

Åshild Leirset

Bolig og sosial ulikhet i helse

Politikk for mennesker og marked

Masteroppgave i helsevitenskap

Trondheim 15. mai 2013

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap



Innhold

Takk.....	iv
Sammendrag.....	v
Artikkel I.....	v
Artikkel II.....	v
Innledning.....	1
Sosial ulikhet i helse.....	1
Boligforhold og helse - kunnskapsstatus og kunnskapshull.....	3
Vanskeligstilte på boligmarkedet.....	4
Problemstilling og artiklens ulike perspektiver.....	5
Teori.....	9
Salutogenese.....	9
Fra sykdomsfremmende til helsefremmende.....	9
Helsens kontinuum.....	9
Stress som allesteds nærværende.....	10
Opplevelse av sammenheng.....	11
Ending av OAS i voksenliv.....	12
Forforståelse.....	13
Metode og framgangsmåte for empirisk artikkel.....	15
Kvalitative intervjuer.....	15
Adgang til felt.....	15
Utvalg.....	16
Informanter og rekruttering.....	16
Intervju og intervjuguide.....	18
I intervjusituasjonen.....	19
Etiske retningslinjer og betraktninger.....	20
Fenomenologisk vitenskapssyn og analyse.....	22
Analyse.....	22
Meningsfortetting.....	23
Kategorisering.....	23
Identifisering av mønstre.....	24
Meningsfortolkning og rekontekstualisering.....	24

Metoddiskusjon	25
Utvalget	25
Validitet og reliabilitet	25
Referanseliste	27
Artikkel I	29
Health inequalities in Norway and the effects of current housing policies.....	31
Artikkel II	51
En plattform for frihet, beskyttelse og identitet Om boligforholdenes betydning for helse og livskvalitet	53
Avsluttende kommentar	73
Eierlinja og konsekvenser av økt gjeldsbelastning.....	73
Individualisering av velferd og normdannelse i samfunnet	74
Bidrag i sosiale felleskap.....	74
Bolighistorier som fokusområde i forskning.....	75
Boligsosial vending i forskning.....	75
Referanseliste	77
Vedlegg	79
Vedlegg 1: Godkjenning av prosjekt fra NSD	80
Vedlegg 2: Infoskriv med samtykkeerklæring	82
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	84

Takk

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene som stilte opp til intervju og delte sine historier med meg. Takk til veilederen min Anna Kittelsaa ved NTNU Samfunnsforskning for god og stødig veiledning og raske tilbakemeldinger. Takk for at du har vært nysgjerrig, vist interesse og engasjement.

Takk til Ola for støtte i massevis. Takk for at du har holdt orden på livet mitt, kommet med gode innspill og generelt vært fin å ha. Takk til kolleger for hjelp med å skaffe informanter og støtte gjennom skriveprosessen. Takk til Aina for å holde meg med selskap og gjøre Groundhog Day både morsommere og mer musikalsk. Takk til pappa for korrekturlesing på kort varsel og med enda kortere frist.

Takk til Husbanken region Midt-Norge for stipend.

Sammendrag

Denne masteroppgaven er skrevet i artikkelform. Den består av en teoretisk og en empirisk artikkel, en fyllestgjørende redegjørelse for metode og teoretisk bakgrunn, og en avsluttende del. Her presenteres sammendrag av de to artiklene.

Artikkel I

Hensikten med artikkelen er å utforske forholdet mellom sosiale ulikheter i helse og norsk boligpolitikk med utgangspunkt i den psykososiale helsemodellen. Boligeie og usikkerhet i leiemarkedet er faktorer ved norsk boligpolitikk som kan framstå som stressrelaterte risikofaktorer, spesielt for vanskeligstilte i boligmarkedet. Bolig forstås som en realisering av tilhørighet i sosioøkonomiske hierarkier, og dermed en markør for relativ fattigdom. Artikkelen konkluderer med at markedsdistribuering av boligmarked, et dysfunksjonelt privat leiemarked og et strengt behovsprøvd offentlig leiemarked kan utsette vanskeligstilte grupper for helserelatert risiko. Videre medfører markedsdistribusjon av bolig til økt sosial ulikhet som kan ha en ødeleggende effekt på sosial kapital og sosial kohesjon på aggregert nivå.

Artikkel II

Tema for artikkelen er hvordan sammenhenger mellom boligforhold og helse ser ut fra de vanskeligstiltes perspektiv. Artikkelen er basert på kvalitative intervjuer med vanskeligstilte på boligmarkedet, og søker nye forståelser for sammenhenger mellom boforhold og helse. En bolig- og et hjem er sentrale elementer i et godt og verdig liv og derfor en grunnleggende helsedeterminant. Informantenes bolighistorier knyttes til psykososiale helseaspekter. Friheten informantene kjenner på etter å komme i stabile boforhold knyttes til kontroll over eget liv og mulighet for planlegging. Videre kan en stabil bosituasjon gi nødvendig fysisk og emosjonell beskyttelse og stabilitet. Til slutt fokuseres det på boforhold som arena for å bidra i sosiale fellesskap og mulighet for å bli identifisert som en positiv bidragsyter.

Innledning

Bolig og boforhold er grunnleggende for hvordan vi lever våre liv, og er med dette en sentral helsedeterminant. I Norge bor de aller fleste godt. Boligstandarden i landet er svært høy i internasjonal sammenheng, og få utsettes for store direkte helsefarer knyttet til boligen. Likevel utgjør bolig og fordeling av bolig som velferdsgode en sentral helsedeterminant, og er en viktig faktor i sosial fordeling av helse. I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut mer og hvordan bolig, boforhold og boligpolitikk påvirker betingelser for god helse.

Innledningsvis vil jeg gjøre rede for sosial ulikhet i helse, og kort hvordan status er i Norge i dag. Videre vil jeg kort gjøre rede for forskning som setter boligforhold i sammenheng med helse og livskvalitet. Vanskeligstilte i boligmarkedet er i fokus i denne oppgaven. Jeg vil klargjøre definisjon av begrepet, gi en beskrivelse av hvem de er, og på hvilke måter de skiller seg ut fra befolkningen for øvrig. Til slutt i innledningen vil jeg gjøre rede for problemstillingene som ligger til grunn for oppgaven og hvordan de vil belyses.

Sosial ulikhet i helse

Sosiale ulikheter i helse er definert som «... *enhver form for vedvarende og viktig forskjell i helse på aggregert nivå mellom sosiale posisjoner i de(n) samme sosiale struktur(ene)*» (Elstad 2000 s.8 min oversettelse). Det vil alltid finnes store variasjoner i helse mellom individer, sosiale ulikheter oppstår når disse forskjellene satt i sammenheng danner mønstre som skiller ulike deler av befolkningen. Elstads definisjon vektlegger at det skal være snakk om vedvarende og viktige helseforskjeller. Viktighet her viser til at det skal være en forskjell som medfører ulikhet i livskvalitet og livsmuligheter av betydning. Med vedvarende menes at det skal være snakk om forskjeller som vedvarer over tid. Sosial ulikhet i helse sees vanligvis i sammenheng med sosiale strata, eller klassesetilhørighet. Elstad (2000) argumenterer imidlertid for at sosiale helseforskjeller ikke bare må sees i sammenheng med sosioøkonomisk status. Forskjeller relatert til sivil status, geografi eller etnisitet, kan dels være klasseavhengig, men ikke forklares av klasseforskjeller alene. Sosiale strukturer, jamfør Elstads definisjon, viser til et analytisk aspekt ved sosialt liv og de sosiale posisjonene relatert til disse aspekter. Yrkesrelatert klasse kan være en struktur, med referanse til inntektsnivå, arbeidsforhold og plassering i hierarkier tilknyttet arbeidslivet. Sosiale posisjoner i denne

sammenheng kan være arbeidere, bønder og selvstendig næringsdrivende. Sivil status kan utgjøre en annen struktur, hvor ulike posisjoner avgjøres om hvorvidt man lever i intime forhold med en annen eller ikke (Elstad 2000). Eiendomsforhold til bolig kan være en annen sosial struktur, hvor eiere og leiere utgjør forskjellige sosiale posisjoner i den samme sosiale strukturen. I Norge har leietakere dårligere helse på aggregert nivå enn boligeiere. Leietakere i Norge er imidlertid en selektert gruppe, og helseforskjellene må sees i sammenheng det (Grønningsæter & Nilsen 2012).

I Norge trodde man de sosiale helseforskjellene ville forsvinne med utbyggingen av velferdsstat og lik tilgang på helsetjenester. Det viste seg imidlertid gjennom studier gjort på 1980-tallet at helseforskjellene fortsatt eksisterte. I første omgang trodde man dette handlet om vanskeligstilte grupper som skilte seg ut med dårligere helse enn befolkningen for øvrig. Studier har imidlertid vist at dette ikke er tilfellet. Sosiale helseforskjeller går som en gradient gjennom hele befolkningen. Sosioøkonomisk status, målt ut fra inntekt/og eller utdanningsnivå korrelerer med sykkelighet og dødelighet helt fra de lavere sosiale sjikt til de høyeste. Ulikhetene i dødelighet er imidlertid større målt etter inntektsnivå enn etter utdanning (Sosial- og helsedirektoratet 2005; Sund & Krokstad 2005). Sosial ulikhet i helse måles også med egenvurdert helse. Sund & Krogstad (2005) viser blant annet til en kohortstudie gjennomført blant menn i Nord-Trøndelag over en ti års periode fra 1984. De fant systematiske sosioøkonomiske ulikheter i egenvurdert helse både i 1984 og 1995. De fant også at den sosioøkonomiske ulikheten mellom mennene økte i perioden. I 1984 rapporterte 37 % av de ikke yrkesaktive om dårlig helse, i 1995 rapporterte hele 54 % innen denne gruppen om dårlig helse. Noe av forklaringen av dårligere helse ved siste rapportering er økende alder hos deltakerne. For de yrkesaktive var imidlertid forskjellen mindre. For de som var definert til den øverste yrkesgruppen var nedgangen i god helse aggregert på 4 prosentpoeng, mens den midterste og nederste yrkesklassen hadde nedgang på henholdsvis 9 og 10 prosentpoeng.

Norge preges av at inntektsnivået i befolkningen er mer likt enn i de fleste andre land. Helseforskjellene i Norge er også mindre enn i de fleste andre land, men – de relative helseforskjellene i Norge har vist seg store komparativt sett, og er dessuten økende (Sund & Krokstad 2005). I senere tid har også inntektsulikheten i Norge økt (Seim & Harsløf 2008).

Boligforhold og helse - kunnskapsstatus og kunnskapshull

Det er sammenhenger mellom ulemper på boligmarkedet og dårlig helse. Disse sammenhengene knyttes blant annet til psykologisk stress, boligstandard og bomiljø (Grønningsæter & Nielsen 2011). Grønningsæter og Nielsen (2011) slår fast at sammenhengene mellom bolig, helse og sosial ulikhet er omfattende og har vært gjenstand for omfattende forskning, men at det likevel finnes betydelige kunnskapshull. Fysiske, sosiale og strukturelle faktorer ved bolig, bomiljø og boligpolitikk påvirker somatisk og psykisk helse.

Fysiske og kjemiske faktorer ved bolig, som går på inn klima, og forurensning og støy i omgivelser kan ha direkte påvirkning på menneskers helse. Videre påvirkes helse også gjennom sosiale faktorer knyttet til bolig og bomiljø. Det kan handle om stabilitet i boforhold, og hvorvidt man eier eller leier bolig. Kvaliteter ved bomiljø, som marginalisering og «forslumming» vil også påvirke den enkeltes helse (Ibid.). Bomiljø som sosialt fellesskap kan gjennom dannelse av normer og kultur påvirke helse både positivt og negativt. Dette kan relateres til normer for helserelatert atferd, og til psykososialt stress. Sosiale faktorer knyttet til bomiljø kan også bidra til økt sosial kapital og sosial kohesjon, som er betingelser for og helse (Berkman & Kawachi 2003). I så måte kan gode bomiljø forstås helsefremmende. I tillegg er bolig en faktor i inntektsfordeling, og knyttes til velferds- og finansieringsordninger som bostøtte og startlån (Grønningsæter & Nielsen 2011). Boligmarkedet er med å forsterker sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen, på grunn av gunstige skattevilkår for boligeiere, og prisvekst i boligmarkedet (NOU 2011:15). Videre vil statlig og kommunal boligpolitikk, boligsosiale handlingsplaner samt plan- og bygningsloven danne grunnlag for de strukturelle faktorene; hvordan bomiljøer planlegges, bygges ut og vedlikeholdes. Boligsosiale tiltak kan avgjøre hvilke bomiljø vanskeligstilte får ta del i, og hvorvidt de må flytte gjentatte ganger eller lykkes i å få stabilitet i boforhold. Sammenhengene mellom boligens fysiske forhold og somatisk helse er relativt godt kartlagt, og kausale forhold er etablerte. Sammenhengene mellom sosiale aspekter ved bolig og bomiljø og helse er langt mer diffuse og årsakssammenhengene mer uklare. Grønningsæter & Nielsen (2011) etterlyser flere studier som ser på sammenhengene bolig, bomiljø og psykisk helse.

Studier av sammenhenger mellom boforhold og helse fra andre land kan gi en pekepinn på hvordan boforhold kan påvirke helse og livskvalitet. For å få en god forståelse om hvordan disse sammenhengene er i Norge, må disse sees i sammenheng med blant annet norsk

boligpolitikk og velferdspolitik generelt. Shaw (2004) hevder at faktorer på ulike nivåer direkte og indirekte påvirker menneskers helsestatus, og at bolig og boforhold må forstås som en nøkkeldeterminant for helse, med et bredt spekter av påvirkningsfaktorer. Basert på forskning på sammenhenger mellom bolig og helse i rike land sammenfatter hun direkte og indirekte, myke og harde dimensjonene i denne påvirkningen som vist i Tabell 1 under (Ibid s. 397). Tabellen viser at bolig og bomiljø kan knyttes til helse langs mange, og svært ulike dimensjoner. Boligpolitikk har ut fra dette en svært viktig funksjon innenfor folkehelse og helsefremmende arbeid. De vanskeligstilte på boligmarkedet utgjør en gruppe som i mindre grad enn andre kan bestemme egen boligsituasjon, og er dermed et godt utgangspunkt for studier av sammenhenger mellom boligforhold og helse.

Tabell 1 Direkte og indirekte, myke og harde dimensjoner i boligforholds påvirkning på helse. Hentet fra Shaw (2004 s. 397)

	Direkte	Indirekte	
	Individuelt/ husholdningsnivå	Område/ nabolagsnivå	
Hardt/ fysisk/ materielt	Materielle/fysiske effekter av bolig på helse (fukt, kulde, mugg, varme)	Indikator på (og del av) sosioøkonomisk status (inntekt, formue)	Tilgjengelighet til tilbud og tjenester, kjennetegn ved naturlige og bygde omgivelser
	Bostedsløshet	Nærhet til tilbud og tjenester	
Mykt/ sosialt/ meningsfullt	Effekt av dårlig bolig og bomiljø, utrygghet og gjeld på mental helse	Husholdningenes og nabolagets kultur og atferdsmønster	
	Å føle seg hjemme, sosial status, orden og kontinuitet	Samfunn, sosial kapital, sosial fragmentering	

Vanskeligstilte på boligmarkedet

Omtrent 150 000 mennesker i Norge i dag lever med en *utilfredsstillende bosituasjon*. I (NOU 2011:15 s.39) defineres vanskeligstilte på boligmarkedet som ... «*personer som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde en tilfredsstillende bosituasjon på egenhånd*». Å være vanskeligstilt på boligmarkedet handler ikke bare om egenskaper hos den enkelte, eller det enkelte hushold. Det må sees på som et misforhold mellom det enkelte hushold og boligmarkedet det er en del

av. Sammenhengene mellom bolig og helse må sees i sammenheng med vanskeligstiltes levekårsbelastninger. En rekke grupper skiller seg ut ved at de utgjør en uforholdsmessig stor andel av de vanskeligstilte på boligmarkedet. Dette gjelder personer med funksjonshemninger, personer med utviklingshemninger, aleneboende, ikke-vestlige innvandrere og personer med problemer knyttet til rus og psykisk helse (Ulfrstad 2011). Nesten 60 % av de vanskeligstilte leier bolig, noe som kun gjelder 18 % i befolkningen for øvrig (NOU 2011:15). De vanskeligstiltes situasjon er utgangspunktet for denne oppgaven, og deres situasjon vil sees i sammenheng med bolig og sosiale ulikhet i helse i et makroperspektiv. Studien hviler på en antakelse om at personer med erfaringer med vanskelige bosituasjoner har reflektert mer enn andre personer over hva bosituasjonen har hatt å si for dem og deres helsesituasjon.

Å fokusere på menneskers opplevelser av disse sammenhengene kan gi grunnlag for å forstå sammenhenger på nye måter. Målsetningen med denne studien er ikke å etablere eller vise årsakssammenhenger, men å gi ny kunnskap og beskrivelser som kan være med å bidra utvidet forståelse av mekanismer i disse sammenhengene. Sammenhenger mellom helse og boligsituasjon kan noe enkelt sagt både knyttes til positive konsekvenser ved å være i en god bosituasjon og negative konsekvenser assosiert med å være i en vanskelig bosituasjon.

Sosial ulikhet studeres i makroperspektiv, fordi disse ulikhetene bare finnes på aggregert nivå. Slutninger fra aggregert nivå gir ingen mening på individnivå. Sosial ulikhet i helse er å forstå som bakgrunn for denne studien, men vil ikke bli brukt analytisk i oppgavens empiriske del, nettopp fordi fenomenet ikke finnes på individnivå. Kvalitative studier kan bidra med nye forståelse av helse og sykdom som dynamiske prosesser hos det enkelte mennesket Malterud (2003). Ved å framskaffe denne typen kunnskap kan vi få nye perspektiver og begreper som også kan være nyttige i å belyse helseulikheter i makroperspektiv.

Problemstilling og artiklens ulike perspektiver

Overordnet problemstilling i denne masteroppgaven er hvordan bolig og boforhold påvirker helse. Jeg retter fokus på psykososiale helsedeterminanter. Oppgaven består av to artikler som med ulike perspektiver og metoder belyser denne problemstillingen. Studien er av utforskende karakter, med en metodologisk og teoretisk åpen tilnærming.

Artikkel I «*Health inequalities in Norway and the effects of current housing policies*» er en teoretisk artikkel basert på en litteraturstudie. Artikkelen belyser sammenhenger mellom

norsk boligpolitikk og sosial ulikhet i helse på aggregert nivå. Her rettes fokus mot karakteristiske trekk ved norsk boligpolitikk. Eierlinja og «den boligsosiale vendingen» er sentrale temaer. Problemstilling som belyses i Artikkel I er:

- På hvilke måter påvirker norsk boligpolitikk befolkningens helse på aggregert nivå?

Artikkel II, *En plattform for frihet, beskyttelse og identitet* er en empirisk artikkel basert på kvalitative intervjuer med vanskeligstilte på boligmarkedet. Problemstillinger som vil bli belyst i denne artikkelen er:

- Hvordan ser forholdet mellom helse og livskvalitet på den ene siden, og boligforhold på den andre ut for vanskeligstilte på boligmarkedet?
- Hvordan kan deres bolighistorier knyttes til teoretiske perspektiver om helse og livskvalitet?

Fyllestgjørende redegjørelse for metoder for innsamling av materiale og analysearbeid for Artikkel II følger i eget metodekapittel. Salutogenese som teoretisk grunnlag for Artikkel II vil redegjøres fyldigere enn artikkelens format tillater. Dette finnes i eget teorikapittel. For Artikkel I oppfatter jeg artikkelens eget metodeavsnitt som tilstrekkelig. Videre kan Artikkel I forstås som deler av det teoretiske grunnlaget for Artikkel II

Valget med å belyse problemstillingen med ulike perspektiver i de to artiklene henger sammen med min fagbakgrunn. Jeg har Bachelor i Statsvitenskap, og med den kompetanse i politikk og samfunn på aggregert nivå. På aggregert nivå forsvinner imidlertid lett mennesker og deres erfaringer, noe som jeg opplever som svært sentralt for å kunne finne ny kunnskap om dette området. Artikkel II har innhold som befinner seg mer innenfor helsevitenskaplig og sosialfaglig forskning, og perspektivet er på individnivå. På individnivå kan imidlertid lett strukturelle perspektiver forsvinne. Ved å se makroperspektiv og individperspektiv hver for seg, men samtidig i sammenheng, opplever jeg at jeg kan se individer og informantenes historier i sammenheng med det strukturelle bildet. Enkeltmenneskers erfaringer er deler av det store bildet, samtidig som det store bildet former muligheter og livsbetingelser for enkeltindivider.

I tråd med veiledning om masteroppgaver fra Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap skrives artiklene i denne oppgaven etter retningslinjer for relevante vitenskapelige tidsskrift eller fagtidsskrift med vitenskapelige artikler.

Artikkel I «Social health inequalities in Norway and the effects of current housing policies» er skrevet etter forfatterhenvisning for tidsskriftet Health & Place. Health & Place er et tverrfaglig tidsskrift spesialisert på studier innen helse og helsetjenester hvor sted eller geografi er viktig. Tidsskriftet har som målsetning å samle internasjonale bidragsytere innen geografi, sosiologi, sosialpolitikk og folkehelse for å tilby komparative perspektiver på hvilken betydning stedsanliggender har for helse og helsetjenester. Artikler for trykk i Health & Place kan være opp til 6000 ord (Elsevier no date). Tidsskriftet er internasjonalt, derfor vil denne artikkelen rettes mot en målgruppe uten gjennomgående kunnskap om norske forhold.

Artikkel II er skrevet etter retningslinjer fra tidsskriftet «Fontene forskning». Fontene er medlemsbladet til Fellesorganisasjonen (FO), som er et fag- og profesjonsforbund for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Fontene forskning er forskningstidsskriftet til Fontene som kommer ut to ganger i året. Tidsskriftet tar imot vitenskapelige artikler på opp til 7500 ord, litteraturhenvisninger inkludert (Fontene 2010). FOs medlemsmasse er primær målgruppe for denne artikkelen.

Teori

Salutogenese

I dette kapitlet redegjøres det for salutogenese som teoretisk perspektiv på helse. Sammen med Artikkel I utgjør dette teoretisk bakgrunn for Artikkel II. Salutogenese kan forstås som et komplementært perspektiv til den psykososiale medisinske modell som presentert i Artikkel I. Mens den psykososiale modellen som presenteres i Artikkel II fokuserer på stressorer som hemmende faktorer for helse, muliggjør salutogenese fokus på faktorer som fremmer helse.

Fra sykdomsfremmende til helsefremmende

Med sitt begrep *salutogenese* snur Antonovsky (2000) spørsmålet som tradisjonelt har ligget til grunn for forskning på helse og sykdom. Medisinsk forskning har lenge spurt hva det er som gjør mennesker syke. Svaret i den biomedisinske modellen er at tilstedeværelse av patogener gjør oss syke. Fjerning av patogenene vil gjøre oss friskere. Antonovsky (2000) hevder at vi heller bør stille oss spørsmålet; hva det er som gjør at noen og holder seg friske? Ved å snu på dette spørsmålet vil vi for det første lære mer om hva som kjennetegner mennesker som på tross av store påkjenninger lever godt og har god helse. For det andre muliggjør det et mer nyansert syn på helse, hvor god helse ikke nødvendigvis vil si fravær av all sykdom, og dårlig helse ikke alltid kan knyttes til sykdomstilfeller.

Helsens kontinuum

Antonovsky forkaster den dikotome forståelsen av helse og sykdom som er gjeldende i den biomedisinske modellen. Han hevder at helse må sees som et kontinuum mellom plusspolen helse (ease) og minuspolen uhelse (dis-ease). Mennesker er til enhver tid plassert ulike steder på dette kontinuumet, og i møte med stressorer eller patogener kan to ting skje. Enten vil de destruktive kreftene gjøre oss syke, bevege oss mot minuspolen, eller så vil salutogene krefter gjøre at vi gjenvinner helsen og beveger oss mot plusspolen. Jeg vil utdype hvilke faktorer som spiller inn i bevegelsen mellom polene under. Forskning med et salutogent perspektiv fokuserer på de faktorer ved mennesker som gjør at de befinner seg og trekkes mot den positive pol (Ibid.).

Antonovskys poeng kan neppe beskrives mer billedlig enn han selv gjør med referanser til livet og helsen som en elv, eller en stri strøm (Ibid s. 105-106). Vestlig medisin har, med stadig mer avanserte metoder, fokusert på å redde mennesker som er i ferd med å drukne opp

fra elvas strieste strøm. Det har i liten grad blitt spurt hva som skjer lengre oppe i elva, rundt neste sving, eller om hvem eller hva man kan finne der? Og hva er det som dytter alle disse menneskene ned i elva i første omgang? Med begrepet salutogenese, snur Antonovsky fokus fra faktorer som hemmer helse til faktorer som fremmer helse. Den dikotome framstilling av helse og sykdom endres til et kontinuum mellom helse og uhelse og det fokuseres på de faktorer som drar i positiv retning. Hva er det som gjør at noen greier å svømme med i denne elva? Livets elv kan innebære farlige bølger og virvelstrømmer. Den kan være forurenset. Mennesker befinner seg forskjellige steder i denne elva, og hvor avhenger blant annet av den enkeltes historiske, sosiokulturelle og fysiske relasjoner til omverdenen. Noen greier, uansett hvor i elva de befinner seg å svømme med. Mer direkte, hva er det som gjør at noen mennesker holder seg ved god helse tross betydelige påkjenninger? Hva er det som dytter dem mot helsen pol?

Stress som allesteds nærværende

Antonovsky hevder at de samme faktorene som kan medføre uhelse, også kan medføre helse. Å bli utsatt for stressorer medfører ikke automatisk dårlig helse. I medisinsk tradisjon er vi opplært til å tenke på stressorer som risikofaktorer. Han hevder videre at denne risikotenkningen har gjort beslag på vår fantasi, og at stressorer like godt kan være helsefremmende (Ibid. s.24).

I salutogenese oppfattes ikke stressorer som noe som alltid må bekjempes, men som noe som alltid er tilstedeværende. Videre er det menneskers ressurser eller kapasitet til å mestre stressfaktorer som er viktig. Å utsettes for stressfaktorer som man kan mestre antas å være helsefremmende. Menneskers *generelle motstandsressurser* eller *generelle motstandsunderskudd* forankres i individet og knyttes sterkt til de sosiale, kulturelle og økonomiske forhold en befinner seg i.

Generelle motstandsressurser finnes i mennesker og deres personlige kapasiteter, men også bundet til deres nære og fjernere miljø. En tilværelse preget av meningsfulle aktiviteter, eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner anses som spesielt viktig for at vi skal kunne møte livets utfordringer på en måte som gjør at vi trekkes mot den positive pol (Lindström & Eriksson 2010). Generelle motstandsressurser er en iboende karakter hos mennesker, og den enkeltes livsopplevelsesmønstre kan bidra til å bygge eller svekke disse. Hva er det som kjennetegner mennesker som har disse motstandsressursene, og som holder seg ved god helse?

Opplevelse av sammenheng

Svaret som Antonovsky har funnet gjennom empiriske studier er at det som karakteriserer mennesker med god helse er en *opplevelse av sammenheng* (OAS). OAS beskrives som en innstilling til livet, og en måte å forholde seg til verden på. *Sense of coherence* er begrepet som brukes på engelsk. Den danske og norske begrepet opplevelse rommer ikke det kognitive aspektet i det engelske begrepet *sense*, og dermed gir det et noe snevrere inntrykk. Også fornemmelse og følelse bør anses som en del av begrepet *opplevelse* brukt i OAS (se oversettelsesnote i Antonovsky 2000 s. 13). Antonovsky (2000) definerer OAS som følgende:

Oplevelsen at sammenheng er en global innstilling der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerte, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige resourcer til rådighed for en til at klare de krav disse stimuli stiller: og (3) disse krav er utfordringer der er verdt å engasjere sig i. (s. 37)

Med høy OAS er det sannsynlig at en befinner seg nærmere plusspolen i helsens kontinuum, og det er samtidig mer sannsynlig at en vil mestre de utfordringer en møter på en måte som gjør at en strekker seg ytterligere mot helsens pol. OAS brytes ned i tre komponenter: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.*

Begripelighet utgjør det kognitive elementet i OAS. Personer med sterk begripelighet antar og forventer at de stimuli en vil møte vil være forutsigbare og at de som ikke er forutsigbare vil kunne plasseres i en sammenheng som gjør at de oppleves begripelige. Denne innstillingen gjør at mennesker vil ha tro på at livet nok vil gå godt. Uforutsette hendelser blir ansett som utfordringer en skal kunne klare. *Håndterbarhet* utgjør den atferdsmessige komponenten. Den handler om følelsen av at en situasjon eller krise er mulig å påvirke og å håndtere (Fugelli & Ingstad 2009). Antonovsky fokuserer her på de ressurser en har til rådighet for å mestre eventuelle vanskeligheter eller kriser skal oppfattes som tilstrekkelige. Han legger til at dette kan være snakk om ressurser som kontrolleres av en *legitim annen*, noen man har tillit til, som partileder, Gud, ektefelle eller en nær venn. *Meningsfullhet* er den tredje komponenten i OAS, og anses som den affektive eller motivasjonelle faktoren, det er altså snakk om meningsfullhet i emosjonell forstand, ikke bare kognitiv. Antonovsky hevder at medbestemmelse er sentralt i denne komponenten, «*Når andre bestemmer alt for os, når de definerer opgaven, oppstiller reglene og styrer utfaldet – og vi ikke har noget vi skulle have sagt, reduceres vi til objekter*»

(Antonovsky 2000 s.108). Dersom de krav som tilværelsen stiller er verdt å engasjere seg i vil utfordringene oppleves som positive heller enn byrder. Å oppleve krav eller utfordringer i livet som meningsfulle betyr ikke at man må glede seg over dem. Å finne mening, også i livets harde påkjenninger som dødsfall i familie knyttes til en sterk opplevelse av sammenheng.

Ending av OAS i voksenliv

Antonovsky vektlegger barneår og ungdomstid som de viktigste fasene for å utvikle styrke i OAS. Han tvilte at endringer av betydning kunne finne sted i voksenlivet. Likevel gjorde han seg viktige tanker om hvordan man i arbeidssituasjon, samliv og som samfunnsborger kan styrke OAS også i voksenliv. Han håpet også at det skulle være mulig å styrke OAS gjennom positive livsopplevelsesmønstre i voksenlivet (Antonovsky 2000). Forskning i norske forhold har vist at mennesker med høy sannsynlighet kan styrke sin opplevelse av sammenheng også i voksen alder (Solberg 2012).

Forforståelse

Forforståelsen er de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver, samt holdninger og teoretiske referanserammer som forskere tar med seg inn i prosjekter. Denne bagasjen rommer ofte selve motivasjonen og engasjementet for prosjektet (Malterud 2003). Jeg vil gjøre rede for min motivasjon for studien, og spesielt mine forutsetninger i møte med informantene.

Jeg har bakgrunn i samfunnsvitenskapelige fag med hovedtyngde på makronivå. Jeg har lenge vært interessert i hvordan samfunnets strukturer former livsbetingelser for menneskene i samfunnet. Da jeg begynte på masterstudiet i helsevitenskap var kvalitative studier generelt, og dybdeintervjuer med få informanter spesielt, ganske fremmed for meg. Jeg ble imidlertid svært nysgjerrig på disse forskningsmetodene og anså en masteroppgave med kvalitative intervjuer som metode som en gylden anledning for å lære mer om menneskene bak de strukturelle betingelsene, og hvordan man som forsker kan framheve denne siden av samfunnet. I så måte har masteroppgaven min befunnet seg i spenningsfeltet mellom bachelor- og mastergradsstudiet mitt.

Interessen min for boligpolitikk og boligsosialt arbeid kom gjennom en tilsetting som prosjektmedarbeider i boligsosialt utviklingsprogram i en kommune på østlandet. Jeg ønsket å se boligpolitikk, og dens konsekvenser i sammenheng med sosial ulikhet i helse, og fant det spesielt interessant å belyse dette fra de vanskeligstiltes perspektiv. Hvordan opplever egentlig vanskeligstilte på boligmarkedet at deres situasjon har påvirket helsa deres?

Jeg har ingen erfaring med sosialt arbeid, eller klientforhold innen kommunale hjelpeapparat. Det medfører en analytisk distanse til de fenomener som utforskes, med de fordelene og ulempene det innebærer. Distansen kan ha gjort at jeg har gått glipp av informasjon, og at jeg har stått i fare for å prøve og «finne opp kruttet på nytt». Samtidig tror jeg at jeg har møtt informantene med blankere ark enn jeg ville ha gjort med klientforhold til disse gruppene som en del av min referanseramme. Kunnskapen jeg har om både somatisk og psykisk helse begrenser seg i det faglige til teoretisk kunnskap og ellers til egne erfaringer. Spesielt innen psykisk helse ser jeg at jeg nok har forstått mindre ut av informantenes historier enn fagspesialister ville ha gjort. Samtidig gir distansen også her at informantenes egne meninger og skildringer ilegges stor vekt.

Jeg hadde ingen erfaring med gjennomføring av kvalitative intervjuer, og heller ikke med bruk av terapeutiske samtaler eller lignende. Jeg leste meg opp i intervjuteknikk, og om hvordan man som forsker kan møte sine informanter på en god måte og etablere tillitsfulle relasjoner blant annet i Kvale et al. (2009). Mitt viktigste verktøy for å møte menneskene i intervjusammenheng var likevel de samme verktøyene jeg bruker når jeg møter mennesker ellers i livet. Jeg tror dette er et godt grunnlag for genuin interesse for informantenes historier, og et utgangspunkt hvor jeg har høy tillit til informantenes perspektiver. For meg har måten de for eksempel skildrer kontakt med kommunalt hjelpeapparat vært utgangspunktet for hvordan jeg opplever at det kommunale hjelpeapparatet fungerer.

Metode og framgangsmåte for empirisk artikkel

Målsetningen for den empirisk artikkelen (Artikkel II) i denne oppgaven var å finne mer eller ny kunnskaper om sammenhenger mellom sosial ulikhet i helse og boligforhold. Med utgangspunkt i vanskeligstiltes historier om hvordan boligsituasjonen påvirker deres liv og hverdag, ønsket jeg å videreutvikle kunnskap som finnes om disse sammenhengene.

Kvalitative metoder er best egnet når formålet med studien er forståelse for et fenomen, snarere enn en forklaring på dette (Malterud 2003). Kvalitative metoder gir rom for å tolke prosesser i den samfunnskonteksten de er en del av, og «...å studere meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte innenfor deres naturlige sammenheng» (Ibid. s. 31). Det gir mulighet for å framheve prosesser og meninger som ikke nødvendigvis kan måles i kvantitet eller frekvenser (Thagaard 2009 s. 17).

Kvalitative intervjuer

Jeg valgte intervjuer som metode fordi jeg primært ønsket kunnskap om personers erfaringer og refleksjoner rundt disse. Med kvalitative forskningsintervju søkes en forståelse av verden fra informantens side (Kvale et al. 2009).

Adgang til felt

Under arbeidet med studien var jeg tilsatt i en mindre stilling i kommunen informantene mine bor i. Stillingen min har vært innen boligsosial satsning, men jeg har ikke hatt direkte kontakt med brukere.

Tilknytning til kommunen har forenklet arbeidet med rekruttering av informanter. Å selv være tilsatt i den kommunen informantene tilhører og i ulik grad er avhengig av hjelp fra medfører dilemmaer, både innen etikk og med hensyn til informantenes tillitt til meg. Samtidig opplevde jeg det som en fordel at min tilknytning til kommunen ikke var spesielt sterk. Jeg har bare delvis kjennskap til de ulike tjenestestedene informantene har vært i kontakt med. Jeg kjenner til flere av de ulike tjenestestedene som informantene har vært i kontakt med, men føler på ingen måte eierskap til den jobben som gjøres. I så måte opplever jeg ikke meg selv som insider.

Utvalg

Et strategisk utvalg settes sammen med den målsetning at det danner grunnlag for et materiale som vil kunne belyse den problemstillingen man jobber ut i fra. Et relevant strategisk utvalg krever at forskeren vet noe om forhold rundt temaet og dermed hvor det er lurt å rette søkelyset (Malterud 2003). Personene som er intervjuet har lite annet til felles enn at de faller innenfor definisjonen som benyttes av NOU 2011:15 «*personer som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde en tilfredsstillende bosituasjon på egen hånd*». I denne studien er denne definisjonen operasjonalisert til å gjelde personer som i de siste fem år har hatt behov for kommunal bistand i forbindelse med boligspørsmål i en bestemt kommune på Østlandet. Her inkluderes også personer som via kommunen har søkt om startlån fra Husbanken.

Jeg hadde ikke mulighet til å bruke tolk og kunne derfor bare ha informanter som snakket norsk. Å ekskludere på grunnlag av språk var bare praktisk begrunnet, og det gir et grunnlag for skjevhet i materialet. Den geografiske avgrensningen gjorde jeg av praktiske og mer tematiske grunner. Jeg har gode kontakter i tjenesteapparatet i denne kommunen, noe som er en fordel når man trenger bistand for å finne informanter. Videre ser jeg på det som en fordel at informantene mine lever i samme geografiske kontekst, noe som gjør at de forholder seg til det samme ordinære boligmarkedet og noenlunde sammen sosiale konvensjoner. Kommunen ligger sentralt på Østlandet, har et presset boligmarked og høye boligpriser.

Ved bruk av informanter i kvalitative studier som angår temaer av personlig, og delvis nærgående karakter, som i dette tilfellet, vil det være riktig å betegne utvalget som et *tilgjengelighetsutvalg* (Thagaard 2009 s.56). Utvelgelse av informanter må skje på en måte som gjør det mulig å finne nok informanter som kan belyse gjeldende problemstilling. For meg var dette et argument for ikke å snevre kriteriet for inklusjon ytterligere.

Informanter og rekruttering

Operasjonaliseringa jeg har benyttet for vanskeligstilte på boligmarkedet medfører at jeg fokuserer jeg på de av de vanskeligstilte som er i en situasjon som er prekær nok til at det søkes offentlig støtte. De som søker kommunal støtte har ofte lite nettverk, eller lite

ressurssterkt nettverk eller har «brukt opp» sitt nettverk. Å søke denne type hjelp er for enkelte en anerkjennelse av å være vanskeligstilt, noe som kan være en stor terskel.

Rekruttering av utvalget har skjedd gjennom flere kanaler. En kontaktet jeg direkte i forbindelse med et seminar om boligproblematikk som han deltok på. To fikk jeg kontakt med ved å besøke kommunens lavterskeltilbud. To ble rekruttert gjennom sine saksbehandlere innen kommunens tjenester. Rekrutteringsmetodene har medført at ingen av informantene er av de aller mest vanskeligstilte. Mitt inntrykk var at tjenestestedene som bisto i rekrutteringen ikke ønsket å oppfordre sine mest vanskeligstilte brukere på grunn av belastningen det kunne medføre for dem. Ved å oppsøke kommunens lavterskeltilbud innen rus kom jeg i kontakt med noen som vil passe innenfor denne definisjonen, men lyktes ikke i gjennomføre intervjuer. Jeg har dybdeintervjuet fem informanter, som her vil presenteres kort. Navnene under er fiktive.

Adnan er i trettiårene, er gift og har to barn. Familien bor i en leilighet de har kjøpt med hjelp av startlån. Adnan kom til Norge tidlig på 90-tallet, og har siden det flyttet mye, og stort sett leid bolig privat. Adnan er i 100% fast stilling i kommunal sektor.

Anders er i førtiårene, enslig og er uten fast bolig. Han sover for tiden på sofaen hos en kamerat. Han har to barn og var samboer inntil 2007. Han har over lengre tid vært sykmeldt på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Han fikk nylig tilsagn om uføretrygd.

Morten er i femtiårene, enslig og leier en leilighet av kommunen. Han har tidligere slitt med rusmisbruk og har i en periode vært bostedsløs. Da hadde han tilhold ved kommunens lavterskeltilbud. Morten har lenge vært i arbeidslivet, men er nå uføretrygdet.

Amira er i slutten av trettiårene, skilt og bor sammen med sine tre barn i en leilighet hun leier av kommunen. Hun har tidligere hatt store problemer med å skaffe stabil bosituasjon, og har bodd ulike steder, også i krisebolig. Hun mottar stønad til livsopphold, og går skole for å få studiekompetanse i Norge.

Aksel er i femtiårene og bor i et bokollektiv i privat regi sammen med «to andre ganske voksne gutter». Han er skilt og har en voksen sønn. Etter en livskrise levde Aksel lenge i en

flyktig tilværelse. Etter hvert ble han bostedsløs og kontaktet kommunens lavterskeltilbud. Han har nå vært fire år utenfor arbeidslivet, men tror nå han snart er klar for å vende tilbake.

At informantenes historier er svært forskjellige gir grunnlag for å belyse problemstillingen fra flere sider, men det medfører også at deler heller enn helheten av historiene er sammenlignbare. Fire av informantene er nå i en betydelig bedre bosituasjon enn de har vært de siste årene. Det har medført et godt grunnlag for å se på hvilke følger en forbedret situasjon har å si for helse og livskvalitet. Anders sin historie skiller seg ut fra de andre fordi han på intervjuetidspunktet var bostedsløs, og i en veldig vanskelig situasjon. På grunn av at historien til Anders skilte seg så mye fra de andre har jeg i mindre grad brukt den i analysen.

Intervju og intervjuguide

Jeg lagde en intervjuguide for semistrukturerte intervju. Jeg ønsket i størst mulig grad å la mine informanter snakke fritt ut fra gitte tema rundt bolig- og helsesituasjon. Jamfør Kvale et al. (2009) innledet intervjuguiden med et spørsmål om konkrete forhold, jeg spurte hvordan de bodde nå. Dette fungerte relativt god som innledningsspørsmål, både fordi det var et «enkelt» spørsmål å svare på for informantene, og fordi det ga meg et grunnlag for videre spørsmål. Den første delen av intervjuguiden tok utgangspunkt i boligsituasjon, den siste delen i helse. Jeg fulgte opp med spørsmål som satt dette i sammenheng. Mine to første informanter snakket veldig selvgående. Jeg fulgte opp med oppfølgingsspørsmål for utdyping av relevante tema. Videre stilte jeg spørsmål for å dekke de delene av intervjuguiden som ikke var blitt omtalt, eller som jeg ønsket mer utdypende informasjon om. Ved tredje intervju fulgte jeg intervjuguiden mer slavisk, da denne informanten var noe mer ordknapp enn de to første. I de to siste intervjuene snudde jeg på guiden – jeg startet med spørsmål angående betydning av helse og egen helsesituasjon. Grunnen til dette var at jeg opplevde at informantene ved de første tre intervjuene lot seg engasjere mer av spørsmålene rundt bolig enn helse. Jeg ønsket å se om det å ta utgangspunkt i helse kunne gi en annen ramme for intervjuet, og invitere mer til refleksjon. Dette fungerte svært bra spesielt på fjerde intervju hvor informanten tidlig reflekterte på om hva helse var for han. *Eh.. jeg vil si ja, eller leve sunt, trivsel og trygghet.* Denne type refleksjoner fra han var gode å ha for meg i å følge opp spørsmål rundt bolig.

I intervjusituasjonen

Intervjusituasjonen er en form for sosial interaksjon mellom forsker og informant. Informantenes svar vil være påvirket av den relasjonen som skapes i intervjusituasjonen og den dynamikken som skapes i situasjonen. Både personlige egenskaper om mer allmenne kjennetegn som kjønn, alder og sosial bakgrunn påvirker relasjon mellom forsker og informant og dermed også datamaterialet (Thagaard 2009).

Jeg gjennomførte tre av intervjuene i et møterom ved kontoret mitt. Møterommet har vindu med utsikt mot motorvei og fjord, to vanlige vegger og en glassvegg inn mot arbeidsplassens sofa/lunsj-område. Jeg ønsket å gjennomføre intervjuene på et tidspunkt det er lite aktivitet i kontorlokalene, dette for lettere å skape en rolig atmosfære, og la derfor intervjuene til 17-18-tiden. Før informantene kom satt jeg fram ei skål med kjeks, hvert sitt vannglass og ei mugge med vann. Jeg ryddet bort alt av papirer og annet rot som ikke skulle være der. Bordet på dette møterommet har en avrundet form som gjør at man ikke sitter rett mot hverandre, men litt på siden, noe jeg tror kan bidra til en mindre trykket stemning. For enkelhets skyld avtalte jeg å møte dem utenfor kontorbygget som ligger kommunens sentrum. På vei inn småpratet vi om vær, vind. Jeg spurte om de ville ha kaffe eller te og hentet det de ønsket. Vel inne spurte jeg om jeg kunne sette på båndopptakeren, noe alle disse tre syntes var helt greit. Jeg gikk gjennom informasjonsskrivet og spurte om de hadde noen spørsmål. Så ba jeg om underskrift på samtykkeerklæringen, og de skrev under. Jeg presiserte at dersom de i ettertid ikke følte seg komfortable med å være med måtte de bare ta kontakt og jeg ville slette materialet fra intervjuet med dem.

I de to intervjuene som ble gjennomført andre steder hadde jeg mindre kontroll over situasjonen. Det intervjuet som jeg hadde i lokaler tilknyttet kommunens lavterskeltilbud skjedde under et visst tidspress og i et rom som var uoversiktlig. Vi hadde hver vår kaffekopp, men jeg hadde ikke noe mer å by på. Jeg opplevde i mindre grad at jeg greide å få informanten til å åpne seg i dette intervjuet. Dette kan både ha sammenheng med det noe uheldige lokalet, og min manglende følelse av kontroll, men har nok også sammenheng med at informanten nok er en mann av få ord.

En informant ønsket selv å bli intervjuet ved kontoret til en av sine kontakter i kommunen. Om det ville gi informanten økt følelse av trygghet tenkte jeg at det var en god ide. Kontaktpersonen hadde satt fram både kaffe, kjeks og sjokolade til oss. Atmosfæren i dette intervjuet var god og jeg opplevde at informanten følte seg trygg. I dette intervjuet var det

informanten som sørget for å bryte isen ved å vise stor overraskelse over at jeg ikke var en eldre kvinne, noe informanten hadde gått ut fra etter å ha sett navnet mitt. Dette lo vi begge litt av.

I dette intervjuet ønsket informanten ikke at jeg skulle gjøre opptak. Når jeg noterte det som ble sagt for hånd opplevde jeg at det var vanskeligere å følge opp med gode oppfølgingsspørsmål. Noe informasjon fra intervjuet gikk nok tapt. Jeg gikk gjennom notatene og skrev et fyldigere og mer helhetlig notat rett etter intervjuet når jeg fortsatt hadde den veldig friskt i minnet. Med å bearbeide intervjuet uten transkripsjon medfører at validiteten til data ikke blir like god som med lydopptak og transkripsjon.

Thagaard (2009) peker på at informanter som opplever å være på likefot med forskeren i større grad vil være pågående og mer hevde egne argumenter enn informanter som føler deg underordnet forskeren. Informantens atferd kan gi en indikasjon på om forskeren har lyktes i å etablere en god relasjon og fått informanten til å føle seg vel i situasjonen. Alle mine informanter var eldre enn meg og i intervjuet ble de oppfordret til å dele sine livserfaringer. Mot slutten av intervjuet var det flere som kom med gode råd eller oppfordringer til meg angående mitt liv. Dette opplevde jeg som en bekreftelse på at de opplevde situasjonen som en arena hvor deres erfaringer og meninger var viktigst. Selv om jeg som masterstudent og ansatt i kommunen har en annen sosial status enn informantene som faller innenfor kategorien «vanskeligstilte», tror jeg i liten grad informantene følte seg underlegne. Jeg tror dette har en sammenheng med at jeg lyktes i å opprette en god tone med informantene og at jeg kommuniserte tydelig at *jeg* trengte informasjonen *de* kunne komme med.

Etiske retningslinjer og betraktninger

Fordi valg som forskeren gjør på ulike stadier av en kvalitativ studie har konsekvenser for informantene som deltar i studien, må alltid etiske aspekter ved studien være veloverveid i tillegg til at formelle prosedyrer må skje i henhold til krav og retningslinjer fra NSD. Etiske retningslinjer gjelder for hvordan forskeren forholder seg internt i forskningsmiljø og for omgivelser. Studier av helseforhold krever økt etisk bevissthet, fordi dette regnes som svært personlig og sensitiv informasjon som i utgangspunktet skal vurderes av REK. Jeg har imidlertid fokusert på egen opplevelse av helse og livskvalitet, og har ikke spurt om eller på enn en måte innhentet informasjon om informantenes helsetilstand. Det har derfor ikke vært

nødvendig å melde prosjektet inn for REK. Jeg har informert alle informantene om at jeg ønsker å lære om deres egne opplevelser av helse og livskvalitet og at jeg ikke trenger informasjon om diagnoser, medisiner eller andre medisinske forhold.

All forskning hvor mennesker er subjekter for studie skal skje etter frie, informerte samtykker (Fossheim 2009). Alle informanter i studien er voksne, og uten begrensninger med hensyn til samtykkekompetanse. Forskeren har imidlertid ansvar for å etterstrebe at samtykket er både fritt og informert.

For å etterstrebe *frie* samtykker vektla jeg at det var helt opp til informantene om vi skulle gjennomføre intervjuene. De fleste hadde lest informasjonsskrivet før vi møttes, men jeg gjennomgikk det sammen med alle og vektla at det var de som bestemte om de ønsket å delta. Jeg vektla også muligheten for å trekke seg i etterkant av intervjuet og sa at jeg kom til å fjerne alle opplysninger om dem dersom de ønsket det. Jeg antok at informantene ville tenke at det var dårlig gjort av dem å trekke seg når vi allerede hadde møttes til intervju og kaffe og kjeks var satt fram. Jeg forsøkte derfor å omtale muligheten for å trekke seg i lette ordelag og ikke som en stor sak.

To av informantene har tidligere hatt problemer med rus, men ingen av dem *misbruker* etter egen oppfatning lenger rusmidler. Da rusmisbruk utgjør et problem for en relativt stor del av min målgruppe var jeg forberedt på at det kunne bli nødvendig å gjøre vurderinger av personers tilstand, da både et intervju gjort i rusa og abstinert tilstand kan medføre at personer i etterkant ikke føler seg komfortable med intervjuet som er gjort. Ingen av mine informanter syntes imidlertid å være under noen form for rus under intervjuet.

For å etterstrebe et *informert* samtykke fortalte jeg om prosjektets formål og bakgrunnen for min interesse for spørsmålet. Jeg fortalte grovt sett hvordan jeg kom til å bruke materialet fra intervjuene. Jeg sa at jeg kunne komme til å skrive om de temaene det ble snakket om og at jeg kunne komme til å gjengi direkte sitater fra intervjuene, men at jeg da ville bruke uekte navn. Jeg sa også at jeg ville plukke deler av det de sa fra hverandre for at de ikke skulle være mulig for andre å gjenkjenne dem som personer. Jeg fortalte også hvilke temaer jeg ønsket å snakke om og vektla at jeg når det var snakk om helse var ute etter deres opplevelse, ikke detaljert informasjon om diagnoser, medisiner eller lignende. Jeg spurte alltid om de hadde noen spørsmål før intervjuet startet.

Fenomenologisk vitenskapssyn og analyse

Målsetningen med denne studien er å knytte erfaringer vanskeligstilte på boligmarkedet har til helse og livskvalitet. Jeg antar med andre ord at vanskeligstilte på boligmarkedet har erfaringer som kan være med å gi oss mer kunnskap om sammenhengene mellom boforhold og helse. Å anse subjektive erfaringer som gyldig kunnskap innen forskning tilhører et fenomenologisk vitenskapssyn (Malterud 2003). Fenomenologiens underliggende antakelse er at realiteten er slik som folk oppfatter at den er. Det søkes å oppnå en forståelse for, og en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard 2009). En tilnærming innenfor den fenomenologiske tradisjon fordrer at forskeren er åpen for informantens erfaringer, samtidig som forskerens refleksjoner over egne erfaringer ofte er utgangspunkt for forskningen. Et fenomenologisk vitenskapssyn er et godt utgangspunkt for empirinærhet. Teori dannet grunnlag for utarbeiding av intervjuguide og formet mine antakelser på vei inn i datainnsamlingen. I bearbeiding og analyse av datamaterialet har teoretiske antagelser blitt forsøkt lagt til side til fordel for nysgjerrighet og interesse for meningsinnholdet i datamaterialet. Jeg vil nå presentere steg for steg hvordan jeg jobbet med analysen av datamaterialet.

Analyse

Analysearbeidet har blitt gjennomført med en kombinasjon av personsentrerte tilnærminger og temabaserte tilnærminger (Thagaard 2009). Å kombinere disse tilnærmingene har i denne sammenheng gitt mulighet til å se den enkeltes historie ut fra egen kontekst samtidig som fellestrekk og sammenlignbare deler av informantenes historier har kommet fram.

Analyseprosessen inspireres av stegvise prosedyrer for meningsfortetning, koding og kategorisering, og meningsfortolkning som beskrevet av Kvale et al. (2009) og Thagaard (2009). Malterud (2003) og Malterud (2012) presenterer systematisk tekstkondensering som metode. Jeg har ikke benyttet metoden som beskrevet, men har hatt mye hjelp av hennes refleksjoner om prosedyrens ulike trinn og arbeidsmetoder for fenomenologisk analyse.

Min framgangsmåte basert på disse prosedyrene samt mine refleksjoner om de valg jeg gjorde underveis danner grunnlag for analysen. I prosessen fokuserer jeg på hvordan informantene knytter boligforhold til helse og hvordan de opplever hva som er viktig i tilknytning til helse og livskvalitet. For å bevare fokus på informantenes livshistorier vektlegger jeg også informasjon om hendelser som de opplever som viktige for utvikling av egne historier.

Meningsfortetting

Meningsfortetting medfører i følge Kvale et al. (2009) «en forkortelse av intervjupersonenes uttalelser til konkrete formuleringer». Jeg leste først gjennom hele materialet og gjorde meg notater om temaer jeg fant interessante. Malterud (2003) vektlegger at forskeren i denne innledende fase må stille seg åpen for de inntrykk som formidles av materialet. I den forbindelse er det viktig å aktivt jobbe med å legge teoretiske referanser og forforståelser til side. Malterud (2012) oppfordrer til å ta grep som å gjennomføre denne første fase i andre omgivelser enn der man normalt driver analysearbeid. Å sette seg godt til rette i en sofa kan være en øvelse som gjør at en blir mindre systematisk innstilt enn når en sitter ved kontorpulten. Jeg brukte god tid i denne gjennomlesningen, og noterte noen tema og stikkord jeg fant interessante. Få av disse temaene gikk igjen i alle intervjuene, noe som bekreftet en antakelse jeg hadde om at intervjuene ville representere svært ulike historier og situasjoner.

Videre laget jeg tabeller for hvert av intervjuene med kolonner for naturlig enhet, hvor jeg klippet inn de delene av intervjuene jeg fant interessante med hensyn til problemstillingen. Her fokuserte jeg på innhold som jeg ut fra innholdets art eller ut fra teoretiske antakelser er interessante med hensyn til helse og livskvalitet. Videre hadde jeg en kolonne hvor jeg sammenfattet meningsinnholdet fra de naturlige enhetene og en egen kolonne hvor jeg bemerket spesiell interesse for deler av for informantens livshistorier. I denne fasen jobbet jeg med hvert intervju for seg, og hvert intervju fikk sin egen tabell.

Kategorisering

Neste trinn var koding, eller kategorisering av materialet. Enheter kategoriseres etter tematisk likhet. Kategoriene ble gitt meningsbærende betegnelser ut fra dette prosjektets formål. Denne delen av prosessen beskrives ofte med begrepet *koding*. Som Thagaard (2009s. 150-151) finner jeg imidlertid begrepet kategorisering mer treffende.

I arbeid med materialet, kom jeg fram til seks kategorier, hvorav to i hovedsak var deduktive – og direkte avledet spørsmål jeg stilte. Fire var av mer induktiv karakter – kategorier jeg merket meg som interessante i forhold til problemstillingen gjennom arbeid med materialet. Deduktive kategorier var *helse/ livskvalitet* og *usikkerhet som vedvarende stress*. Induktive kategorier var *bolig som beskyttelse og plattform*, *nabolag og bomiljø*, *arena for rutiner og kosthold* samt *trygghet, frihet og medbestemmelse*. Disse kategoriene var relativt konkrete, og direkte koblet til empirien, og av deskriptiv karakter.

Identifisering av mønstre

Identifisering av mønstre er analysens første ledd i tolkning av materialet. Mens de tidligere faser konsentreres om det deskriptive innholdet i teksten, begynner man her å spørre om *hvorfor* (Thagaard 2009). Denne fasen gjennomførte jeg noe annerledes enn Thagaards beskrivelser, fordi det virket hensiktsmessig i forhold til mitt materiale.

Ut fra en skjematisk framstilling av kategorier jeg hadde identifisert, knyttet jeg disse til teoretisk kunnskap, egne erfaringer og antakelser. Denne fasen innebar en abstraksjon av kategorier og innholdet i dem – fra deskriptive kategorier til mer abstrakte og overordnede tema. I dette arbeidet fant jeg det hensiktsmessig å redusere til fire tema. Dette hang sammen med at jeg gjennom fortolkning av innholdet i de kategoriene jeg hadde og i arbeid med teori opplevde at kategoriene hang sammen på et abstrahert nivå, og at noen med fordel kunne deles opp eller slås sammen. På denne måten knyttet jeg kategoriene og meningsbærende enheter opp mot tema angitt av mønstre i materialet. I denne fasen forholdt jeg meg hovedsakelig til tabellframstillingen jeg hadde laget av datamaterialet. I noen tilfeller gikk jeg imidlertid tilbake i transkripsjonene og også til lydopptakene for å teste om jeg fortsatt var enig i meningsfortetningene jeg hadde gjort. I framstilling av analysen i Artikkel II er kategoriene *helse og livskvalitet, frihet, beskyttelse og identitet*.

Meningsfortolkning og rekontekstualisering

Å fortolke en mening er i følge Kvale et al. (2009) å rekontekstualisere utsagnene man jobber med innenfor bredere referanserammer. I denne fasen skal materialet sammenfattes og formidles på en måte som er tro mot informantenes stemmer og som gir leseren innsikt og tillit (Malterud 2003). Her jobbet jeg ut fra temaene som ble identifisert i steg tre og knyttet disse opp mot relevant teori. Resultatet er framstilt i fire avsnitt i Artikkel II hvor disse presenteres og drøftes ut fra teori og annen forskning.

I tillegg til sitater, gjengivelser og direkte tolkninger av informasjon fra intervju har jeg brukt tykke beskrivelser for å framstille materialet. Med tykke beskrivelser søker forskeren å framheve tekstens meningsinnhold med egne fortolkninger av hva teksten handler om (Thagaard 2009). Tykke beskrivelser gir grunnlag for å framstille informantenes opplevelser sett i sammenheng med deres liv og erfaringer, slik jeg som forsker fortolker deres meninger og sammenhenger. På denne måten har tykke beskrivelser et meningsaspekt, som er basert på

forskerens fortolkning av empiri og som ofte rommer forskerens teoretisk kunnskap og antagelser.

Metoddiskusjon

Utvalget

Målsetningen var å intervju 7-10 personer. Som nevnt tidligere jobbet jeg med å rekruttere gjennom flere kanaler, men jeg lyktes dessverre ikke i å skaffe flere enn fem informanter til studien. De fem intervjuene jeg hadde var lenge og gikk i dybden på mange områder, og jeg anså datamengden som tilstrekkelig for å gjøre en analyse. Jeg tror likevel flere informanter ville kunne styrket denne studien. Siden inklusjonskriteriet for informanter var relativt åpent, og temaet til grunn for studien åpent, ville flere informanter kunne bidratt til å belyse temaet på en bedre måte. Flere informanter ville kunne gitt mulighet til mer nyanserte analyser.

Grunnen til at jeg valgte et bredt inklusjonskriterium var at jeg ønsket temaet belyst fra ulike perspektiver. I tillegg mente jeg det ville være lite hensiktsmessig å snevre inn til en gruppe blant de vanskeligstilte, fordi fokuset da lett kunne ha glidd over på aspekter ved denne gruppens egenart. I ettertid ser jeg at en innsnevring nok ville gjort analysearbeidet lettere i den forstand at historiene ville vært mer sammenlignbare. Jeg antar imidlertid at en innsnevring også ville medført ytterligere vanskeligheter med å skaffe informanter,

Validitet og reliabilitet

I kvalitativ forskning brukes begrepet validitet om gyldigheten av de tolkninger som er gjort (Thagaard 2009). I denne intervjuundersøkelsen belyses problemstillingen fra ulike vinkler med informanter med svært ulike utgangspunkt. At det er mangfold i data og mulighet for å belyse flere aspekter ved et fenomen, styrker validiteten (Kvale et al. 2009). Videre øker bruk av lydopptak fra intervjuer datas validitet. Dersom man som forsker kun tar notater vil forskerens teoretiske antakelser og egne erfaringer i større grad prege datamaterialet, fordi man allerede på intervjutidspunktet vil foreta en seleksjon av materialet. Forskningens validitet vil også avhenge av studiens informanter. Er informantene de riktige, de som sitter på rett informasjon for å belyse problemstillingen? Valgte jeg de mest informative informantene? Informantene i denne undersøkelsen satt på erfaringer og refleksjoner som var nyttige i denne sammenheng. Spesielt i de første intervjuene ser jeg at jeg kunne ha fått mer

informasjon ved å stille bedre og flere oppfølgingsspørsmål. Jeg opplevde imidlertid at jeg lærte mye av hvert intervju og stadig ble flinkere.

Hvordan intervjuene ble gjennomført og i hvor stor grad jeg evnet å stille de gode spørsmålene og innby til refleksjon hos informantene, vil også kunne påvirke studiens gyldighet (Kvale et al. 2009). Intervjusituasjonen er imidlertid tilstrekkelig beskrevet tidligere. Videre har jeg også redegjort for min forforståelse og tilknytning til forskningsfeltet, som begge er av relevans med hensyn til studiens validitet.

Reliabilitet i kvalitativ forskning knyttes til bekreftbarhet. I denne studien har jeg beskrevet den metodiske framgangsmåten for datainnsamling og analyse. Ved å gjøre rede for hvordan data utvikles, øker studiens reliabilitet fordi man tilrettelegger for leserens kritiske vurderinger (Thagaard 2009). Jeg har beskrevet de ulike stegene for analyse, for at det skal være mulig å få innsikt i hva som er deskriptiv informasjon og hva som er min egen vurdering og tanker rundt materialet.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Berkman, L. F. & Kawachi, I. (2003) *Neighborhoods and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Elsevier. (no date) *Guide for authors*. Tilgjengelig fra: <http://www.elsevier.com/journals/health-and-place/1353-8292/guide-for-authors>.
- Elstad, J. I. (2000) *Social inequalities in health and their explanations*, b. 9/00. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Fontene. (2010) *Forfatterveiledning*. Tilgjengelig fra: http://www.fontene.no/forskning/om_forskning/article3488274.ece (lest 09.05.2013).
- Fossheim, H. J. (2009) *Informert samtykke: Forskningsetiske komiteer*. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/> (lest 03.05).
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009) *Helse på norsk - God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Grønningsæter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Seim, S. & Harsløf, I. (2008) *Fattigdommens dynamikk: perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2010) *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40 (8): 795-805.
- NOU 2011:15. *Rom for alle: en sosial boligpolitikk for fremtiden*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Annu. Rev. Public Health*, 25: 397-418.
- Solberg, K. I. (2012). Mot en livskvalitetsfremmende terapi ved rusavhengighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4: 334-344.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen : Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sund, E. R. & Krokstad, S. (2005). Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulfrstad, L.-M. (2011). *Velferd og bolig: om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.

Artikkel I

Health inequalities in Norway and the effects of current housing policies

Skrevet etter forfatterveiledning for Health & Place

Antall ord: 5987 («abstract» og «keywords» ikke inkludert)

Health inequalities in Norway and the effects of current housing policies

Abstract

The purpose of this paper is to investigate the relationship between social inequalities in health and Norwegian housing policies following the psychosocial medical model. Health-related hazards, brought on by stressors linked to home ownership and insecurity in the rental market, are found to be influenced by aspects of Norwegian housing policies. Housing is also found to be a realization of belonging in social hierarchies, thus a marker of relative deprivation. The article concludes that the market distribution of housing, a dysfunctional private rental market and a narrow scope of public rental may force unprivileged populations into stressful and psychosocially hazardous environments. Furthermore, market distribution contributes to increased inequalities, which might have an eroding effect on social cohesion on an aggregated level.

Keywords

Housing policies, housing tenure, means testing, psychosocial medical model, public health, social inequalities

Introduction

The relevance of housing conditions as a mediating factor in social health inequalities have been acknowledged ever since the first studies of working-class living conditions, which were performed by Friedrich Engels in England in the mid-nineteenth century, and by Eilert Sundt in Christiania (now Oslo) twenty years later (Elstad, 2000). They documented hideous sanitary conditions, overcrowding and poor nutrition. The linkage of housing conditions to poor health was direct and obvious. Today's picture is different, and other medical models are needed to understand the pathways linking housing to health. Shaw (2004) argues that while the linkages between housing and health have become less direct, they've also become more

wide-ranging. Housing as a determinant of health must be understood through the multidimensional ways housing conditions are affecting health.

The Norwegian government is formulating ambitious goals to decrease the social inequalities in health (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Housing policies have only recently been revitalized in the research area of social health inequalities, yet the picture remains unclear (Grønningsæter & Nielsen, 2011). The aim of this paper is to examine Norwegian housing policies through the psychosocial medical model, within a historical framework and in relation to theoretical pathways linking housing and health. In which ways may Norwegian housing policies affect population health on an aggregated level?

When using the term ‘social housing policies’, I refer to overreaching policies of housing that target the Norwegian population as a whole. Housing social work refers to social work in relation to housing; that is to say, providing targeted measures of help and support to individuals that are not capable of providing or maintaining adequate housing conditions. These are coexisting features of the Norwegian welfare; however, as I will get back to, we’ve seen a policy shift after the latest three decades where increased efforts have only been in the latter.

Firstly, I will roughly situate the issue of unprivileged positions, social exclusion and homelessness in Norway. I will then review the evolution of ‘the Norwegian housing project’ from the establishment and growth of the welfare state and the developments in housing policies until today. Finally, I will examine the status of social inequalities in health in Norway, and how we can trace health inequalities to housing policy from a psychosocial perspective. Three distinct yet partly complementary pathways within the psychosocial model will serve to structure the discussion in order to expose various dimensions of influence. Relevant research on relations of housing and health will be reviewed, and its relevance to a Norwegian setting will be discussed.

Methods

A report produced by Grønningsæter and Nielsen (2011), and commissioned by the Norwegian Health Directorate, about housing, health and social inequality has served as the

primary source of inspiration for this paper. I've also used some of the research papers reviewed in this report. Elstad (2000) is the main source of information on social inequalities in health. Online libraries of Norwegian welfare research institutes like NIBR, NOVA, IRIS and FAFO, the Norwegian State Housing Bank, and Idunn, a Norwegian database of academic journals, have also been browsed for relevant publications. Secondary literature cited in these has also been used. The Norwegian public report 'Rom for alle' (NOU, 2011:15) has served as the primary source of historical developments and descriptive information about available benefits, as well as for statistical information about their scope and utility. Additionally, I've searched in Bybssis¹ and Google Scholar with the keywords 'housing', 'public health', 'social inequality' and related terms in Norwegian and English.

Unprivileged populations, social exclusion and homelessness

An estimated 150,000 people fall within the definition of disadvantaged in the Norwegian housing market. The definition of 'disadvantaged' used in the Norwegian public report on social housing policy is: 'Disadvantaged on the housing market are persons or households that are incapable of obtaining or/and maintaining a satisfactory housing situation on their own' (NOU, 2011:15: p.39; my translation). It is upheld that being disadvantaged must be understood as an incongruity between the household and the housing market it is a part of, not just as a characteristic of the household itself. Economic difficulties, ill health, life crises or combinations of all three are often triggering factors leading to a disadvantageous position. Non-western immigrants, lone parents, disabled persons and persons suffering from drug addictions and/or mental illness are overrepresented (NOU, 2011:15; Ulfrstad, 2011). The term 'disadvantages' will be used in this paper to refer to individuals and households included in this definition.

The last national mapping survey of homeless people in Norway, carried out in 2008,² reported that 6008 persons throughout the country are homeless. This was a 7% increase, relative to population growth, since the previous mapping in 2005. The number is conceived as a conservative estimate due to methodological difficulties (Dyb & Johannessen, 2009). Many affluent countries have recently experienced a growth in homeless populations (Shaw,

¹ Bybssis is the on-line search engine of the Norwegian university libraries

² A new mapping survey was carried out in November 2012; however, the results of this have not yet been made public.

2004). 60% of the homeless people in Norway are drug addicts, and 40% are reported as having a mental illness (NOU, 2011:15). Although the causal link between homelessness and health can be two-sided, there is no doubt that homeless life will have severe consequences for mental and somatic health (Shaw, 2004). Further, homelessness is a definite consequence of disadvantageous conditions and failing efforts to help.

Most people in Norway enjoy a high standard of living; they have access to a subsidized, high-quality welfare service, and their social security net is among the best in the world. However, social exclusion is the other side of the same story. The richest part of the Norwegian population has enjoyed an accelerating income growth, and has continuously gained a greater part of the total revenues since 1990. Relative poverty rate has increased by 20–25 per cent since the late 1980s. Critiques of increased inequalities are confronted with statistics on how many enjoy a better standard of living. This contributes to blur the distributive (Seim & Harsløf, 2008).

The Norwegian issue of poverty is marginal on an international level. However, for those who live in the reality of Norwegian poverty, it is, of course, a serious issue. And in light of the increasing economic and social inequality in Norwegian communities, it is a question that needs to be addressed.

The social democratic ‘home-owning country’

In Norway, housing is neither fully part of the welfare state, nor fully part of the free market. An understanding of Norwegian housing strategies – and the development of these are useful in understanding housing as a distributive issue – is relevant in relation to social health inequalities. Stamsø (2009) describes housing as a necessity, an investment and a wealth object.

The history of Norwegian housing strategies

‘Securing good, and sufficiently spacious housing for all’ was a sound objective of the Norwegian government in 1945, and comprehensive and ambitious housing efforts were carried out. While most Western European countries met the great post-war housing demand by offering public rental, the main measures taken in Norway were to promote and subsidize

home ownership. Home ownership was supported directly and indirectly through favorable taxation arrangements for mortgage holders (Sørvoll, 2011b).

The Norwegian National Housing Bank provided propitious loans (low interest rates, long payment periods) to cooperatives and individuals to build homes. State regulations secured off-market prices in the private market for the cooperatives (Sørvoll, 2011b). Market regulation of people's homes was viewed as illegitimate, and not a sector of private business interests (Viggen, Grimsrud & Liane, 2013). Off-market regulation of housing prices lasted until 1981 (Sørvoll, 2011b), before regulating mechanisms were gradually abolished during the 1980s. Members of housing cooperatives could now sell their apartments with economic gain (Sørvoll, 2011b). The credit market was liberalized alongside the housing market, which contributed to a rapid price growth (Tranøy, 2008).

Economic growth and an increased standard of living for the majority was the main argument for the change in housing policies. Housing policies were now be targeted at helping the poor and excluded (Sørvoll, 2011b). However, deregulations occurred in an era of comprehensive liberalization of public policies in Western European countries, and must also be understood in ideological terms (Lowe, 2011). The fundamental changes in policy content were justified in the public discourse by the changes in society and its needs. However, the change in the overarching aim of housing politics also changed.

The political aim in 1981 was that any household, family or single person should be able to access convenient housing that is reasonable in proportion to their income. The aims were increasingly adjusted to the deregulated state of the housing and credit market. All reference to 'reasonability income and expenditures' gradually disappeared from policy documents during these decades (Sørvoll, 2011b).

The housing social shift – from a universalist to a targeted approach

The focus in housing policies shifted from targeting the population as a whole to focusing on disadvantaged groups. The Norwegian State Housing Bank moved from being a credit institution for everyone to an institution providing means-tested benefits (Ibid.). Policies aimed at securing better living conditions for the disadvantaged are referred to as 'housing social work'. Housing social work grew to include providing assistance in order to enable

people to maintain respectable living conditions (NOU, 2011:15; Ulfrstad, 2011). New policies were aimed at including groups that had so far been excluded from the housing market, and to provide normalized housing for individuals that would previously have lived in institutions. People, whether challenged by physical disabilities, mental challenges or other factors, would receive the help and adjustments needed in order to establish themselves in homes (Ulfrstad, 2011). The policy shift was met with criticism from various parts. Grønningsæter and Nielsen (2011) asked whether the focus on housing social work has replaced a social housing policy. They called for attentions to the long-term consequences of such a shift. Arild Holt-Jensen (cited by Sørvoll, 2011a) asserts that the main element of the housing social initiative – the housing benefit program – is an ad hoc solution to profound challenges in the housing market, whereby homeowners benefit while others are converted into clients. He claims that providing a wider scope of public rental homes with off-market prices would reduce the tendency of ‘clientification’. Other critics claim that Norwegian housing policies were more or less abolished in the 1980s, and that the scope of benefits provided for the disadvantaged is too small. However, the new policies are acknowledged by others as representing a step forward in providing better solutions for drug addicts and other disadvantaged populations (Sørvoll, 2011a). The greatest state expenditures in the housing sector are still in the general financial arrangement (Ulfrstad, 2011). The single biggest outlay is indirect subsidies through tax reliefs for mortgage holders, which accounts for 55 billion NOK per annum (NOU, 2011:15).

A home-owning society

The percentage of homeowners in Norway grew rapidly from 51% in 1945 to 77% in 2001 (Sørvoll, 2011b: pp.21–2). Norway has the largest percentage of homeowners in Europe, and the politics of home ownership are usually viewed as a success. There are various positive effects associated with a wide scope of home ownership, ranging from the maintenance of high-standard housing to positive effects on the personal and neighborhood level (NOU, 2011:15). However, as the rental market is small, and the fact that it is more expensive to rent than to own, those who cannot take part of the home-owning society tend to experience a situation of double loss.

Increasing social inequalities in health in Norway

The way in which health, and inequalities in health, are produced is closely related to the features of social life. As postulated by Peter E. S. Freund (cited by Elstad, 2000), 'Each society, in producing its own way of life, produces its own way of death' (p.4). Elstad (2000) defines social inequalities in health as 'any type of persistent and important differences in aggregated health between social position in the same social structure' (p.8).

The development of the universalistic welfare state during the post-war decades was thought to neutralize the health inequalities of the population. This assumption was first proven wrong through studies of living conditions in the late 1980s. The social landscape in Norway is characterized by an unequal distribution of health, forming a gradient through the whole population where health status on an aggregated level depends on income, educational level, and other factors such as geography and ethnicity (Sund & Krokstad, 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Social position, measured by educational level or income, correlates with rates of mortality, morbidity, single diseases, mental health and self-rated health status (Sund & Krokstad, 2005). All socio-economic groups have experienced an increased life expectancy since 1970. However, the increments have been highest in the socio-economically advantaged populations, exposing even greater inequality (Ibid).

Embodying social conditions

The psychosocial pathways I am going to follow in this article view health as a product of variations in social interactions. The biomedical model is in the psychosocial model to understand biological pathways of external stressors. The psychosocial model is distinguished by the importance put on the question of how health is created (Elstad, 2000).

Historical change has transformed the determinants of health variations. Most people in affluent countries enjoy living conditions that are not directly physically harmful. Richard Wilkinson (cited by Elstad, 2000: p.69) suggests that higher material prosperities cannot be expected to be followed by general improvements in life expectancy in affluent countries. Similarly, Antonovsky (1979) states that psychosocial influences will replace biochemical and physical stressors as the main health determinants once a decent material standard of living is met.

The foundation of the psychosocial model is that mental reactions to one's surroundings affect health status. This is commonly recognized as valid for mental health, but following the psychosocial model, this is also the case in somatic disease. This assumption is partly disputed with regards to the biomedical way of interpreting health issues. Nevertheless, the relations between social environment and health are well established in lay health beliefs (Nettleton, 2006) and health-related folk wisdom (Ingstad, 2007).

What are the biological pathways that allow what's going on in our minds to affect the body? Bodily functions can be understood as various processes (the nervous system, the cardiovascular system, the digestive system, the immunological system, etc.), and the processes affect one another. The healthy state of the body depends on a balance of these systems. The external world is detected through the nervous system, and its imbalance can trigger electrical and chemical responses in other systems: 'The ability of mental disturbances to modify, change, alter – and even disturb – other bodily systems is a crucial part of the psychosocial explanation of somatic disease' (Elstad, 2000: p. 71).

Situations which are perceived as challenging or demanding are external stressors, and require adaption in order to enable the organism to find adequate responses to adapt to or cope with them. This leads to a stimulation of mental functions and a mobilization of the organism, which is reflected in other bodily systems, such as accelerating heartbeat or changes in the production of adrenalin. This way of responding is necessary in order to prepare the body for a reaction to possible threats (Elstad, 2000). The endocrinological and immunological state of the mobilized body is harmful over time. And having the organism turn the stress response off is as crucial for long-term survival as turning them on can be for short-term survival (Evans, Barer & Marmor, 1994). The organism's capacity to restore normal bodily functions may be impaired if external stressors cause mental arousal too often or too strong. And this is where the notion of social inequality is interpreted. Socially unprivileged populations may live under circumstances where they meet such external stressors more often, and their ability to cope with them is challenged. Elstad (2000) refers to four partly complementary approaches of how social processes are interfering with health, showing how disadvantaged populations are both more vulnerable and exposed to such stressors. These pathways will form the basis of the following discussion relation housing policies to health.

The first pathway presented by Elstad is the hypothesis of vulnerability, which focuses on the increased vulnerability disadvantaged populations have in meeting external stressors. The second – the epidemiology of social stress – focuses on how and why unprivileged populations are exposed to more stress than others. For the purpose of this paper, I will merge these pathways, because both focus on how exposure and vulnerability to stressors depend on the resource setting, whereas the two following pathways focus on how and why inequality on a societal level produces more stressful environments.

The third pathway – the hypothesis of social hierarchies and relative deprivation – moves the focus to the societal level. The existence of social hierarchies and the certainty of one's deprived situation relative to others is emphasized, and seen as a marked stressor. The fourth pathway – the hypothesis of social capital and social cohesion – claims that societies characterized by inequalities in income and life chances will form an environment of distrust and social erosion. Living in such society will harm everyone, but the unprivileged will suffer most.

These pathways will form the basis of the following discussion of Norwegian housing policies in relation to social health inequalities. As home ownership is central to Norwegian policies, and only disputed to a little degree (Vassenden, Lie & Skoland, 2012), housing tenure and its consequences, as well as the consequences of market distribution, will be an area of attention in this analysis.

The hypothesis of vulnerability and the epidemiology of stress

Disadvantaged populations are more frequently exposed to circumstances that produce stress, and social inequalities in health emerge as a consequence of this. External stressors are commonly divided into life events and chronic stressors. Life events are those happening unexpectedly that one has to adapt to in a rapid manner, such as death of a close relative or a friend, or sudden unemployment. Chronic stressors, like persistent economic problems, too much work pressure and long-term harassment, have a more permanent character, with a constant influence on mental status. Stressful experiences depend on social surroundings and whether one has the resources (material or otherwise) to cope with them (Elstad, 2000). The presence of negative life events is more frequent within disadvantaged positions, but this uneven distribution is even more marked in regard to chronic stress (ibid.).

People with disadvantaged social positions are also more vulnerable to external stressors due to differences in access to ‘coping resources’ – resources that are necessary in order to adjust to external stressors. A life in a difficult social situation makes it harder to develop satisfactory coping resources, and the parents’ ability to give children the necessary love and support in order to develop these resources is also challenged by difficult social realities.

The housing sector is an important arena in people’s lives, and is therefore involved in shaping environments where external stressors emerge and are dealt with. What role does the housing sector have in distributing stressful or less stressful environments? In what way may the housing sector create, contribute to or worsen stress? I will now discuss some aspects of housing insecurity in association with well-being, and address the aspects of Norwegian policy available to buffer the risk associated with home ownership.

Housing insecurity in the rental market

An insecure housing situation comes with stressors attached. The Norwegian rental market, in which low income populations are overrepresented, is characterized by short-term rental options. Renting is more expensive and less stable than home ownership. The Norwegian rental market is characterized by mostly private lessors and rapid flow-through. Short-term contracts make it easy for lessors to adjust the rent to market prices – which have been rapidly growing. These elements lead to additional marginalization for disadvantaged groups (NOU, 2011:15). Dependency on lessors, discrimination, heavy economic burden and short-term contracts are aspects of a tenant’s life that can be interpreted as chronic stressors, and also lead to particularly stressful life events such as losing the home. Public rent can be a more stable, but access is limited to those worst off. A study of future prospects for adults that lived in rental homes during their childhood concluded that they were more likely live in rental homes in adult age, receive social allowances or be so ill that they were receiving disability pensions (Nielsen, 2011). This study does not go deeper in explaining these variations, which are probably multidimensional; however, it is probable that it says something about reproduction of poverty and marginalization, and the health effects of a certain environment. It is worth mentioning, however, that the rental market the people investigated lived in as children in the 1970s and 1980s tended to be less marginalized than that of today (ibid.).

Housing insecurity and home ownership

Nettleton and Burrows (1998) carried out a study in the UK examining the relations of mortgage indebtedness and well-being. I believe the study can also be of relevance in the Norwegian case. Norwegian housing policies have had similar developments to the British case in relation to the growth of home ownership and increased mortgage indebtedness (Nettleton & Burrows, 1998; NOU, 2011:15). Findings from the study suggest that the onset of mortgage problems were associated with changes in subjective well-being for men and women. People experiencing difficulties in paying their mortgage obligations were at greater risk of ill mental health than others, and men in this situation were more likely to seek medical services. The authors stress the social pattern of the risk of mortgage indebtedness. Socio-economically disadvantaged populations were more exposed to mortgage arrears than others.

The indebtedness of Norwegian homeowners has reached a historically high level. The largest growth in mortgage indebtedness can be found within high-income populations. Nevertheless, less privileged populations have experienced dramatic growth in mortgage indebtedness too. Households with debts of more than four or five times the household annual income are defined as 'at risk' due to the threat of changes in income or expenditure (KRD, 2013).

Various benefit programs aim to keep households from losing their homes in difficult economic situations. Several strategies are mentioned in NOU (2011:15), some of which that are already operating as a part of Norwegian policies, with others that are suggested by the committee. First, housing benefits are available for households that are experiencing a disproportionate gap between income and housing expenditures for prolonged periods or in difficult times. This can be an important mechanism in avoiding forced sale, for instance if one loses one's job. Second, the panel stresses the paradox that although home ownership is promoted to vulnerable populations, no insurance services are available for individuals to cover loss associated with forced sales. This kind of insurance is available for local municipalities to decrease the risk associated with providing loans to disadvantaged populations. The panel suggests that this insurance should also cover losses by the borrower (NOU, 2011:15).

The report states that home ownership is the best way of securing stable housing conditions. However, the governmental report doesn't question the premise behind this to a great extent. Would a broader and more stable rental market be able to secure some of these positive aspects that are only available for today's homeowners? The 2013 White Paper on housing strategies acknowledges the challenges of an unstable rental market, and suggests that the minimum contract period for house rental should be extended from three to five years. It's argued that this change can enable a more stable housing situation, and that the two-year change is fundamental, especially for children of school age (KRD, 2013).

Social hierarchies, control and relative deprivation

The social hierarchy model stresses the importance of one's position in comparison to other positions within the social strata. Wilkinson emphasizes the importance of relative deprivation. He claims that people's awareness of their own position relative to others in the socio-economic hierarchy results in differences in health between socio-economic groups. Acknowledging a deprived status and realizing that others are of better status is a stressor; thus a deprived status in relative terms can affect health in multiple ways: power, status, income, material standard of living, prestige and qualifications (Elstad, 2000).

How do aspects of Norwegian policies affect relative deprivation and the perception of hierarchies? Housing standards and area characteristics might be an indicator of income and wealth, and thus a realization of status and belonging in social hierarchies.

The meaningful dimensions of a home

Dunn (2002) interprets a pathway linking housing to health through the meaningful dimensions of a home as a reflection of 'self-identity and pride, a place of refuge, the site for exercise of control, a source of social status' (p.672). He found that respondents who agreed that their home was a good reflection of identity were more likely to report of good general and mental health than those who did not. The home as an extension of identity in western societies is widely accepted, and may be of even higher importance in Norwegian societies due to cultural aspects of home ownership and a climate favoring indoor life (Gullestad,

1989). Shaw (2004) argues that the meaning related to owning and renting, and whether the rent is public or private, will be in accordance to cultural norms and context. She states that the prestige or stigma accorded to this will vary from place to place and over time. A study of Norwegian tenants' perceptions of their own situation in the 'home-owning country' reveals that stigma and negative associations vary among different groups. Findings suggest that tenants who found themselves 'declassified' attached negative feelings and stigma to their new tenure situation. Non-western immigrant families on the other hand, who are overrepresented in the rental market, and in the public rental market especially, related less stigma to their situation. Public rental was the preferred option for many, as it felt safer, more stable and less attached to discriminatory attitudes. For the declassified, however, public rental was not regarded as an option (Vassenden, Lie & Skoland, 2012). Housing tenure can be linked to the extent to which one feels able to live up to the norms and expectations of the society, and acts as a marker for social comparison. Not managing these aspects of life is a definite marker of social status, and stress related to it can affect health status.

Social segregation and territorial stigma

The growths in real estate prices in Norway have been strongest in the areas that were already relatively expensive. This has led to an increased demographic segregation in socio-economic terms, especially in high pressure areas.

The Oslo-East suburb has a bad reputation. However, the objective measures of housing standards and access to relevant services is usually very good, and those who live there are usually quite satisfied with the quality of life (Hansen, 2007). Oslo is the city in Norway most characterized by socio-economic segregation, with an affluent West side and a less affluent East side.

Stovner is an Oslo-East suburb hard hit by the prejudices of social environment and living standards. An area study from 1975 reported of ghetto tendencies and social erosion. A recent survey among youth in the area concluded that most were very content with the area, and pointed to many positive aspects, such as the variety of activities available, the multicultural population and that it was a place where everyone knew each other. However, approximately 30% of the youth who were questioned said that the most negative aspect about their suburb

was the bad reputation it had amongst others. They expressed frustrations about meeting people from other places that thought they were living in a dangerous ghetto. More than 30% of the youth expressed that it would be better to live there if the area had a better reputation (Elgvin, Rogstad & Sinnathamby, 2013). Findings from the Stovner study can also be seen in relation to Dunn's (2002) findings about the relation of a meaningful dimension of a home. What is the symbolic value of belonging to a certain neighborhood or area? Can a common opinion or prejudice about an area affect self-esteem and the feeling of identity associated with belonging?

Social capital and social cohesion

The hypothesis of social capital and social cohesion goes further in explaining social inequalities in health by focusing on the societal level. The pathway's origin was the various studies that indicated that the average level of health in a society was associated with the prevailing level of income inequality. The degree of income inequality has consequences for the patterns of social relations in the society, which again influence health and well-being (Elstad 2000).

A high degree of equality in a society fosters social cohesion, as characterized by trust, cooperation, mutual respect and civic participation. Social life in societies characterized by inequalities will suffer from the insufficient conditions to develop these resources, and will experience higher levels of frustration, hostility and feelings of inferiority – thus more conflicts (Ibid.).

Social capital is understood to be a by-product of social relations (Kawachi, 1999; Putnam, 2000; Sampson, 2003; Nyqvist, 2009), and refers to the presence and amount of networks based on mutual norms and trust in a society. Kumlin and Rothstein (2005) provided an interpretation on the role of a redistributive welfare state in relation to the 'making of social capital'. Scandinavian nations are characterized by high levels of social capital on an aggregated level, as well as universalist and highly redistributive welfare states. Equality entails a sense of belonging in the society and community. Low degrees of mutual norms and trust result in chronic stress, which affects everyone negatively, but harm the disadvantaged positions the most. Chronic stress is understood as having a synergetic effect on low levels of

social cohesion and frustration due to relative deprivation. This approach focuses on the paradox that societies with lower material standards may have higher than average health than societies with high material standards (Wilkinson & Pickett, 2010).

Housing market as a generator of inequality

Income inequality in Norway has been relatively small. Wilkinson and Pickett (2010) point to Scandinavian states as good examples for distribution of health and wealth. As mentioned, however, the socio-economic differences in Norway are increasing (Harsløf & Seim, 2008), and it is worth asking what this development can do to the population's health.

Housing has increasingly become a means to wealth, and today's housing market is contributing to economic segregation (Harsløf & Seim, 2008). This is due to the economic advantages of home ownership, where the amount of subsidies are proportionate to the value of real estate and, through financial gains, investments and speculations in real estate (NOU, 2011:15). Housing policies are thus contributing to increased income inequalities. Attention to this aspect in terms of social cohesion suggests that the housing market may be a contributing factor in declining social cohesion. Drawing on the pathway described above, this development leads to more inequality, less trust and worse health outcomes, especially among unprivileged populations.

Institutional making of social capital

Kumlin and Rothstein's (2005) institutional perspective on the generation of social capital through universalist welfare distributions that are perceived as fair is relevant in this case. Their hypothesis, which was to a great extent verified through empirical studies, is that welfare services that are targeted and means-tested create incentives for distrust. Clients portray themselves as indigent as possible in order to qualify for services and benefits, which becomes an incentive for social caseworker consultants to doubt the level of indigence suggested by the client, thus worsening the milieu for institutional and interpersonal trust; on the other hand, welfare services in a universalist scope foster a feeling of togetherness and of 'everyone being in the same boat'. Fewer incentives are created for people to manipulate their own level of needs and to distrust those of others. It must be noted that although general

welfare services in Norway have a universalist character, others are targeted and means-tested. And the spiral of distrust can probably be recognized for many working in, or being in contact with, benefit programs where you have to qualify by being sufficiently needy. However, the argument of Kumlin and Rothstein (2005) addresses the importance of trust mechanisms concerned with general welfare services, such as child allowances, maternity and paternity leave, health care, education and student loans, and so on. Although these services also come with adjustments according to income and wealth, they are basically available for everyone regardless of socio-economic status. The consequences of increased social cohesion and social capital are found on an aggregated level.

How then does the increased level of targeting and means testing within housing policies relate to ‘the making of social capital’ in an institutional sense? The inclusion criteria for the housing benefit program in Norway is based on a calculation of reasonability in income and housing-related expenditures. Households with employment income used to be excluded from the program, but were included in a program reform in 2009. After this, low income households could apply for the benefits regardless of their category of income.³ 122,800 households received housing benefits in December 2010, which was an increase of 20,700 households from the previous year. 27% of the recipients in December 2010 were persons who would not qualify for benefits before the reform. The vast majority of recipients have income below the national poverty limit, even when the housing benefits are included. The reform also led to a rise in the amount of disbursement (adjusted to geographical differences in housing expenditures) (NOU, 2011:15). The need for an expansion of the benefit program was related to an overall increase in housing expenditures, and an acknowledgement of the fact that households with weak employment ties and low employment income needed it in order to maintain adequate living conditions. The reform has been proven to make the benefit program better and easier, and increase coverage (Nordvik, 2011). However, drawing on the earlier mentioned critique of ‘clientification’, which is concerned with the housing benefits and the role of institutions and means-tested welfare, it is worth asking some questions about the developments. Are the overreaching housing policies and their dependence on the market making it too difficult for low income households to maintain acceptable living conditions without means-tested benefit programs? How difficult should it be to pay rent or mortgage obligations on a low, but still normal, income? The question is concerned with whether the

³ Students without children, and individuals in duty-bound military and civilian national service are still excluded.

overreaching policies are actually producing clients, and whether the consequences of clientification could affect the societal level. Is it a contributing factor in making a society with less social cohesion and social capital?

Conclusions

Housing insecurity in the rental and home-owning sectors are contributing to stress-related hazards. The unprivileged populations are more exposed to insecurity-related stressors, as their economic resources limit their options. To a greater extent, they will also lack social conditions enhancing coping resources. As such, housing benefits might buffer some of the stress related to housing insecurity.

Housing is an indicator of income and wealth; it is thus a recognition and affirmation of inequality and social inferiority for some. Geographical segregation and territorial stigma may intensify the relation of relative deprivation and stress.

Market distribution of housing produces increased socio-economic segregation. As market prices have been rapidly rising, and mortgages-holders are indirectly subsidized by the state, home ownership has been a contributor to increased income inequalities between homeowners and non-homeowners. Geographical segregation has enhanced growth for the most privileged. Income inequality leads to a decrease in social cohesion and worsened public health. The increased use of means-tested benefits may be a contributing factor in the breakdown of social capital.

The policy shift aiming at improving conditions for disadvantaged populations have been shown to improve living conditions for some groups. However, as the market distribution of homes makes entry difficult and insecure, and the narrow scope of available rental options is small, Norwegian housing policies are still contributing to psychosocial stress, particularly for disadvantaged populations.

References

- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress, and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Dunn, J. R. (2002) Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 671–681.
- Dyb, E. & Johannessen, K. H. (2009) *Bostedsløse i Norge 2008: en kartlegging*. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Elgvin, O., Rogstad, J. & Sinnathamby, S. F. (2013) *Rurbane møter: deltakelse og samhold blant ungdom og kvinner på Stovner*. Oslo, Fafo.
- Elstad, J. I. (2000) *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Evans, R. G., Barer, M. L. & Marmor, T. R. (1994) *Why are some people healthy and others not?: The determinants of health of populations*. New York, de Gruyter.
- Grønningsæter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hansen, T. (2007) Bolignormer, helse og velferd. *Drøfting av bolignormer, deres grunnlag og rolle i boligpolitikk og planlegging. Prosjektrapport, 7*.
- Harsløf, I. & Seim, S. (2008) *Fattigdom i en norsk velferdskontekst*. Oslo, Universitetsforlaget
- Ingstad, B. (2007) *Medisinsk antropologi: en innføring*. Bergen, Fagbokforlaget
- Kawachi, I. (1999) Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 120–130.
- KRD, Kommunal- og regionaldepartementer (2013) *Bygge-bu-leve: ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar*. Oslo, Regjeringen.
- Kumlin, S. & Rothstein, B. (2005) Making and breaking social capital: The impact of welfare-state institutions. *Comparative Political Studies*, 38, 339–365.
- Lowe, S. (2011) *The Housing Debate*. Bristol, The Policy Press.
- Nettleton, S. (2006) *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge, Polity Press.
- Nettleton, S. & Burrows, R. (1998) Mortgage debt, insecure home ownership and health: an exploratory analysis. *Sociology of Health & Illness*, 20, 731–753.
- Nielsen, R. A. (2011) *Langsiktige konsekvenser av å vokse opp i leiebolig*. Oslo, FAFO.
- Nordvik, V. (2011) *Den Norske bostøtten: effekter av en reform*. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- NOU (2011:15) *Rom for alle: en sosial boligpolitikk for framtiden* Oslo, Kommunal- og regionaldepartementet.
- Nyqvist, F. (2009) *Social Capital and Health – Variations, Associations and Challenges*. Åbo, Åbo Akademis förlag.

- Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon & Schuster.
- Sampson, R. J. (2003) Neighbourhood-level context and health: Lessons from sociology. In: I. Kawachi & L. F. Berkman (eds.) *Neighborhoods and Health*. New York, Oxford University Press.
- Seim, S. & Harsløf, I. (2008) *Fattigdommens dynamikk: perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Shaw, M. (2004) Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25, 397–418.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo, Direktoratet.
- Stamsø, M. A. (2009) Housing and the welfare state in Norway. *Scandinavian Political Studies*, 32, 195–220.
- Sørvoll, J. (2011a) Den boligsosiale vendingen. Norsk boligpolitikk fra midten av 1990-tallet i historisk perspektiv (vedlegg til NOU 2011:15 Rom for alle). *Rom for alle: en sosial boligpolitikk for framtiden*. Oslo, Kommunal- og regionaldepartementet.
- Sørvoll, J. (2011b) *Norsk boligpolitikk i forandring 1970–2010: dokumentasjon og debatt*. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Sund, E. R. Krokstad, S (2005) *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Tranøy, B. S. (2008) Bubble, bust and more boom: The political economy of housing in Norway. *Comparative European Politics*, 6, 325–345.
- Ulfrstad, L.-M. (2011) *Velferd og bolig: om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo, Kommuneforlaget.
- Vassenden, A., Lie, T. & Skoland, K. (2012) *Man må ha en plass å bo: en sosiologisk studie av vanskeligstilte i et boligeierland*. Stavanger, Iris.
- Viggen, E. D., Grimsrud, S. A. & Liane, V. (2013) Drømmeslottet som sprengtes. *Fontene – Et tidsskrift fra Fellerorganisasjonen (FO)*, 5, 6–11.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010) *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London, Penguin Books.

Artikkel II

En plattform for frihet, beskyttelse og identitet

Om boligforholdenes betydning for helse og livskvalitet

Skrevet etter forfatterveiledning for Fontene forskning

Antall ord: 7589 (referanseliste og norsk sammendrag inkludert)

En plattform for frihet, beskyttelse og identitet

Om boligforholdenes betydning for helse og livskvalitet

Sammendrag

Tema for artikkelen er hvordan sammenhenger mellom boligforhold og helse ser ut fra de vanskeligstiltes perspektiv. Artikkelen er basert på kvalitative intervjuer med vanskeligstilte på boligmarkedet, og søker nye forståelser for sammenhenger mellom boforhold og helse. En bolig- og et hjem er sentrale elementer i et godt og verdig liv og derfor en grunnleggende helsedeterminant. Informantenes bolighistorier knyttes til psykososiale helseaspekter. Friheten informantene kjenner på etter å komme i stabile boforhold knyttes til kontroll over eget liv og mulighet for planlegging. Videre kan en stabil bosituasjon gi nødvendig fysisk og emosjonell beskyttelse og stabilitet. Til slutt fokuseres det på boforhold som arena for å bidra i sosiale fellesskap og mulighet for å bli identifisert som en positiv bidragsyter.

Nøkkelbegreper: Boligpolitikk, boligsosialt arbeid, salutogenese, vanskeligstilte på boligmarkedet, helse, livskvalitet

English summary

A platform for freedom, safety and identity

On the effects of housing conditions on health and well-being

This article is based on a study based on in-depth interviews with persons that are disadvantaged at the housing market. The aim is to gain new understandings of the relations between housing and health. Housing, and a home are central elements in establishing a good and worthy life, and hence a basic health determinant. Findings from the study suggest that emotional freedom associated with stable housing promotes control over one's life and ability to organise one's future. Safe housing serves as physical and emotional protection from experiences of life hazards. Finally, the focus is drawn to the residential environment as an arena where one is able to contribute positively in social communities and identified as a resource for others.

Keywords: Housing policies, social work, salutogenesis, disadvantaged on the housing market, health, well-being

Innledning

En bolig er en fysisk anretning, som oftest en leilighet eller et hus. Når mennesker bor i og føler tilknytning til en bolig blir den et hjem. Et hjem er et sted man kan være seg selv, et sted man er beskyttet mot mange av hverdagens påkjenninger og utfordringer og et sted man føler seg trygg. Det er et sted man inviterer venner og samler familien. Boligen og hjemmet er av sentral kulturell og symbolsk verdi. I et psykososialt perspektiv på helse rettes fokus på hvordan helse og gode forhold for helse skapes. I denne sammenheng er bolig sentralt.

Bolig og helse er et anerkjent forskningstema med ulike faglige perspektiver. I arbeid med en kunnskapsoversikt over disse sammenhengene konkluderer imidlertid Grønningsæter og Nielsen (2011) med at det finnes for lite forskning på dette temaet under nordiske forhold. Denne studien søker økt forståelse av sammenhengene mellom boligforhold og helse i en norsk kontekst. Artikkelen vil forfølge to spørsmål; Hvordan ser forholdet mellom helse og livskvalitet på den ene siden, og boligforhold på den andre ut for vanskeligstilte på boligmarkedet? Hvordan kan deres bolighistorier knyttes til helse og livskvalitet? Med andre ord vil jeg søke en forståelse for informantenes egen opplevelse av helse og livskvalitet sett i sammenheng med bosituasjon og bruke deres bolighistorier som grunnlag for å forstå mer om disse sammenhengene.

Jeg vil først gjøre rede for teoretisk bakgrunn for fokus på helse og livskvalitet og betydning av bolig og hjem. Videre vil jeg gjøre rede for det metodologiske grunnlaget for denne studien. Funn fra studien presenteres og drøftes i fire deler. Først rettes fokus mot informantenes egne forståelser av helse og livskvalitet satt i sammenheng med boligforhold. Videre presenteres og drøftes funn innen de tre temaene frihet, beskyttelse og identitet.

Helse og livskvalitet

Per Fugelli hevder at å definere helse som begrep vil være å øve vold mot to av helsens kjennetegn, nemlig helsens mysterium og helsens individualitet. Helse er det gode liv, og livet skal ikke defineres, det skal leves med ydmykhet og undring. Videre har hvert enkelt menneske hver sin helse – det finnes ikke en helse (Fugelli 2003 s.13). Jeg finner Fugellis refleksjoner om helsebegrepet svært relevante for målsetningen med denne studien. Å finne ut

mer om helse ut fra menneskers refleksjoner krever ydmykhet og lydhørhet for å høre og forstå hva de legger til grunn og hva som er viktig for deres helse.

I en studie basert på intervjuer med 80 personer i Norge, kom Fugelli og Ingstad (2009) fram at helse består av 10 «grunnstoffer» slik nordmenn ser det. Studien viser at folks oppfatning støtter tradisjonelle definisjoner, men også at folks oppfatninger påpeker mangler ved gjeldende definisjoner. Psykososiale verdier som trivsel, likevekt, frihet og livskraft illegges stor verdi av majoriteten av de spurte. Fravær av sykdom er et av grunnstoffene, men det vektlegges at dette grunnstoffet ble nevnt av bemerkelsesverdig få, og sjelden alene.

Det er imidlertid også verdt å nevne at egenrapportert helse er en anerkjent variabel i analytisk forstand, og har i kvantitative studier vist seg å ha god predikasjonsverdi for dødelighet, kontrollert for andre medisinske, adferdsrelaterte og psykososiale faktorer (Kawachi et al. 1999). Hvordan man har det og føler seg har med andre ord også sammenhenger med de mer objektive målene for helse som ofte benyttes i medisinsk og epidemiologisk forskning.

Salutogent perspektiv på helse

Medisinsk forskning har lenge spurt hva det er som gjør noen syke. Svaret i den biomedisinske modellen er at tilstedeværelse av patogener gjør oss syke og at fjerning av patogenene vil gjøre oss friskere. Antonovsky (2000) hevder at vi heller bør stille oss spørsmålet; hva det er som gjør at noen og holder seg friske? Ved å snu på dette spørsmålet vil vi for det første lære mer om hva som kjennetegner mennesker som på tross av store påkjenninger lever godt og har god helse. For det andre muliggjør det et mer nyansert syn på helse, hvor god helse ikke nødvendigvis vil si fravær av all sykdom, og dårlig helse ikke alltid kan knyttes til sykdomstilfeller.

Antonovsky forkaster den dikotome forståelsen av helse og sykdom som er gjeldende i den biomedisinske modellen. Han hevder at helse må sees som et kontinuum mellom plusspolen helse og minuspolen uhelse (Antonovsky 2000). I salutogenese oppfattes ikke stressorer som noe som alltid må bekjempes, men som noe som alltid er tilstedeværende. Videre er det menneskers ressurser eller kapasitet til å mestre stressfaktorer som er viktig. Å utsettes for stressfaktorer man kan mestre antas å være helsefremmende. Mennesker som befinner seg

nært den positive pol på helsens kontinuum vil med større sannsynlighet mestre stressfaktorer på en måte som gjør at salutogene krefter drar dem ytterligere mot den positive pol.

Opplevelse av sammenheng (OAS) er en innstilling til livet, og en måte å forholde seg til verden på som karakteriserer mennesker som holder seg friske tross store påkjenninger (Antonovsky 2000). OAS brytes ned i tre komponenter: *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*.

Begripelighet utgjør det kognitive elementet i OAS. Personer med sterk begripelighet antar og forventer at de stimuli en vil møte i hovedsak vil være forutsigbare og at de som ikke er forutsigbare vil kunne plasseres i en sammenheng som gjør at de oppleves begripelige. Denne innstillingen gjør at mennesker vil ha tro på at livet nok vil gå godt. *Håndterbarhet* utgjør den atferdsmessige komponenten. Antonovsky fokuserer her på de ressurser en har til rådighet for å mestre eventuelle vanskeligheter eller kriser skal oppfattes som tilstrekkelige. Han legger til at dette kan være snakk om ressurser som kontrolleres av en *legitim annen*, som partileder, Gud, ektefelle eller en nær venn. *Meningsfullhet* er den tredje komponenten i OAS, og anses som den affektive eller motivasjonelle faktoren. Antonovsky hevder at medbestemmelse er sentralt i denne komponenten; «Når andre bestemmer alt for os, når de definerer opgaven, oppstiller reglene og styrer utfaldet – og vi ikke har noget vi skulle have sagt, reduseres vi til objekter» (Antonovsky 2000 s. 108). Å være deltaker i viktige deler av ens liv er med andre ord viktig for denne komponenten. Dersom krav som tilværelsen stiller en er verdt å engasjere seg i vil utfordringene oppleves som positive heller enn byrder.

En bolig – mitt hjem

En bolig er en praktisk innretning, et sted man kan ivaretar grunnleggende behov som å sove, spise og vaske deg. Samtidig er en bolig en beskyttelse mot ytre forhold som vær og vind. En bolig gir en adresse som i høy grad er nødvendig å ha for å kunne benytte seg av tjenester, som å åpne bankkonti eller å benytte rettigheter som fastlegeordningen eller andre helsetjenester. Boligen er der du kan hvile og sette deg selv i stand til å delta i samfunnet (Ulfrstad 2011). En boligs betydning, og dens relevans for helse og livskvalitet kan imidlertid ikke reduseres til en praktisk funksjon. En bolig er også ens hjem.

Hjemmets symbolske betydning er i følge Gullestad (1989) grunnleggende i Norsk kultur. Vårt sosiale liv utspiller seg i høy grad med utgangspunkt i hjemmet. Det er et grunnlag for familieliv og et sted vi inviterer venner for samvær. Hvordan hjemmet innredes og utsmykkes

er en måte å uttrykke identitet på. Hjemmet kan forstås som en intim sfære fordi det uttrykker vår identitet. Ulfrstad (2011) beskriver også hjemmet som en arena man har frihet til å være seg selv og til å la de ulike forventninger som stilles til deg i samfunnet hvile. I hjemmet ditt er det du som bestemmer hvem som kommer inn, og i den forstand er det et viktig symbolsk møtepunkt mellom deg og de *du* ønsker velkommen.

Bolig og helse

Vår bolig og våre boforhold utgjør viktige betingelse for helse. I dagens Norge bor de aller fleste i boliger av god standard. Likevel utgjør bolig og bomiljø en sentral helsedeterminant og er en viktig faktor i sammenhengene mellom fattigdom, eller sosial ulikhet og helse.

Shaw (2004) skiller mellom direkte og indirekte måter fysiske og materielle forhold på den ene siden og sosiale og meningsbærende forhold på den andre siden påvirker helse. Fukt, kulde, mugg og varme er fysiske forhold ved en bolig som har direkte påvirkning på helsa. I Norge regnes også forekomster av radon i grunnfjell som en viktig fysisk helsemessig faktor for en bolig, og knyttes blant annet til økt risiko for lungekreft (Grønningsæter & Nielsen 2011). Indirekte utgjør de fysiske og materielle forhold ved en bolig en indikator for og del av sosioøkonomisk status, og kan knyttes til sosioøkonomisk fordeling av helse (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Boligens plassering knyttes også til tilgjengelighet av tjenester og tilbud, som rekreasjonsområder eller kulturaktiviteter som er viktig for livskvalitet.

I denne studien er imidlertid hovedfokuset på de sosiale og meningsbærende forhold omkring boforhold og deres relevans for helse. Disse påvirker i følge Shaw (2004) helse direkte gjennom effekter av dårlig bolig og bomiljø og utrygghet knyttet til gjeld. Hun vektlegger også den meningsbærende betydningen av å føle seg hjemme, hjemmet er knyttet til sosial status, orden og kontinuitet i livet. Videre vil bolig og boforhold ha en indirekte påvirkning på helse og livskvalitet gjennom kultur og atferdsmønstre i nabolag og gjennom sosiale nettverk eller sosial fragmentering. Mye av forskningen på sammenhenger mellom boforhold og helse fokuserer på tilstedeværelse av ødeleggende faktorer. Shaw (2004) peker imidlertid også på at studier av bostedsløse, helse og livskvalitet også kan si oss noe om positive effekter av det å ha bolig og å leve i gode boforhold. Videre har fokus på sosial kapital og sosial støtte og nabolag bidratt med tilnærminger som også fokuserer på helsefremmende aspekter ved gode boforhold (se for eksempel Berkman & Kawachi 2003).

Vanskeligstilte på boligmarkedet

I Norge er det omtrent 150 000 personer som ikke har en tilfredsstillende bosituasjon. Selve begrepet «vanskeligstilt på boligmarkedet» kan ikke forstås bare som en egenskap til den enkelte person eller husstand, men som et misforhold mellom boligmarkedet og husstandens ressurser (NOU 2011:15 ; Ulfrstad 2011s. 60). I NOU 2011:15 () skisseres noen kjennetegn ved de vanskeligstilte basert på statistikk fra SSB. Tre av fire vanskeligstilte har «vedvarende lavinntekt». Aleneboende er overrepresentert. Nesten 60 % av de vanskeligstilte leier bolig, noe som bare gjelder 18 % i befolkningen for øvrig. Det bor flere vanskeligstilte i Oslo, og i pressområdene rundt Oslo enn i landet for øvrig. Og mens personer med bakgrunn fra Asia, Afrika og Sør- og Mellom-Amerika utgjør bare 4 % av den norske befolkningen, utgjør de nesten 25% av de vanskeligstilte på boligmarkedet. Bak disse statistikkene finnes ulike utgangspunkt og forskjellige historier. Ulfrstad (2011) peker på noen grupper som utgjør en uforholdsmessig stor andel av de vanskeligstilte; personer med funksjonshemninger, flyktninger, utviklingshemmede, personer med problematikk knyttet til rus og/eller psykisk helse.

Metode

Undersøkelsen som ligger til grunn for denne artikkelen er kvalitative intervjuer med fem personer som bor i samme kommune og har hatt behov for kommunal bistand i boligspørsmål. En semistrukturert intervjuguide har ligget til grunn for intervjuene. Informantene er rekruttert gjennom saksbehandlere og oppfølgere i kommunen og direkte ved at jeg oppsøkte kommunens lavterskeltilbud og et annet relevant sted.

Utvalg

Undersøkelsen er gjennomført med et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg settes sammen med den målsetning at det danner grunnlag for et materiale som vil kunne belyse den problemstillingen man jobber ut i fra (Malterud 2003). Under presenteres utvalget som danner grunnlag for denne artikkelen.

Adnan er i trettiårene, er gift og har to barn. Familien bor nå i en leilighet de har kjøpt med hjelp av startlån. Adnan kom til Norge tidlig på 90-tallet, og har siden det flyttet mye, og stort sett leid bolig privat. Adnan er i 100 % fast stilling i kommunal sektor.

Anders er i førtiårene, enslig og er uten fast bolig. Han sover for tiden på sofaen hos en kamerat. Han har to barn og var samboer med deres mor inntil 2007. Han har over lengre tid vært sykmeldt på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Han fikk nylig tilsagn om uføretrygd.

Morten er i femtiårene, enslig og leier en leilighet av kommunen. Han har tidligere slitt med rusmisbruk og har i en periode vært bostedsløs. Da hadde han tilhold ved kommunens lavterskeltilbud. Morten har vært lenge i arbeidslivet, men er nå uføretrygdet.

Amira er i slutten av trettiårene, skilt og bor sammen med sine tre barn i en leilighet hun leier av kommunen. Hun har tidligere hatt store problemer med å skaffe en stabil bosituasjon, og har bodd ulike steder, også i krisebolig. Hun mottar stønad til livsopphold, og går skole for å få studiekompetanse i Norge.

Aksel er i femtiårene og bor i et bokollektiv i privat regi sammen med «to andre ganske voksne gutter». Han er skilt og har en voksen sønn. Etter en livskrise levde Aksel lenge i en flyktig tilværelse. Etter hvert ble han bostedsløs og kontaktet kommunens lavterskeltilbud. Han har nå vært fire år utenfor arbeidslivet, men tror nå at han snart er klar for å vende tilbake.

At informantenes historier er svært forskjellige gir grunnlag for å belyse problemstillingen fra flere sider. Det medfører også at deler heller enn helheten av historiene er sammenlignbare. Fire av informantene er nå i en betydelig bedre bosituasjon enn de har vært de siste årene. Det har medført godt et godt grunnlag for å se på hvilke følger en forbedret situasjon har å si for helse og livskvalitet. Anders' historie skiller seg ut fra de andre fordi han på intervjutidspunktet var bostedsløs, og i en veldig vanskelig situasjon. På grunn av at Anders' historie skilte seg så mye fra de andre har jeg i mindre grad brukt hans historie i analysen.

Etiske aspekter

All bruk av mennesker som subjekter i forskning skal i prinsippet være basert på fritt og informert samtykke. Alle informantene fikk et informasjonsskriv om studiens hensikt og deres beskyttelse som informanter, og de signerte en samtykkeerklæring etter å ha gjennomgått denne informasjonen, også muntlig med meg. De fikk informasjon om at all informasjon om dem ville bli behandlet konfidensielt, og at de ville framstilles anonymt i den ferdige oppgaven. Alle fikk også skriftlig og muntlig informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien, også etter at intervjuet var gjennomført. Informantene er voksne og uten begrensninger i samtykkekompetanse.

Analyse

I forskning med et fenomenologisk vitenskapssyn søkes det å oppnå en forståelse for, og en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard 2009). Fenomenologiens underliggende antakelse er at realiteten er slik som folk oppfatter at den er. En tilnærming innenfor den fenomenologiske tradisjon fordrer at forskeren er åpen for informantens erfaringer, samtidig som forskerens refleksjoner over egne erfaringer ofte er utgangspunkt for forskningen.

Analyseprosessen i denne studien er inspirert av stegvise prosedyrer for meningsfortetning, koding og kategorisering, og meningsfortolkning som beskrevet av Kvale et al. (2009) og Thagaard (2009). Refleksjoner og prosedyre for systematisk tekstkondensering for fenomenologisk analyse presentert av Malterud (2003) har også vært til inspirasjon og hjelp. Jeg vil nå gå kort gjennom prosedyren for analysen som jeg brukte.

Første trinn var å lese gjennom det samlede datamaterialet og gjøre notater om elementer som vekket interesse. I denne prosessen fokuserte jeg på datamaterialet, og la i størst mulig grad teoretiske antakelser til side. Videre la jeg interessante meningsbærende enheter in i en tabell, hvor jeg også hadde en kolonne for fortettet mening. Her sammenfattet jeg innholdet i utdrag fra datamaterialet. Andre trinn var å kategorisere enheter etter tematisk likhet. Jeg kom i denne prosessen fram til seks kategorier, hvor to var av deduktiv karakter og fire mer induktive. I dette trinnet er fokuset på empiriens deskriptive informasjon. Tredje trinn var å identifisere mønstre i materialet. Her flyttes fokus fra deskriptivt innhold til i større grad å spørre hvorfor. Jeg knyttet kategorier til teoretisk kunnskap, egne erfaringer og antakelser. Kategoriene ble delt opp og knyttet sammen under fire tema på mer abstrahert nivå. Tema for videre analyse ble *helse og livskvalitet, frihet, beskyttelse og identitet*.

Siste trinn i analysen var fortolkning av materialet. Å fortolke en mening er i følge Kvale et al. (2009) å rekontekstualisere utsagnene man jobber med innenfor bredere referanserammer. I denne fasen har jeg jobbet ut fra temaene identifisert i steg tre og knyttet disse opp mot relevant teori.

I tillegg til sitater, gjengivelser og direkte tolkninger av informasjon fra intervju har jeg brukt tykke beskrivelser for å framstille materialet. Med tykke beskrivelser søker forskeren å framheve tekstens meningsinnhold med egne fortolkninger av teksten (Thagaard 2009). Tykke beskrivelser gir grunnlag for å framstille informantenes opplevelser sett i sammenheng med deres liv og erfaringer, slik jeg som forsker fortolker deres meninger og sammenhenger. På denne måten har tykke beskrivelser et meningsaspekt, som er basert på forskerens fortolkning av empiri, og som ofte rommer forskerens teoretisk kunnskap og antagelser. Studiens funn vil presenteres og drøftes i fire følgende avsnitt etterfulgt av en kort avsluttende diskusjon av studiens funn.

Opplevelsen av helse og livskvalitet

Informantene ble spurt hva helse betyr for dem og i deres hverdag. Deres forklaringer viser en dualitet i forklaring av egen helse. På den ene siden viser informantene til egen forståelse av helse, en «personlig forståelse» som gjerne bygger på trivsel og å leve godt innenfor de rammene de har. På den andre siden viser de til mer «autoritære» eller tradisjonelle forståelser av helse ved å henvise til hva legen sa ved sist sjekk, hvilke medisiner de har behov for eller sykemeldinger. De ulike forståelsene eksisterer parallelt i informantenes historier, og framstår til tider delvis motsigende. Dette kan bety at «personlig» og «autoritær» forståelse illegges ulik verdi i forskjellige situasjoner. Helsebeskrivelsene framstår på denne måten situasjonsavhengig – det å ha det bra generelt sett framstår sekundært i møte med alvorlige helsetrusler. Andre ganger forteller informantene at de er i fin form og at helsa er bra, dette kan ha vært i en situasjon hvor de var bostedsløse og slet med rusmisbruk, noe som i en objektiv eller «autoritær» forstand vitner om betydelige trusler for helse og livskvalitet.

Mortens begrep om helse handler om å fungere «*Bare jeg klarer å fungere fint om dagen, ikke sant. Komme meg opp om mårran og gjøre det jeg skal hele dagen*». Samtidig vektlegger han betydningen av å ta medisiner han har fått etter å ha hatt hjerteinfarkt for noen år tilbake. Aksels begrep om helse vektlegger trivsel «*Trivsel er jo en stor del synes jeg. Eh.. jeg vil si*

leve sunt, trivsel og trygghet». Aksels forståelse av helse peker i hovedsak på sosiale faktorer. I spørsmål om hvordan han opplever sin egen helse viser han i likhet med Morten til en mer tradisjonell forståelse av helse, og referer til det å ha begynt med regelmessige undersøkelser hos lege, og at han sist ikke hadde noen merknader der. Aksel ble også spurt hvordan helsa hans var i hans «rotløse periode». I denne perioden jobbet han døgnet rundt og festet mye. Hans beskrivelse av helse tydeliggjør en dualitet i forståelser – både i form av forskjellen på fortid og nåtid og at ulike perspektiver ligger til grunn for ulike vurderinger. Nå er han svært bevisst på at dersom han ikke hadde tatt tak i, og endret livet i den «rotløse perioden», hadde han ikke vært her i dag.

«Ja.. jeg var i fin form jeg. Jeg tålte det jeg. Ja.. så, nei det var helt sjukt. Når jeg tenker på det i dag så blir jeg nesten dårlig. ... Også blei jeg så dårlig at jeg blei... nesten sånn at jeg blei sjuk av å høre telefonlyder».

Amira legger et bredt begrep til grunn i spørsmål om helse *«Du lever bra. Spiser godt, god bolig, du er i et bra område. Og det er bra med hodet og kroppen»*. Amira knytter sosiale forhold og kontroll over livet til god helse, og vektlegger i så måte psykisk helse. Ved flere anledninger peker hun på sitt eget hode når hun forteller om situasjoner eller opplevelser som har gjort henne syk.

Informantene hadde ulike syn på boforholdenes effekt på helse. Anders, som på intervjutidspunktet var uten fast bolig opplever at bosituasjonen påvirker helse og livskvalitet grunnleggende; *«Det er altoverskyggende, det er akkurat som økonomiske problemer, det skygger over alt. Det er som tannverk, kall det tannverk. Du kommer ikke vekk fra det, ikke sant. Tannverk er det verste du kan ha, du kan ikke lese avisa engang»*. Adnan, som har en historie der han måtte flytte på grunn av huseiers bestemmelser og vanskeligheter med å finne nye leiligheter i sin økonomiske situasjon knytter denne sammenhengen til stress; *«Stress. Stress. Stressfaktor. Du får ikke sove, du får ikke til noen ting, du bare tenker tenker, tenker. For du har ikke råd, ikke sant»*.

På spørsmål om hva hun trenger for å ha god helse sier Amira at hun trenger, *«å være omgitt av respektfulle mennesker»*. Da hun skulle få tildelt kommunal bolig ønsket hun å bo i blokk for å ha mennesker rundt seg. Amira vektlegger også betydningen av nærhet til butikk, skole og barnehage. Hun forteller at hun fikk problemer med nakke og skuldre der de bodde før fordi hun måtte gå så langt til barnehage og butikk. Og med tre små barn trenger man å handle mye.

Frihet, beskyttelse og identitet

I følgende avsnitt vil jeg diskutere hvordan aspekter ved en god boligsituasjon kan fremme livsopplevelsesmønstre preget av frihet, beskyttelse og medbestemmelse og se disse i relasjon til Antonovskys salutogene perspektiv og relevante forskningsbidrag.

Frihet er den følelsen informantene forteller at de har fått etter å ha kommet i en trygg og god bosituasjon. Her kan de selv bestemme hvordan de skal leve, bo og organisere livet sitt. I informantenes historier knyttes denne friheten opp mot trygghet og medbestemmelse. *Beskyttelse* handler om betydningen av å ha en bolig og et hjem sett i kontrast til tidligere ustabile situasjoner. Boligen gir både fysisk og emosjonell beskyttelse. *Identitet* handler om at hjemmet er et sted identitet befestes. I denne sammenhengen vektlegges nabolaget som sosial arena og en arena man kan bidra. I nabolaget kan også mennesker som står utenfor arbeidslivet og andre sosiale arenaer tilby verdifulle bidrag som blir verdsatt.

Frihet i trygge rammer

Amira bor i en blokkleilighet hun leier av kommunen. Hun beskriver leiligheten som fin for henne og hennes tre barn. Hun har mottatt både økonomisk og praktisk hjelp fra kommunen som hun er svært takknemlig for. Hun føler seg trygg på at hun får den hjelpen hun trenger, fordi hun er alenemor. Boligsituasjonen hennes har lenge vært vanskelig. Hun bodde tidligere i en leilighet hvor hun ikke fikk fornyet kontrakt. Da hun fikk brev fra namsmannen om utkastelse ble hun ble redd, for hun trodde hun ville havne på gata. På den tiden hadde Amira en baby og to små barn. Kommunen hjalp henne med å skaffe krisebolig og med det praktiske rundt flytting. Hun var glad for at de fikk krisebolig, men det var ikke et godt sted for familien å være. Det var mye bråk og uro og hverdagens logistikk var vanskelig. Mens hun bodde der fikk hun hjelp av en kvinne fra en frivillig organisasjon til praktiske gjøremål. Amira opplevde at kvinnen kontrollerte for mye. Hun følte seg ikke fri når kvinnen bestemte over hverdagen hennes. Amira har tidligere bodd med familie, eksmann og tidligere svigerfamilie. Etter at hun kom til Norge var det (eks)mannen som ordnet med bolig – de flyttet flere ganger. Hun setter nå stor pris på selv å bestemme hvordan hun vil ha det. Amira opplever denne friheten som svært viktig. Hun knytter pressede situasjoner under andres kontroll til dårlig mental helse og depresjon. Friheten Amira beskriver er en frihet til å gjøre det hun ønsker å gjøre og å leve som hun vil.

Innledningsvis benyttet jeg Fugellis definisjon, eller begrunnelse for ikke å definere helse. Han har en lignende tilnærming til begrepet frihet. Han hevder at å definere frihet vil ta frihet fra friheten (Fugelli 2003 s.13). Samtidig anser han friheten som en av *helsens grunnstoffer*. I den forbindelse forbinder han frihet med å ha styringsrett over eget liv (Fugelli 2011). Ut fra intervjuene i denne studien vil jeg hevde det også handler om å ha styringsmulighet for eget liv.

Trygghet i bosituasjon kan forstås som en ressurs i møte med dagliglivets utfordring. Å ha denne tryggheten kan knyttes til en frihet i måten man kan møte verden på. Antonovskys *håndterbarhet* innebærer at man opplever at de ressursene man har til rådighet er tilstrekkelige til å møte de krav en blir stilt ovenfor (Antonovsky 2000 s. 35-36). Amira forteller om hennes siste reise til sitt opprinnelsesland. Tidligere hadde oppholdene der vært forbundet med mye stress og usikkerhet. Boligsituasjonen i Norge var uavklart, og hennes tidligere mann var alltid svært bekymret for det. Amira opplevde at usikkerheten knyttet til hva hun kom hjem til gjorde henne syk av stress. Etter at hun fikk egen bolig og selv hadde nøkkelen, kunne hun føle seg trygg på hva hun hadde å komme hjem til. Denne vissheten satte henne bedre i stand til å møte de utfordringene besøket i hjemlandet innebar.

Informantenes beskrivelser etter overgang til en trygg og god bosituasjon handler om å ha fått en plattform som gjør det mulig å tenke framover. Adnan beskriver hvordan han har fått mer tid til å tenke på seg selv, familien og framtida etter at familien kjøpte leilighet. Han har tatt opp studier for å bli faglært slik at han vil få høyere lønn. Det vil gjøre det lettere å dekke boutgifter og gi familien mer økonomisk frihet. Adnans kone har sluttet i jobb for å gå videre på skole. Medbestemmelse, og å være deltakende i å skape rammer for eget liv utgjør grunnlaget for komponenten meningsfullhet (Antonovsky 2000). Meningsfullhet handler om motivasjon og hvordan man gjennom medbestemmelse i viktige områder av livet får styrket sin verdi som subjekter i eget liv. Dette motvirker maktesløsheten man naturlig nok opplever i en livssituasjon man i liten grad kan påvirke eller bestemme over – men bare må forholde seg til. Planlegging muliggjør også en langsiktig tenkning som både kan medføre en bedre økonomisk situasjon i framtiden, og at man i større grad kan finne arbeid og andre sosiale arenaer som er viktig for helse og livskvalitet. En empirisk studie av om bolig og helsekapital fra en britisk kontekst så spesielt på helserelaterte assosiasjoner knyttet til å gå fra boligleieforhold til å eie egen bolig. De rapporterer om informanter som peker på helsefremmende aspekter ved å kunne planlegge framtiden. Forskerne knytter denne muligheten for planlegging til styrkede mestringsressurser og økt robusthet i møte med

framtidig helsereelatert risiko (Smith et al. 2003). Fugelli og Ingstad (2009) identifiserer det å «*bevege seg mot mål*» som en av helsens grunnstoffer. Gjennom empiriske studier fant de at selvrealisering eller å arbeide for måloppnåelse var en viktig faktor i mange menneskers begrep og forståelse av helse.

Etter å ha kommet på rett kjøll og inn i en stabil situasjon har også Aksel funnet ut mer om hva som er viktig for at han skal ha det bra i framtiden. Jeg spør Aksel om han ønsker å eie egen bolig i framtiden. Aksel knytter frihet til ikke å eie. «*Så hvorfor skal du eie så jævla mye? Assa jeg har finni ut at banken skal ikke eie meg. Og det er deilig. Akkurat den greia der har jeg diskutert med et par av kompisene mine. De jobber og jobber og jobber og skal ha mer og mer og mer, og jeg har spørt dem haaar du det bra? For jeg har det jævli bra. ... Den friheten der. den er det ikke mange som skjønner*». Han føler seg hjemme i bokollektivet han bor i nå, selv om han vet at det er midlertidig. Aksel har imidlertid flere steder han føler tilknytning til, blant annet et slektssted. Han sier det er viktig for han å ha faste holdepunkt, i alle fall når livet er litt usikkert. Sånn sett er også Aksels begrep om frihet fundert i en grad av trygghet, men i noe mindre grad enn hos de andre. Aksels anerkjennelse av at han har funnet ut hva som er viktig for han og hva han trenger og ikke trenger for å leve et godt liv vitner også om en posisjon med økt innflytelse over eget liv og en situasjon der han har frihet til å planlegge livet.

Et hjem som beskytter

Aksel bodde i 20 år i en bolig han hadde i tilknytning til jobben sin innen jordbruk. Her følte han seg hjemme, og levde i trygge omgivelser med familie og en jobb han likte godt. Som følge av en krise sluttet Aksel i jobben og flyttet fra boligen. På omtrent samme tid går han gjennom en skilsmisse. Han mister kontakt med mange nære relasjoner og levde i en tilværelse preget av flukt i ny jobb og festing. Han bodde i ulike kollektivløsninger med kamerater. Å leve med en gjeng single kamerater med gode inntekter og lite forpliktelser medførte mye festing for Aksels del, *helt ekstremt* er hans beskrivelse. Og han jobbet mye, i perioder bodde han på jobben, og hadde alt det praktiske han trengte der. Og på fredag ble det rett på puben. Helgene ble etter hvert mer og mer ovale. I denne perioden ble livet hans stadig mer preget av rus. Han utviklet aggresjon som skremte han og han kontaktet derfor sosialmedisinsk oppfølgingstjeneste. Han flyttet til kommunens døgnovernattingstilbud. Etter hvert mistet han også jobben. Når Aksel ser tilbake på denne perioden reflekterer han over at

han ikke hadde noen fasthet i hjemmet, ikke noe å komme til. I omtrent 10 år levde Aksel uten en fast bosituasjon, det beskriver han som tøft og frustrerende. At han ikke hadde noe å gå til førte til at han oppsøkte mye bråk, og det ble, med hans ord mye «tullball».

Boligen kan forstås som en beskyttelse mot vær, vind og andre ytre faktorer. Det er et sted å hvile, et sted å gå til og et sted man kan samle tankene. På samme tid oppleves hjemmet som en beskyttelse i sosial, meningsfull og symbolsk forstand. Aksel beskriver hjemmet som en «fasthet», og knytter perioden han manglet denne fastheten til rotløshet og destruktive handlingsmønstre. I guttekollektivtilværelse hadde Aksel bolig, men han manglet et hjem, og den fastheten og tryggheten han forbinder med det. Et hjem danner grunnlag for gode rutiner, å kunne lage seg mat, å kunne hvile når man har behov for det og å kjenne på hvordan man har det.

Morten beskriver hverdagen som bostedsløs som slitsom. I den tiden sov han som regel på kommunens natthjem. Dagene var vanskelige fordi han ikke hadde noe sted å gjøre av seg. Hverdagen handlet om å skaffe alkohol og å få dagen til å gå inntil han igjen kunne oppsøke natthjemmet for kvelden. Dette innebar også mye usikkerhet, da det var viktig å være tidlig ute for å sikre at man fikk plass for natten. Når han nå bor i sin egen leilighet lever han beskyttet for mange av de elementene som på denne tiden gjorde dagene vanskelige. Og han vet at han alltid har et sted å komme til.

Forutsigbarhet og sammenheng er viktige aspekter i Antonovskys salutogene teori. Livet som bostedsløs innebærer møte med uforutsigbare eller overveldende situasjoner som en selv står med liten mulighet til å påvirke. Det kan være på grunn av rusavhengighet og en hverdag som dreier seg rundt å dekke det behovet, det kan være fordi man er så sliten hele tiden og det kan være fordi man vil møte enhver situasjon med manglende selvrespekt og visshet om andres negative holdninger. En slik situasjon vil for de aller fleste medføre lite pågangsmot og liten evne til å se muligheter i nye situasjoner. Denne situasjonen skaper lite rom for mestring. Utfordringer er ikke håndterbare fordi man har svært få ressurser til rådighet til å mestre dem, og ens egen subjektivitet og medbestemmelse vil lett være forsvinnende. Et godt hjem kan forstås som en plattform som beskytter mot gamle livsopplevelsesmønstre – og legger til rette for nye. Denne form for beskyttelse kan være grunnleggende for at personer med tidligere opplevelser med bostedsløshet og rusproblematikk eller andre utfordringer kan bygge opp en struktur i livet som setter dem i stand til å møte livets utfordringer på en god måte.

At bostedsløse har en vanskeligere helsesituasjon enn personer i trygge boforhold er imidlertid verken nytt eller overraskende. Vi kan nærme oss forståelsen av boligens beskyttende funksjon ved å se mer på Adnans situasjon, som var vanskelig om enn ikke like prekær som Morten og Aksels.

Adnans beskrivelse av sin families situasjon før de fikk tilsagn om lån fra Husbanken, er en situasjon preget av vedvarende stress og usikkerhet. Adnan har ved flere tilfeller vært nødt til å flytte på grunn bestemmelser uten for hans påvirkningskraft. De leide i flere år hos en stiftelse som leide ut boliger til reduserte priser til kommunens ansatte, men reglene ble endret og de mistet prioritet. Å finne leilighet på det private markedet innebar et betydelig prishopp som det var usikkert om de ville kunne håndtere økonomisk. Da Adnans kone var gravid med deres andre barn, måtte familien flytte ut av leiligheten uten å vite hvor de skulle bo. Etter dette fikk de leie en leilighet som var ny og eid av en privatperson, men den viste seg å ha viktige mangler der den største var at kloakksystemet ikke fungerte. Huseier viste ingen vilje til å rette opp i disse problemene. Adnan lider av Post-traumatisk stress-syndrom og mener at boligsituasjonen de var i bidro til å forverre hans helse. Han var over lengre tid sykmeldt på grunn av dette.

Adnans beskrivelser av deres situasjon gir assosiasjoner til en kasteball som i liten grad kan bestemme over egen situasjon. Familiens økonomiske situasjon begrenset valgmulighetene de hadde. I tillegg opplevde de at de var uønsket som leietakere og ved noen anledninger fikk beskjed om at leiligheten de ønsket var utleid, for så å se den samme leiligheten ute på markedet et par dager etter. Adnan knytter denne opplevelsen til «*noen ganger å høre ut som utlending andre ganger ikke*» og det faktum at de er en familie med små barn. Diskriminering av vanskeligstilte og etniske minoriteter på leiemarkedet anses som relativt vanlig i Norge. Dette medfører at vanskeligstilte og etniske minoriteter gjennomgående betaler høyere husleie enn andre, og i større grad opplever urettmessige oppsigelser og forhøyelse av leia (NOU 2011:15). Som eier av eget hjem opplever Adnan nå at familien er beskyttet mot at usikkerhet, bestemmelser utenfor deres påvirkningskraft og tilfeldigheter bestemmer familiens bosituasjon.

Hvilken opplevelse av sammenheng kan en få ut av en kasteballtilværelse – hvor et så grunnleggende behov som bolig nærmest blir tilfeldig på tross av familiens iherdige innsats for å gjøre alt riktig og å ordne seg som best de kan. Erfaringer karakterisert av indre sammenheng ligger til grunn for komponenten *begripelighet* (Antonovsky 2000). Å over tid

jobbe hardt for et mål, hvor en opplever at ens innsats belønnes med å komme nærmere målet kan være en form for utfordring som oppleves sammenhengende, begripelig og styrker ens *opplevelse av sammenheng*. Men når man tross slitet ikke får forbedret situasjonen, slik Adnans familie opplevde? Det private leiemarkedet kan for den enkelte, som i Adnans tilfelle gi opplevelser av maktesløshet og umulighet. Oppnåelsen av å kunne kjøpe bolig etter lang tid kan imidlertid forstås som en belønning for strevet. Som boligeiere opplever de en trygghet på at denne innsatsen de legger planlegging og organisering vil komme dem til gode. De er beskyttet mot tilfeldighetene og andres forgodtbefinnende, andre som tidligere hadde makt over deres grunnleggende betingelser for å leve godt.

Å forme identitet som bidragsyter i sosiale fellesskap

Morten bor ved siden av en eldre kvinne som han går i butikken for eller hjelper med andre småting. Han sier han stiller opp med en gang om det skulle være noe, og setter pris på å kunne bidra. Morten har over en tid vært utenfor arbeidslivet og er nå uføretrygdet. Tidligere bodde morten en periode hjemme hos sin mor for å gi henne nødvendig hjelp og pleie ettersom hun hadde blitt «gammel og skrøpelig». Moren bodde imidlertid i en kommunal bolig, og da «de» fant ut at han bodde der kastet de han rett ut. «De» mente at heller kommunen kunne gi moren den hjelpa hun trengte. Denne situasjonen opplevde Morten som vanskelig. Han mener selv at det vanskelig kan hevdes at den hjelpa kommunen kunne tilby moren var bedre enn den han selv bidro med. De kommunale ville jo bare komme innom en gang i uka eller noe sånt. I denne sammenhengen ønsket Morten å bidra og han mente hans bidrag var bra og viktig. Rigid regelverk sett i sammenheng med hans situasjon gjorde at han som en hjelpende ressurs ble underkjent. Han fikk ikke være den ressursen han ønsket å være for moren i denne perioden. I nåværende situasjon i nabolaget blir hans ressurser anerkjent og verdsatt. Nabokvinnen trenger hjelp med praktiske gjøremål, og Morten kan bidra med det.

En av de eldre kvinnene i Adnans borettslag ble enke ikke lenge etter at familien flyttet inn. Adnans familie opplevde å kunne være tilstede og støtte for enken, de kunne være der for henne. Å kunne stille opp for henne i denne situasjonen opplevdes som verdifullt. Anders' boligdrøm handler mer enn noe annet å kunne være nær sine barn og å stille opp for dem gjennom ungdomstida og videre. Og han ønsker å *kunne* være et medmenneske. «*Jeg er jo ikke et medmenneske som gir faen heller*». Tilværelsen Anders lever i nå, uten fast bolig og med en følelse av å være borte i et system gjør det vanskelig for han å være tilstede for sine

barn og å ha overskudd til å være et medmenneske for andre som han ønsker. Han trenger en bolig som kan være en plattform for å leve det livet han ønsker og for å stille opp for sine. Han har for tiden ingen inntekt og ingen pompøse drømmer om hvordan han skal bo eller ha det, men han vil ha et utgangspunkt som gjør det mulig for han å være til stede.

Begrepet identitet handler om hvem man er og hvordan man viser det. Identitet fordrer en stabilitet eller kontinuitet rundt en person over tid (Vassenden et al. 2012). *Personlig identitet* sier noe om hvem man er. *Sosial identitet* sier noe om hvem og hva man er for andre i de ulike arenaene og fellesskapene man tilhører (Bø & Schiefloe 2007). Fugelli og Ingstad (2009s. 294) hevder at det å være «*trygg på og glad i seg selv er en vesentlig helsekilde*». Å ta del i arenaer man har mulighet for utfoldelse av de evner en innehar bidrar til mening og identitetsskaping.

Nabolag som sosial arena har vist seg spesielt verdifull for vanskeligstilte, fordi de oftere er utenfor arbeidslivet og andre arenaer i livet som kan være av viktig sosial verdi. Vanskeligstilte tilbringer ofte mer tid hjemme enn andre (Tjora et al. 2012). Informantene i denne studien ble spurt om de hjelper hverandre i deres nabolag? Flere av informantene framhevet hvordan *de stilte opp* for andre i sitt bomiljø. Vektleggingen av seg selv som bidragsytende aktør i denne sammenheng sier noe om at det er viktig for informantene å være en som bidrar. Det kan være en måte å vise at de er den de ønsker å være – en som bidrar til fellesskapet. På denne måten kan tilhørighet i et bomiljø være medvirkende til å støtte opp under en identitet mange har og ønsker å vise, man sjelden har mulighet å vise fram. Et bomiljø kan være en arena for å være seg selv på en positiv måte.

Å være en ressurs, og å oppleves som en ressurs for andre kan være en måte å være med å forme sin hverdag, identitet og andres forståelse av en selv og kan dermed knyttes til begrep som medbestemmelse – en er med å forme det livet en ønsker ved å ha muligheter til å utføre handlinger som reflekteres i selvfølelse og andres syn på en. I denne sammenhengen kan man oppleve å være en aktør framfor en «klient», som mange vanskeligstilte i mange sammenhenger er. Sosialt liv og nabolag kan i så måte være et område av livet det er verdt å engasjere seg i. Motivasjon og medbestemmelse er sentralt knyttet til *meningsfullhet* (Antonovsky 2000). Antonovsky vektlegger verdien av å mestre utfordringer innen områder av livet som er viktige for den enkelte og som verdsettes i et samfunn. Å møte og mestre utfordringer man opplever som meningsfulle skaper motivasjon.

Avsluttende kommentar

Denne studien har søkt å finne ny kunnskap om sammenhenger mellom boligforhold og helse. Funn fra studien støtter i stor grad foreliggende forskning på feltet. Studier av sammenhenger mellom boforhold og helse strever med å etablere årsakssammenhenger knyttet til sosiale aspekter ved bolig. Blir mennesker syke av å bo i depriverte nabolag eller bor de i depriverte nabolag fordi de er syke? Er boforhold mer enn noe annet en spuriøs effekt, med sosioøkonomisk status som bakenforliggende variabel? Se for eksempel Grønningsæter & Nielsen (2011). Denne studien kan ikke tilføre noe til etterspørselen etter årsakssammenhenger. Jeg vil imidlertid hevde at studien viser at etablerte årsakssammenhenger må være svært intrikate for å kunne gi tydelige svar på spørsmålene forskere knytter til sammenhenger mellom boligforhold og helse.

Denne studien viser at fokus på *bolighistorier* er et godt utgangspunkt for kvalitative studier av disse sammenhengene. Informantenes refleksjoner rundt helse og livskvalitet baserer seg på de samlede opplevelsene de har hatt gjennom livet. Kroppsliggjøring av disse sammensatte opplevelsene utgjør de helsemessige konsekvensene av boligforhold. Informantenes historier oppstår i sammenheng med deres opplevelser innenfor de muligheter de har og de normative rammene et samfunn skaper. Jeg vil hevde at nettopp menneskers bolighistorier må ligge til grunn for å kunne forstå sammenhengene mellom bolig og helse. Helsekonsekvenser av å være i det private leiemarkedet handler ikke bare om at man på et gitt tidspunkt leier bolig. Dette må sees i sammenheng med hvilken grad av trygghet man føler i leiesituasjonen, noe som antakeligvis vil henge sammen med tidligere opplevelser på leiemarkedet. Å være leietaker knyttes til stigma for noen, men ikke alle. Verdien av den fysiske og emosjonelle beskyttelsen en god bosituasjon kan gi, vil også avhenge av tidligere erfaringer og andre faktorer i livet. En fast bolig som holdepunkt kan være av mer betydning for personer som ellers har få faste holdepunkt i livet. Videre er det rimelig å anta at personer som har barn vil ha et grunnleggende behov for denne beskyttelsen, og at fravær av trygghet vil medføre store belastninger. Bomiljø som en arena for å forme identitet ut fra positive bidrag vil kunne være av betydning for mange, men kanskje ikke alle. Det vil være store individuelle variasjoner i hvilket behov man har for å bli ansett som en bidragsyter, Også dette er det rimelig å anta at vil ha sammenheng med tidligere opplevelser og personlige egenskaper. Aksels refleksjoner om boligeie fra denne studien viser også individualiteten i disse sammenhengene.

Rereranseliste

- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forbli rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Berkman, L. F. & Kawachi, I. (2003) *Neighborhoods and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bø, I. & Schiefloe, P. M. (2007) *Sosiale landskap og sosial kapital: innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. (2003) *0-visjonen: essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009) *Helse på norsk - God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fugelli, P. (2011) Fastlegen – og helsens grunnstoffer. *Utposten - blad for allmenn- og samfunnsmedisin*, 4: 7-9.
- Grønningsæter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. & Glass, R. (1999) Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of public health*, 89 (8): 1187-1193.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 2. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2011:15 *Rom for alle: en sosial boligpolitikk for fremtiden*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.
- Shaw, M. (2004) Housing and public health. *Annu. Rev. Public Health*, 25: 397-418.
- Smith, S. J., Easterlow, D., Munro, M. & Turner, K. M. (2003) Housing as health capital: how health trajectories and housing paths are linked. *Journal of social issues*, 59 (3): 501-525.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005) *Gradientutfordringen : Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H., Henriksen, I. M., Fjærli, T. & Grønning, I. (2012). *Sammen i byen : en sosiologisk analyse av urbane naboskap, nærmiljø og boligens betydning*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Ulfrstad, L.-M. (2011) *Velferd og bolig: om boligsosialt (sam-)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vassenden, A., Lie, T. & Skoland, K. (2012) *Man må ha en plass å bo: en sosiologisk studie av vanskeligstilte i et boligeierland*. Stavanger: Iris.

Avsluttende kommentar

De to artiklene som er del av denne masteroppgaven har egne konkluderende avslutninger. I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i de to artiklene og arbeidet med dem peke på relaterte områder jeg mener er interessante i forskningsøyemed.

Først vil jeg si noen ord om hvordan boligpolitikk kan integreres i helsefremmende arbeid. Med en psykososial helsemodell til grunn rettes fokus på hvordan sosiale forhold produserer helse og uhelse. Livsbetingelser knyttet til bolig og boforhold utgjør en sosial helsedeterminant. Dennis Raphael (2000) bemerker at det selv om bostedsløshet og fattigdom har en utvilsom effekt på helse, handler helsefremmende tiltak sjelden om fattigdomsbekjempelse. Han spør hva helsefremming bør handle om. Dersom sosiale betingelser gjør mennesker syke, skal helsefremming da handle om å sette mennesker i bedre stand til å mestre betingelser, eller bør man da jobbe for å endre de sosiale betingelsene? Når det kommer til helse, livskvalitet og bolig mener jeg det er viktig å holde to tanker i hodet samtidig. På den ene siden kan tiltak for å hjelpe mennesker i en vanskelig situasjon til bedre å mestre utfordringene de møter. Funn fra Artikkel II belyser noen av områdene det kan skje på. Kommunenes boligsosiale tiltak er også eksempler på at dette er et område i stadig utvikling. På den andre siden, som funn fra artikkel II støtter, kan de strukturelle betingelsene i dagens norske boligmarked medføre helsemessige belastninger, for vanskeligstilte, og til noen grad også gjøre flere mennesker vanskeligstilte. Husbankens startlån, og fokus på å få inkludere flere vanskeligstilte på eiemarkedet kan være en måte å endre sosiale betingelser. Men som nevnt i Artikkel I kan gjeldsbelastningen det medfører også gi negative helsemessige konsekvenser. Gir boligmarkedet, sånn som det fungerer i dag unødvendig store belastninger for vanskeligstilte? Og dersom det er tilfellet, hva kan man gjøre med det?

Eierlinja og konsekvenser av økt gjeldsbelastning

Eierlinja er helt sentral i norsk boligpolitikk. Boligeie er så å si det eneste «rasjonelle» valget for folk som har mulighet til å få lån, sett i lys av de positive økonomiske konsekvensene som er assosiert med å eie eiendom og eget hjem. Samtidig søker Husbanken og kommunens virkemidler i stadig større grad å få flere vanskeligstilte inn på boligmarkedet. Her brukes spesielt startlån og bostøtte som virkemidler. Denne satsningen er anerkjent for å gi flere vanskeligstilte mulighet til å ta del i markedet. Ikke minst gjør en status som boligeiere at folk

er skånet for problemene mange møter på det private leiemarkedet. Eierlinja problematiseres i liten grad. Sett i lys av eierlinjas sentrale posisjon i norsk boligpolitikk, og befolkningens økte gjeldsbyrde, ville mer kunnskap om helsekonsekvenser av gjeldsbelastning i forbindelse med boliglån være interessant. I Artikkel I antar jeg at bostøtten er med og demmer opp for noe av usikkerheten gjeldsbelastning kan medføre for lavinntektsfamilier.

Individualisering av velferd og normdannelse i samfunnet

Et relevant tema som ikke er belyst i særlig grad i denne oppgaven er individualisering av velferd og risiko. Boligpolitikken som politikkområde er på mange måter avvikende innen norsk velferdspolitik. Norsk velferdspolitik bygger på et prinsipp om universell tilgang og høy grad av dekommodifisering. Det betyr at grunnleggende velferdsgoder er tilgjengelige for alle og i liten grad behovsprøvd. Denne tilgangen på velferdstjenester innebærer at innbyggernes grunnleggende livsgrunnlag i liten grad avhenger av personer eller husholds deltakelse i finansmarked eller i arbeidsmarked. Denne formen for velferdsgoder innebærer et kollektivt sikkerhetsnett (Stamsø 2009; Tranøy 2008). Boligpolitikken skiller seg i så måte ut ved at anskaffelse av bolig skjer i et marked og at hjelp innenfor dette er strengt behovsprøvd. Samtidig er bolig en viktig investering for mange, og i økende grad også rene investeringsobjekter noen. Gjør dette noe med normdannelsen knyttet til bolig som velferdsgode? Hva betyr det for den kollektive velferden at noen private leietakere både blir avhengig av og bidrar til økt formue til private utleiere? Sett i sammenligning til reguleringer av tilbudssiden av helse og utdanning, hvor norsk politikk tradisjonelt har vært svært restriktiv med å slippe til private tilbydere er dette interessant. Et tilknyttet aspekt er normative aspekter ved boligeie Lowe (2011) hevder at boligeiere i større grad enn andre stemmer mot høyre politisk. Når sosialdemokratiske velferdsstater har iverksatt tiltak for at alle skal kunne eie har dette samtidig medført en dreining mot høyre politisk. Eier man bolig vil man ha interesser innen skattefradrag og annet som assosieres med liberale eller høyreorienterte partier. Lowe (2011) omtaler dette som en ideasjonell vending. Endrer det å eie bolig måten vi tenker på kollektive løsninger på? Hvilke konsekvenser har så det for normdannelse, stigma og situasjonen for de som ikke lever opp til idealet?

Bidrag i sosiale felleskap

Et interessant funn fra Artikkel II er hvordan informantene gjennom etablering i nye nabolag kunne fortelle om seg selv som en ressurs for sine naboer. Det finnes mye forskning om positive effekter av sosiale relasjoner og samarbeid i bomiljø, men fokus er ofte på ringvirkningene av samarbeidet – at man blir kjent, at man får andre som kan hjelpe en i tilfelle man trenger det og

lignende. Hvilken verdi kan det å være nyttig på denne måten, på eget initiativ og som en del av hverdagen ha å si for helse og livskvalitet for vanskeligstilte? I artikkelen har jeg dratt paralleller til forskning knyttet til deltakelse i arbeidslivet, hvor fokus på å kunne bidra er et viktig forskningsområde. Spesielt for mennesker utenfor arbeidslivet vil nabolaget kunne utgjøre en viktig arena. Er det å være bidragsyter i sosiale felleskap på eget initiativ noe annet enn å delta i organiserte aktiviteter hvor en kan bidra? Jeg vil anta at det å bidra på eget initiativ og fordi ens bidrag er verdifullt legger en dimensjon til bidraget som kan være viktig for selvforståelsen.

Bolighistorier som fokusområde i forskning

Som nevnt avslutningsvis i Artikkel II mener jeg ut fra denne studien at nettopp fokus på bolighistorier danner et godt grunnlag for økt forståelse for sammenhengene mellom boligforhold og helse. I artikkelen tar jeg til orde for at etablering av årsakssammenhenger ikke nødvendigvis er det vi trenger for bedre forståelse for sammenhenger mellom boligforhold og helse. Jeg vil her moderere denne påstanden noe. Årsakssammenhenger av komplekse psykososiale forhold vil alltid være noe forenklet. Forståelser av disse er likevel nyttige for iverksetting av egnede tiltak. Kanskje kan mer omfattende studier av bolighistorier også danne grunnlag for bedre og mer nyanserte kvantitative studier av disse sammenhengene? Grønningsæter og Nielsen (2011) etterlyser longitudinelle studier som gir bilde av inn/utflytting, stabilitet og konsekvenser av endringer i bosituasjonen. Slike studier kan være et godt utgangspunkt for å inkorporere bolighistorier i kvantitative studier.

Boligsosial vending i forskning

«Den boligsosiale vendingen» har ikke bare funnet sted i politikken, men også i forskningen. Mye forskning fokuserer på hvordan kommunens boligsosiale tiltak kan bli bedre, mer målrettet og mer effektivt. Denne vendingen kan illustreres av Husbankens ordning med kompetansetilskudd. Husbanken er statens organ for gjennomføring av boligpolitikken og har en viktig rolle i finansiering av relevant forskning. Husbanken tilbyr kompetansetilskudd innen to områder; boligsosialt kompetansetilskudd og kompetansetilskudd til bærekraftig bolig- og byggkvalitet (Husbanken 2013). Jeg tror forskningsprosjekter i større grad må se de vanskeligstiltes posisjon også som en del av helheten, som en del av makronivået. Hva er det med den overordnede boligpolitikken som gjør at så mange trenger hjelp? Med dette mener jeg ikke at det ikke er behov for økt kunnskap om boligsosiale tiltak, men at de i større grad må sees i sammenheng med overordnet boligpolitikk. Her låner jeg Antonovskys skildring av livets elv i sammenheng med helse. Boligsosiale tiltak søker, med økt presisjon og dyktighet å hjelpe mennesker som befinner

seg i boligmarkedets strieste strøm med å komme seg inn i roligere farvann. Kanskje trenger vi også her å se mer på hva som skjer lengre oppe i strømmen, årsakene til at strømmen er så stri og hva eller hvem det er som dytter folk uti strømmen i utgangspunktet.

Referanseliste

- Grønningsæter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Husbanken. (2013) *Kompetansetilskudd*. Tilgjengelig fra: <http://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-kompetansetilskudd/> (lest 08.05.2013).
- Lowe, S. (2011). *The housing debate*. Bristol: The Policy Press.
- Raphael, D. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15 (4): 355-367.
- Stamsø, M. A. (2009). Housing and the welfare state in Norway. *Scandinavian Political Studies*, 32 (2): 195-220.
- Tranøy, B. S. (2008). Bubble, bust and more boom: The political economy of housing in Norway. *Comparative European Politics*, 6 (3): 325-345.

Vedlegg

- Vedlegg 1 Godkjenning av prosjekt fra NSD Personvernombudet for forskning
- Vedlegg 2 Infoskriv med samtykkeskjema
- Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 1: Godkjenning av prosjekt fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Sentraltorget
N-5006 Bergen
Kontor
Tlf: +47 55 58 33 48
Faks: +47 55 58 36 50
nsd@nsd.no
www.nsd.no
Org nr: 955 571 884

Anna M. Kvitelsaa
NTNU Samfunnsforskning AS
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 10.09.2012

Vår ref: 1333 / 13151

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31333	<i>Boiøy og sosial ulikhet i bakte i de vannstøytittes perspektiv</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anna M. Kvitelsaa
Student	Asbjørn Leirstad

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

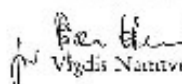
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

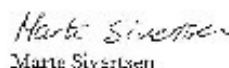
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/lorsk_yndt/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdís Nantvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopit: Asbjørn Leirstad, Klosterheimveien 2, 0665 OSLO

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjekt nr: 31353

Formålet er å undersøke hvilken betydning boligsituasjon har for egen opplevelse av egen helse og livskvalitet. Utvalget omfatter ca. 7-10 personer som har vært i kontakt med kommunalt hjelpeapparat angående boligforhold.

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at følgende tilføyes: "datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet avsluttes, innen 15.11.2013."

Vi ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv for dette gis til utvalget.

Data innsamles ved hjelp av personlig intervju, og registreres ved hjelp av lydopptak som behandles elektronisk. Personvernombudet vurderer at det vil kunne bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

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

Prosjektet skal avsluttes 15.11.2013 og innsamlende opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted, utdanning, yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2: Infoskriv med samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i intervju til min masteroppgave med temaet «Boligforhold og sosial ulikhet i helse»

Jeg er student ved studieprogrammet «Helsevitenskap» ved NTNU i Trondheim og arbeider nå med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for min oppgave er «bolig og sosial ulikhet i helse». Jeg ønsker å finne ut mer om hvilken betydning boligforhold har for helsa vår.

I den forbindelse ønsker jeg å komme i kontakt med personer som har hatt kontakt med det kommunale hjelpeapparat for å få hjelp til å skaffe sted å bo. Du har fått dette infoskrivet av en ansatt i Bærum kommune fordi du har vært i kontakt med dem angående boligspørsmål. Jeg kjenner ikke til din identitet og vil kun vite hvem du er dersom du velger å ta kontakt med meg. Jeg håper du kan tenke deg å være med på dette!

Intervjuet skal handle om din bolig, ditt nærmiljø og hva som er viktig for din helse. Her er jeg ute etter din egen opplevelse av helse – hva du tenker på som viktig for din helse og livskvalitet og om din boligsituasjon har bidratt til å forbedre eller forverre helsesituasjonen. Jeg kommer ikke til å stille spesifikke spørsmål om sykdommer, medisiner eller lignende. Du forteller det du synes er viktig. Intervjuet vil ta omtrent en og en halv time. Vi kan bli enige om sted og tidspunkt. Dersom det er greit for deg vil jeg gjerne gjennomføre intervjuet hjemme hos deg, men det kan også være et annet sted dersom du heller ønsker det. Under intervjuet ønsker jeg å bruke båndopptaker og ta notater.

Det er helt frivillig å være med. Dersom du ønsker å være med på intervju vil all informasjon om deg behandles konfidensielt. I den ferdige oppgaven vil du bli anonymisert, ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen. Dersom du ønsker å trekke deg kan du gjøre det når som helst. All innsamlet informasjon om deg vil bli slettet dersom du trekker deg fra prosjektet. Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet avsluttes, innen 15.11.2013.

Dersom du ønsker å være med på et intervju, eller du lurer på noe, kan du gjerne ringe meg på 92 82 99 37 eller sende meg en e-post til ashildle@stud.ntnu.no. Du kan også kontakte min veileder ved NTNU samfunnsforskning, Anna Kittelsaa på telefon 73 55 10 85 eller e-post anna.kittelsaa@samfunn.ntnu.no

Vedlagt følger skjema for samtykkeerklæring. Dersom du ønsker å delta er det fint om du kan skrive under på dette.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vennlig hilsen

Åshild Leirset
Mobil: 928 29 937

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien om boligforhold og sosial ulikhet i helse, og ønsker å delta på intervju.

Dato:

Signatur:

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledende informasjon

- Jeg presenterer meg selv og prosjektet
- Jeg går gjennom informasjonen som er gitt i informasjonsskrivet
- Jeg spør om det er noe som er uklart eller noe den enkelte lurer på angående prosjektet
- Vi går gjennom samtykkeerklæring og underskriver denne

Bakgrunnsinformasjon

- Alder
- Familiesituasjon/ sivilstatus
- Utdanning
- Arbeidslivstilknytning – type inntekt

Kan du fortelle din bolighistorie? – om hvor og hvordan du har bodd i løpet av livet

- Hvordan bor du i dag?
 - Bor du sammen med noen? Hvem?
 - Hvordan er boligen? (leilighet/rekkehus/hus/kollektiv, størrelse, tilstand)
- Hvor og hvordan har du bodd tidligere?
 - Hvordan fungerte de boligene å bo i for deg?
 - Når har du trivdes best med bolig og nærmiljø? Hvorfor?
 - Når har du trivdes dårligst med bolig og nærmiljø? Hvorfor?
 - Når har du følt deg hjemme?
- Har du fått noe hjelp til å skaffe bolig og til å bo i dem?
- Hvem har hjulpet deg?
- Har de som har hjulpet deg (fra kommunen) hatt samme forståelse av hva som er viktig for deg som du?
- Har denne hjelpen dekt ditt behov for hjelp?
- Hvordan har du opplevd kontakten med kommunens hjelpeapparat?
 - Respektert, ivaretatt, forstått

Bolig og hjem

- Hvem valgte boligen du bor i dag?
 - Hvorfor har de valgt denne boligen til deg?
 - Ville du valgt det samme?
- Føler du deg hjemme i boligen du har nå?
- Hva er et hjem for deg?
 - Hvordan vil du ha det der?
 - Hva bruker du det til?
- Hva er viktig for at du skal føle deg hjemme?
- Er det viktig å ha et hjem? Hvorfor?

Nærmiljø og naboer

- Kan du beskrive nabolaget og nærmiljøet ditt?
 - Hvem er de som bor her?
 - Deler dere fellesområder som parker, lekeplasser
 - Hva gjør man i nærmiljøet her?
- Hvordan bruker du nærmiljøet?
 - Føler du deg hjemme i nærmiljøet?
- Føler du deg anerkjent og respektert?
- Kjenner du naboene dine?
 - Hjelper du naboene dine?
 - Hjelper de deg?
- Er det viktig for deg å ha et godt nabolag og nærmiljø?

Helse og livskvalitet

- Hva vil det si for deg å ha god helse?
- Hvordan vil du beskrive din egen helse?
- Hva har helse å si for hverdagen din?
- Hva trenger du for å ha god helse?
- Når har hatt god helse?
- Når har du hatt dårlig helse?

For de som i perioder har vært hjemløs/bostedsløs

- Hvordan opplevde du å være hjemløs?
- Hvordan ivaretok du helsa di da?
- Fortell litt om utfordringene det ga deg
- Om stabilitet /forutsigbarhet
 - Har du flyttet mange ganger?
 - Hvorfor har du flyttet?
 - Kan du fortelle litt om det?
 - Har du måttet flytte fra steder du ønsket å bli boende?
 - Har du holdt kontakt med venner når du har flytta?
- Er det å ha et fast sted å bo bra for helsa di?
 - Stabilitet – å høre til – å være trygg
 - Livsstil
 - Tilgang på helsetjenester

Marginalisering eller stigmatisering

Eie/leie-dimensjon

- Hva tenker du om forskjellen på å eie og å leie bolig?
- Ønsker du å eie eller leie?
- Ville det å eie egen bolig ha noen betydning for din helse?
- Synes du alle bør kunne ha egen bolig?

- Hva tenker du om det å få bistand fra kommunen til å skaffe eller ivareta bolig?
- Hva tror du andre tenker om å få hjelp til dette?

Om drømmer og framtida

- Hvordan er din drømmebolig?
- Og ditt drømmenærmiljø?
- Hva trenger du for å oppnå den situasjonen?