oppfølging av Housing First i Trondheim kommune. Intervjuet vil gjennomføres av en psykologstudent fra NTNU.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer et intervju angående din opplevelse og personlige erfaring med å motta oppfølging av Housing First. Spørsmålene vil handle om hva som er viktig for deg i den oppfølgingen du får og hvordan dette påvirker din livskvalitet. Intervjuet vil vare ca. 45-60 minutter, og kan gjennomføres der du ønsker. Intervjuet vil tas opp på lydbånd. For å undersøke innholdet i det som kommer frem vil lydopptaket skrives ut og bearbeides. Hensikten med prosjektet er å bidra til økt kunnskap om hvordan det oppleves for mennesker som mottar slike kommunale helsetilbud. Målet er at økt forståelse av dette kan bidra i videreutviklingen av kommunens helsetilbud.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta bes du undertegne samtykkeerklæringer på siste side og gi beskjed innen én uke ved å sende SMS til Kristin Tange Harbø på telefon 913 40 806. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre oppfølging fra tjenesten. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Kristin Tange Harbø, 913 40 806, krithar@stud.ntnu.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

All data vil behandles konfidensielt. Prosjektansvarlig har taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn. Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet over. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Datamaterialet slettes ved avslutning av prosjektet. Resultatene vil publiseres i en hovedoppgave ved NTNU høsten 2018. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av NSD Personvernombudet for forskning, [Prosjektnr. 57341 hos NSD (23.01.2018)].

Med vennlig hilsen

Kristin Tange Harbø
Psykologstudent ved NTNU

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Gerd Inger Ringdal

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 23.01.2018

Vår ref: 57341 / 3 / OOS

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 22.11.2017 for prosjektet:

57341	<i>Opplevelsen av å motta et Recoveryorientert kommunalt helsetilbud sett i lys av opplevd livskvalitet</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Gerd Inger Ringdal
Student	Kristin Margrethe Tange Harbø

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 15.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Øyvind Straume

Kontaktperson: Øyvind Straume tlf: 55 58 21 88 / Oyvind.Straume@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristin Margrethe Tange Harbø, krithar@stud.ntnu.no



FORMÅL

Formålet er å øke kunnskap om hvordan det oppleves å motta oppfølging fra en Recoveryorientert tjeneste og for å danne et bilde av hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet. For å undersøke dette empirisk skal brukere av Housing First i Trondheim kommune intervjues. Det sentrale blir å undersøke hva brukerne selv definerer som god livskvalitet og undersøke hvorvidt de føler tjenesten tar hensyn til og fremmer dette.

BEHANDLING I REK

Daglig ansvarlig opplyser i e-post datert 11.01.2018 at prosjektet har blitt vurdert av REK, og at det er vurdert til å falle utenfor helseforskningloven sitt virkeområde.

REKRUTTERING OG SAMTYKKE

Jeg viser til revidert rekrutteringsprosedyre sendt inn 11.01.2018. Førstegangskontakt vil være at de ansatte i Housing First leverer ut informasjonsskriv til de som vurderes som aktuelle informanter. Disse vil også få muntlig informasjon om prosjektet. Bruker vil få oppgitt kontaktinformasjon til intervjuer, og kan sende SMS dersom de ønsker å delta. Personvernombudet har ingen innvendinger til rekrutteringsmetoden. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

SENSITIVE DATA

Studien innebærer behandling av sensitive opplysninger om helse. Personvernombudet vurderer data til å være relevante og nødvendige for å gjennomføre prosjektet, og har ingen innvendinger til datainnsamlingen.

DATASIKKERHET

NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet. Personvernombudet forutsetter at du/dere behandler alle data i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektslutt er oppgitt til 15.12.2018. Det fremgår av meldeskjema og informasjonsskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Personvernombudet gjør oppmerksom på at anonymisering innebærer å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted, yrke og familieopplysninger
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Vedlegg 4: Vedtak fra REK



Region: REK midt	Saksbehandler: Marit Hovdal Moan	Telefon: 73597504	Vår dato: 25.01.2018	Vår referanse: 2017/2370/REK midt
			Deres dato: 05.12.2017	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Gerd Inger Ringdal
Psykologisk institutt, NTNU

2017/2370 Opplevelsen av å motta et Recoveryorientert helsetilbud sett i lys av opplevd livskvalitet

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 10.01.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Prosjektleder: Gerd Inger Ringdal

Prosjektomtale (original)

Fokuset på Recoveryorienterte helsetilbud i kommunalt psykisk helsevern er stadig mer aktuelt. Dette kommer frem gjennom politiske føringer og anbefalinger fra Helsedirektoratet. For å øke kunnskap om hvordan det oppleves å motta oppfølging fra en Recoveryorientert tjeneste og for å danne et bilde av hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet skal det gjennomføres semistrukturerte intervju av brukere av Housing First i Trondheim kommune. Dette blir en fenomenologisk studie med innsamling av kvalitative data. Datamaterialet planlegges analysert gjennom tematisk analyse. Forskningsspørsmålene er: Hvordan oppleves det å motta et Recoveryorientert kommunalt helsetilbud? På hvilken måte påvirker et slikt tilbud opplevd livskvalitet?

Komiteens prosjektsammendrag

Hensikten med prosjektet er å få økt kunnskap om hvordan det oppleves å motta oppfølging fra en Recoveryorientert tjeneste, og for å danne et bilde av hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet. Studien er en kvalitativ studie, og data innhentes ved semistrukturerte intervju Deltakere: 5-10 brukere av Housing First i Trondheim kommune, et boligsosialt tilbud som opererer etter prinsippet om Recovery. Brukere av Husing First er mennesker med rusmiddelavhengighet og/eller psykisk lidelse (ROP-pasienter), som har vært bostedsløse og etter søknad til kommunen fått innvilget oppfølging av Housing First. Studien er samtykkebasert, og inngår som del av profesjonsstudiet i psykologi.

Vurdering: Utenfor mandat

Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Komiteen finner at prosjektet har karakter av å være annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Formålet med prosjektet er ikke primært å skaffe til veie ny kunnskap om medisin og helse, men å undersøke hvordan det oppleves å motta oppfølging fra en Recoveryorientert tjeneste, og for å danne et bilde av hvordan dette påvirker opplevd livskvalitet. Komiteen oppfatter ikke at begrepet «livskvalitet» i denne sammenheng refererer til deltakernes helse, men til materielle og sosiale aspekt ved deres situasjon. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk

senter for forskningsdata (NSD).

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge har funnet at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens beslutning var enstemmig.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr.med. / Overlege
Leder, REK Midt

Marit Hovdal Moan
seniorrådgiver

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no