



# Høgskolen i Sørøst-Norge

## Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 04-05-2017 09:00

**Termin:** 2017 06

**Sluttdato:** 15-05-2017 14:00

**Vurderingsform:** Norsk 6-trinnsskala (A-F)

**Eksamensform:** Masteroppgave

**SIS-kode:** MOPP900 2 MO

**Intern sensor:** (Anonymisert)

### Deltaker

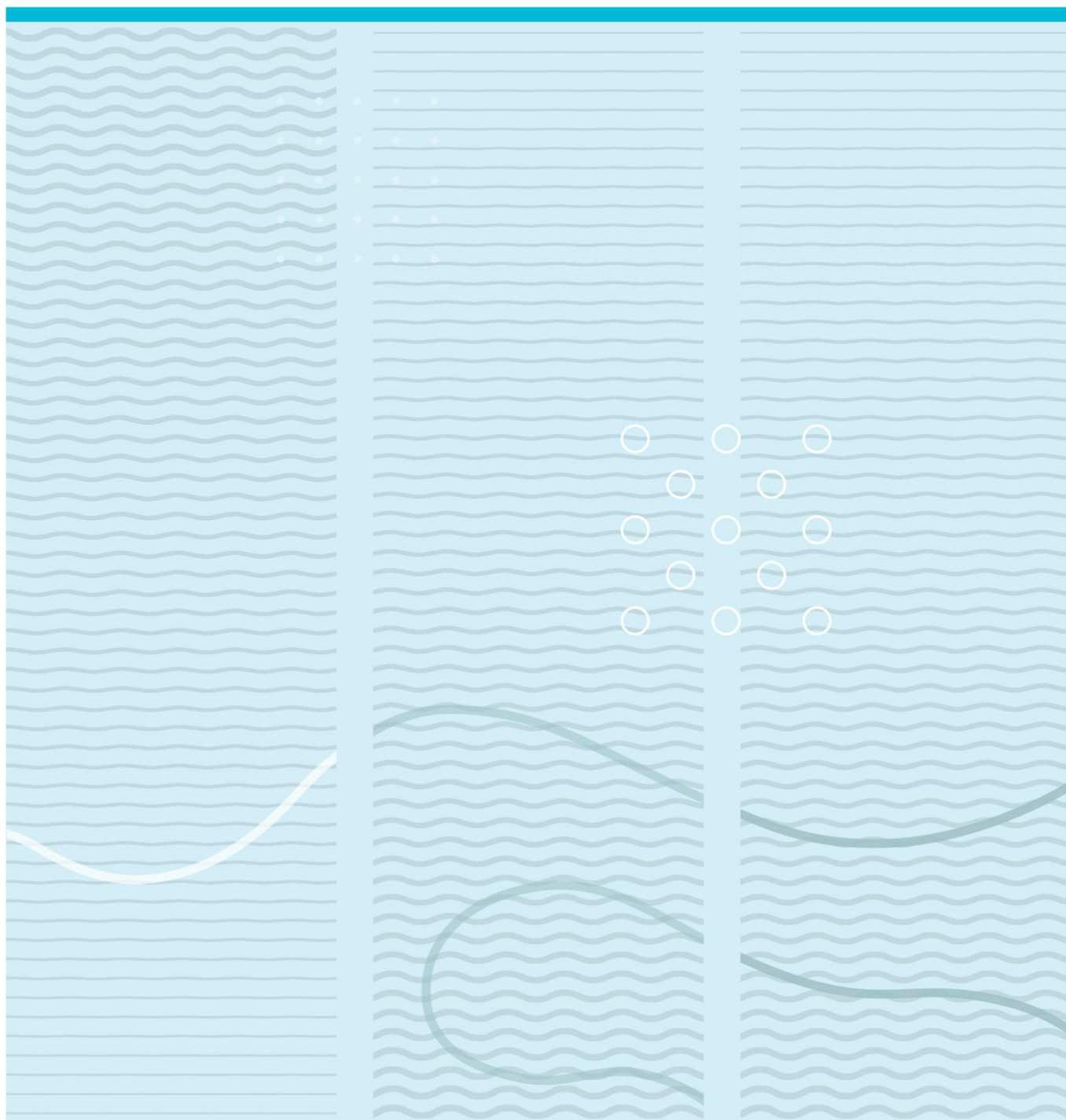
**Navn:** Leena Marjaana Orava

**Kandidatnr.:** 200

**USN-id:** 081345@usn.no

Leena Orava

## **Erfaringer med Housing First etter endt deltagelse**



Høgskolen i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse – og sosialvitenskap  
Institutt for helse, sosial – og velferdsfag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2017 Leena Orava

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Bakgrunn:** I 2013 valgte en norsk kommune å starte opp Housing First (HF) prosjekt som et tiltak i Boligsosial handlingsplan som anbefalt av Helsedirektoratet (2014). I følge Sosial – og helsedirektoratet (2006) har kommunene ansvaret for å tilrettelegge at de fleste beboerne i kommunen skal kunne bo i en egen bolig. Siden personer med psykisk helse – og ruslidelser utgjør en gruppe som er i en vanskelig situasjon og ofte vanskelig å hjelpe, faller disse personene ofte mellom to stoler. Tidligere studier fra andre land støtter også dette, og påpeker ofte utfordringene rundt denne gruppen personer. Studien til Andvig & Hummelvoll (2015) påpekte at personer med HF oppfølging mente at det viktigste med oppfølgingen var å ha en fagperson lett tilgjengelig og kunne bestemme selv om sitt eget liv.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å se på om HF - prosjektet i en norsk kontekst klarer å oppfylle det et HF – tiltak skal bidra med for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Hensikten var også å se nærmere på hvilken måte deltagelsen fremmet recovery-prosessen samt om deltagelsen bidro til bo stabilitet. I tillegg var hensikten med denne studien å generere ny kunnskap om HF i Norge. Problemstillingen var: hvilke erfaringer har deltagerne om HF etter endt deltagelse. Det ble laget to forskningsspørsmål for studien: på hvilken måte fremmet deltagelsen recovery, og på hvilken måte opplevde deltagerne å få bistand fra HF – teamet?

**Metode:** Det ble gjennomført fire individuelle kvalitative intervjuer. Utvalget besto av fire informanter som alle hadde vært deltagere i et HF – prosjekt i en norsk kommune. For å analysere innholdet i intervjuene, valgte jeg å benytte analysemetoden til Lindseth & Norberg (2004). Hensikten med denne metoden er å identifisere og formulere forskjellige temaer fra et intervju som har blitt gjort om til tekst.

**Funn:** Analyseprosessen resulterte i funn som ble kategorisert i tre hovedtema og åtte undertema. Hovedtema nr. en var ”ta tak i en hånd og gå sammen” med undertemaer om støtte, bekreftelse/anerkjennelse og empowerment. Hovedtema to handlet om ”å klare og stå på egne ben” med undertemaer om å takle utfordringer og bli bevisst på

sine muligheter. Hovedtema tre handlet om ”betyr det at jeg er voksen”, med undertemaer om å bli bevisst på handlinger og valg, ta ansvar og økt selvbilde/tillit.

**Konklusjon:** Funnene fra studien kan forstås som at deltagerne i HF - prosjektet kom i en recovery-prosess gjennom deltagelsen, og også etter endt deltagelse. Deltagerne i denne studien erfarte at HF – tilbudet har vært et fleksibelt, tilgjengelig og individuelt tilpasset tilbud. Dette kan forstås som at HF – tilbudet skiller seg ut fra tilbudene deltagerne kjente fra før, på en positiv måte. Dette var noe som bidro positivt til recovery-prosessen og styrket empowerment. De fleste deltagerne opplevde å få bistand til det de ønsket selv, og opplevde bistand i forhold til bosituasjonen. Dette tyder på at HF – tilbudet kan være med på å bistå med bo stabilitet og at personer med psykisk helse – og ruslidelser klarer å mestre å bo i egen leilighet. Funnene fra denne studien kan forstås slik at HF –tilbudet kan være en god oppfølgingstjeneste for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Funnene viser dermed at det er viktig med slik fleksibel, tett og brukerfokusert oppfølging. Studien tyder på at HF – oppfølgingen var avgjørende for at deltagerne kom seg i recovery-prosessen. Funnene i denne studien blir støtte av teori og tidligere forskning gjort på dette feltet.

# Abstract

**Background:** According to the Directorate for Health and Social Affairs (2006), the municipalities are responsible for facilitating possibilities so that most of its residents might live in their own homes. Since people with mental health issues and substance abuse disorders constitutes a group that is in a difficult situation and often difficult to help, these people often fall between two chairs. Earlier studies from other countries also support this and often point out the challenges for this group of people. The study of Andvig & Hummelvoll (2015) pointed out that people with Housing First (HF) follow-up felt that the follow-up was good and the most important thing was to have a professional person easily available, and to be able to make their own decisions regarding their own lives.

**Aim:** The aim of this study was to look at whether the HF project in a Norwegian context manages to fulfill an HF measure to contribute to people with mental health issues and substance abuse disorders. The purpose was also to find out how participation contributed to the recovery process and whether participation contributed to the housing stability. In addition, the purpose of this study was to generate new knowledge about HF in Norway. The problem to be addressed was which experiences the participants have of HF after their participation. Two research questions were formed for the study: how did the participation promote recovery and in what way did participants experience assistance from the HF team?

**Method:** Four individual qualitative interviews were conducted. The selection consisted of four informants who were all participants in a HF project in a Norwegian municipality. To analyze the content of the interviews, I chose to use the analytical method for Lindseth & Norberg (2004). The purpose of this method is to identify and formulate different themes from an interview that has been converted into text.

**Findings:** The analysis process resulted in findings that were categorized into three main themes and eight sub-themes. The main theme one was "grab a hand and go together" with the sub-themes support, confirmation/ recognition and empowerment. Main theme two was about "manage to stand on your own feet" with sub-themes dealing

with challenges, and consciousness of possibilities. The main theme of three was "does it mean I am an adult?" with sub-themes become aware of actions and choices, taking responsibility and increased self-esteem.

**Conclusion:** The findings from the study can be understood as that participants in the HF project started a recovery process through participation and also after participation. Participants in this study found that the HF follow-up was flexible, accessible and individually tailored. This can be understood as that the HF follow-up differs from the offers that the participants had previously known, in a positive way. This was something that contributed positively to the recovery process and strengthened empowerment. Most participants experienced assistance to what they wanted and experienced assistance in relation to the living situation. This suggests that the HF follow-up can help people with mental health issues and substance abuse with housing stability, and that will help them to manage living in their own apartment. The findings from this study can be understood as that the HF follow-up can be a good follow-up service for people with mental health issues and substance abuse disorders. The findings show that it is important with such flexible, close and user-focused follow-up. The study suggests that the HF follow-up was crucial for the participants to start the recovery process. The findings in this study are supported by theory and previous research done in this field.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag.....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>7</b>
<b>Forord.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>10</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	10
1.2 Hensikt og problemstilling .....	11
1.3 Oppgavens oppbygning .....	12
<b>2 Teoribakgrunn og tidligere forskning .....</b>	<b>13</b>
2.1 Teoribakgrunn.....	13
2.1.1 Housing First modellen .....	13
2.1.2 Housing First i Norge.....	14
2.1.3 Recovery .....	16
2.1.4 Empowerment .....	17
2.1.5 Brukermedvirkning.....	18
2.1.6 Salutogenese og opplevelse av sammenheng.....	19
2.2 Tidligere forskning .....	20
2.2.1 Recovery og Housing First .....	20
2.2.2 Brukermedvirkning og livskvalitet .....	21
2.2.3 Bostabilitet og Housing First.....	22
<b>3 Design .....</b>	<b>24</b>
3.1 Fenomenologi og hermeneutikk.....	24
3.2 Metode .....	25
3.2.1 Metodekritikk.....	25
3.3 Utvalg og rekruttering .....	26
3.4 Gjennomføring av intervju .....	27
3.5 Transkribering og analyse.....	28
3.5.1 Validitet .....	30
3.6 Ethiske aspekter .....	31
<b>4 Presentasjon av funn .....</b>	<b>33</b>
4.1 "Ta tak i en hånd og gå sammen" .....	34
4.1.1 Å få støtte .....	34
4.1.2 Bekreftelse og anerkjennelse .....	35



4.1.3	Empowerment .....	36
4.2	"Klare å stå på egne bein" .....	38
4.2.1	Takle utfordringer .....	38
4.2.2	Bevissthet på sine muligheter .....	39
4.3	"Betyr det at jeg har blitt voksen?" .....	40
4.3.1	Å bli bevisst på egne handlinger og valg.....	40
4.3.2	Ta ansvar .....	41
4.3.3	Økt selvbilde.....	42
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>44</b>
5.1	Empowerment og gjenvinning av kontroll over eget liv.....	44
5.2	Reetablering av en positiv personlig og sosial identitet .....	48
5.3	Tilhørighet, håp og mening .....	52
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>56</b>
6.1	Forslag til videre forskning og implikasjoner.....	57
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>58</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>63</b>

# Forord

Jeg ønsker å takke min veileder som gitt meg mange gode råd og god veiledning. Jeg ønsker også å takke alle informantene som ønsket å være med i denne studien. Videre takker jeg også Husbanken for kompetansetilskudd.

Drammen, 10. mai 2017

Leena Orava

# 1 Innledning

I følge Helsedirektoratet (2014) bør kommuner sørge for gode og trygge boforhold for sine innbyggere. Dette innebærer også tilpasset tilbud for hver enkelts behov med nødvendige oppfølgingstjenester. Slike oppfølgingstjenester i bolig og nærmiljø bør ta utgangspunkt i den enkeltes behov og legge til rette for aktiv deltagelse i denne prosessen, slik at den helhetlige psykiske helsen blir ivaretatt. Målet er at hver enkelt som mottar slike tjenester selv skal mestre sine utfordringer (Helsedirektoratet, 2014). Den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid, *Bolig for velferd* (Departementene, 2014) har som et mål at alle skal ha et godt og egnet sted å bo. Flere helsepolitiske føringer understreker viktigheten av gode sammensatte tjenester for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Tjenestene skal være koordinerte, langvarige og fremme mestring og brukervedvirkning. Tjenestene skal komme inn i en tidlig fase. Disse tjenestene skal styrke tjenestemottagerens egne ressurser og bidra til at brukeren mestrer boforholdet, slik at alle har muligheten til å bo i et eget hjem (Departementene, 2014: Meld. St. 17 (2012-2013); Meld. St. 29 (2012-2013); Meld. St. 30 (2011-2012); NOU 2011:15; Helse- og omsorgsdepartement, 2015).

Kommunene har en stor rolle i det boligsosiale arbeidet og i arbeidet med personer med psykisk helse – og ruslidelser. Rundt 50 kommuner med store boligsosiale utfordringer har inngått et samarbeid med Husbanken. Ett av innsatsområdene er vanskeligstilte på boligmarkedet, noe som omfatter personer med rus og/eller psykiske lidelser. For denne gruppen er det spesielt viktig å få gode sammensatte tjenester hjemme, i tillegg til tett oppfølging slik at alle mestrer å bo. I henhold til dette skal kommunene prioritere ambulante og oppsøkende tiltak, som Housing First (HF), som tar utgangspunktet i at bolig er et grunnleggende behov som gir videre muligheter for å arbeide rundt andre utfordringer (Departementene, 2014).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2013 valgte en norsk kommune å starte opp HF prosjekt som et tiltak i Boligsosial handlingsplan som anbefalt av Helsedirektoratet (2014). I følge Sosial – og helsedirektoratet (2006) har kommunene ansvaret for å tilrettelegge for at de fleste

beboerne i kommunen skal kunne bo i en egen bolig. Dette innebærer også personer med psykisk helse – og ruslidelser (Sosial – og helsedirektoratet, 2006). Siden personer med psykisk helse – og ruslidelser utgjør en gruppe som er i en vanskelig situasjon og ofte vanskelig å hjelpe, faller disse personene ofte mellom to stoler. Tidligere studier fra andre land støtter også dette og påpeker ofte utfordringene rundt denne gruppen personer. Studien til Andvig & Hummelvoll (2015) påpekte at personer med HF oppfølging opplevde god oppfølging, og mente at det viktigste med oppfølgingen var å ha en fagperson lett tilgjengelig og selv kunne ta avgjørelser om sitt eget liv. Resultatene fra denne studien kan bidra til at det psykiske helsearbeidet i kommunehelsetjenesten kan tilpasses bedre for personer med psykisk helse – og ruslidelser med boligproblematikk, som ofte har vanskeligheter med å passe inn i allerede eksisterende rammer. Videre kan denne studien bidra til å vurdere etablering av et nytt tilbud.

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne studien var å se på om HF - prosjektet i en norsk kontekst klarer å oppfylle det et HF – tiltak skal bidra med for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Hensikten var også å se nærmere på hvilken måte deltagelsen fremmet recovery-prosessen, samt om deltagelsen bidro til bo stabilitet. I tillegg var hensikten med denne studien å generere ny kunnskap om HF i Norge. Redegjørelsen for studiens bakgrunn og formål i forrige punkt dannet grunnlaget for valg av problemstillingen i denne studien. Problemstillingen i studien lyder som følger:

**Hvilke erfaringer har deltagere om Housing First etter endt deltagelse?**

Problemstillingen er omfattende og jeg har valgt å avgrense studien til fire personer som hadde vært deltagere i et Housing First – prosjekt i en norsk kommune. Disse fire informantene delte sine personlige erfaringer og opplevelse om deltagelsen i HF. For å avgrense problemstillingen til et mer håndterbart nivå valgte jeg å ha følgende forskningsspørsmål i studien:

- På hvilken måte fremmet deltagelsen recovery?
- På hvilken måte opplevde deltagerne å få bistand fra HF – teamet?

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Denne oppgaven inneholder seks forskjellige hoveddeler. I innledningen presenterte jeg bakgrunn for valg av tema, problemstillingen og hensikten av denne studien. Teoridelen presenterer relevant teoribakgrunn og tidligere forskning som er relevant for oppgaven. I design-kapittelet presenterer jeg valg av metode, utvalg, gjennomføring av intervju, analyseprosessen og etiske aspekter ved denne studien. Den fjerde delen tar for seg presentasjon av funn, hvor funnene blir presentert. Etter funnene følger diskusjon hvor funnene fra studien blir diskutert opp mot teori og tidligere forskning. Siste delen, konklusjon, inneholder oppsummerte funn og besvarelse på forskningsspørsmål. Siste delen vil også inneholde forslag til videre forskning og implikasjoner.

## 2 Teoribakgrunn og tidligere forskning

I dette kapitlet har jeg presentert den teoretiske bakgrunnen for studien samt tidligere relevant forskning. Det har blitt presenter teori om HF, HF i Norge, recovery empowerment og teorien til Aaron Antonovsky om salutogenese og opplevelse av sammenheng.

### 2.1 Teoribakgrunn

#### 2.1.1 Housing First modellen

HF modellen ble først introdusert i New York på begynnelsen av 1990- tallet. Denne kunnskapsbaserte modellen ble utviklet av Sam Tsemberis. Han mente at HF, i motsetning til den tradisjonelle "trappetrinns modellen", kunne bidra bedre til å stabilisere boforhold og generell bostedsløshet hos personer med rus og/eller psykiske lidelser (Tsemberis, 2010). HF metodikken bygger på følgende prinsipper:

- Bosted er en menneskerett. Dette innebærer at alle har rett til å bo trygt og godt.
- De ansatte skal vise varme, respekt og medfølelse for alle deltagere.
- Forpliktelse til å bistå alle deltagere så lenge deltageren ønsker det.
- Spredte boliger istedenfor boliger hvor alle med samme type problematikk har blitt samlet, slik at deltagerne kan integrere seg i et vanlig bomiljø
- Skille mellom bolig og tjenester. Dette betyr at oppfølgingen er ikke avhengig av bolig. Tjenestene og oppfølgingen følger deltageren.
- Brukerstyring og brukermedvirkning som innebærer at deltageren kan selv velge hvor han ønsker å bo og hva han ønsker bistand til.
- Recoveryorientert tilnærming som en del av oppfølgingen.
- Skadereduksjon kommer først, ikke total rusfrihet. Deltageren skal selv definere hvordan han kan oppnå skadereduksjon, og rusfrihet er ikke et krav.

(Tsemberis, 2010; Pleace, 2016)

I følge Tsemberis (2010) kan HF tilby verdighet og tenne håp hos personer som ofte har blitt behandlet med lite verdighet og har opplevd håpløshet i mange år. Overgangen fra å være bostedsløs til å ha et hjem kan være starten på en psykisk – og fysisk tilfriskning, og vil kunne endre individets status fra utstøtt til et verdsatt medlem av samfunnet. HF fremmer selvbestemmelse blant personer med psykisk helse – og ruslidelser. HF starter med å anskaffe et hjem først. Tanken bak dette er at ved å ha et eget hjem vil grunnlaget for trygghet og sikkerhet være sterkere. Med godt etablert trygghet og sikkerhet rundt personer med psykisk helse – og ruslidelser vil veien til andre tjenester være kortere og lettere å opprettholde (Tsemberis, 2010).

I følge Tsemberis (2010) skal HF teamet være sammensatt av fagpersoner med forskjellige bakgrunn. Tilbudet skal være tverrfaglig, brukerstyrt og individuelt tilpasset. Oppfølgingen skal være tett, og det skal være hjemmebesøk hver uke for å skape større sikkerhet rundt deltageren. Tanken med HF – metodikken er at recovery begynner allerede når brukermedvirkningen starter. Målene er satt av deltagerne selv, noe som fremmer motivasjon (Tsemberis, 2010). Det blir også lagt vekt på at ansatte i HF – teamet skal være tro mot recovery-tilnærmingen, og skal ha genuin vilje til å hjelpe og bry seg om deltagerne. Tett oppfølging og hjemmebesøk skal være grunnleggende for å etablere en godt og tett relasjon mellom de ansatte og deltagerne. HF - metodikken mener at når deltageren får en god relasjon med ansatte, kan det være lettere å være åpen om utfordringer og lettere å be om hjelp. I tillegg vil ansatte lettere oppdage eventuelle bekymringsfulle endringer i atferd. Det kan for eksempel dreie seg om endrede ADL – ferdigheter, sosial atferd og boforhold slik at skadereduksjon kan startes tidlig (Tsemberis, 2010).

### 2.1.2 Housing First i Norge

HF har blitt prøvd i Norden med gode resultater. Det første HF- prosjektet i Norge ble startet opp i 2012. I januar 2017 hadde 18 norske kommuner kommet i gang med HF som er basert på HF – metodikken fra Nord Amerika (Husbanken et al., 2016). Husbanken står sentralt i arbeidet med vanskeligstilte på boligmarkedet og er en av de viktigste organene til å gjennomføre boligpolitikken om at alle skal kunne bo trygt og godt.

Tidligere forskning om HF er begrenset i Norge. Det eksisterer lite forskning på HF, trolig på grunn av at HF fortsatt er nytt i Norge. Det kommer frem i kartleggingen til Snertingdal (2014) at entusiasmen for HF i Norge er stort, men det finnes stor variasjon i deltagergruppen og organiseringen i HF tiltakene i Norge. Målsetningene for de norske HF tiltakene er like, men en del av tiltakene avviker noe fra den originale modellen (Snertingdal, 2014). Sluttrapporten om HF i Norge (Snertingdal & Bakkeli, 2015) viser god bo stabilitet blant deltagerne. Rapporten viste også til varierte resultater når det gjelder recovery-prosessen. Det kom frem at deltagerne mente at oppfølgingen fra HF team var viktig i deres livssituasjon, og de satte pris på de gode relasjonene med ansatte (Snertingdal & Bakkeli, 2015).

For å øke kompetansen om HF i Norge og for å inspirere kommuner til å starte med HF ble det laget metodehåndbok for HF i Norge. *Housing First, Metodehåndbok* (Husbanken et al., 2016) gir praktisk informasjon om hvordan HF – program kan bidra til forebygging av bostedsløshet. Håndboken presenterer også hvordan to kommuner har valgt å gjennomføre sitt HF – program, og hva som blir lagt vekt på. Håndboken tar også for seg hvordan Norge kan tilpasse HF – metodikken som i utgangspunktet er basert på det Nord Amerikanske systemet (Husbanken et al., 2016).

Rapporten *Housing First – muligheter og hindringer for implementering i Norge* (Rambøll, 2012) har som formål å se nærmere på mulige hindringer for implementering HF – program i en norsk kontekst. Rapporten var et oppdrag fra Husbanken. Det ble arrangert en ”workshop” hvor kommuner, Husbanken, Helsedirektoratet og en forsker bidro med å se nærmere på hindringer og muligheter med implementering. Tre elementer ble vektlagt: tilgang til bolig, møte med beboere, og organisering av bo oppfølging (Rambøll, 2012). Tilgang til bolig ble sett på som utfordrende siden flere kommuner allerede har mangel på boliger. På det private markedet kunne det være utfordrende å skaffe bolig til brukergruppen. Bruken av kommunale boliger kunne også være et hinder for integrering i lokalt bomiljø. Hindringer i forhold til møte med beboeren kunne dukke opp når det var mange forskjellige enheter innad en kommune, med hver sin kompetanse, som skulle følge opp beboeren. En av hindringene kunne også være forskjellige verdier og oppfølgingsmetoder innad i enhetene. Under punktet



organisering av bo oppfølging kom de institusjonelle barrierene frem, som handlet om forskjellen mellom første – og andrelinjetjenester. Forskjellige målsettinger, visjoner og begrepsforståelse kunne skape utfordringer, samt hvem som skulle finansiere tiltaket. Spredd ansvar for bostedsløse i kommuner ble også sett som en hindring for HF – tiltaket, noe som kan påvirke tilpassingen av bo oppfølgingen etter beboerens behov (Rambøll, 2012).

Den forskningsbaserte evalueringen til Andvig, Bergseth, Karlsson & Kim (2016) tydet på at HF-tiltak i en norsk kommune bidro til mindre bostedsløshet, og til at målgruppen kunne bo trygt og godt samt få økt bo stabilitet. Det kom også frem at deltagerne opplevde å få god hjelp fra HF – teamet til å klare å bo i egen leilighet. Funnene i studien tydet også på at som et resultat av bo stabilitet og oppfølging fikk deltagerne mer håp om framtiden, i tillegg til å få noe meningsfylt å gjøre, noe som er sentralt i recovery-prosessen. Resultatene tydet også på at deltagerne opplevde større kontroll over eget liv og livssituasjon, samt fikk økt tro på seg selv. Studien tydet på at det å få oppfølging og bolig bidro til å skape ro, stabilitet og trygghet. Det kom frem at mange av deltagerne mente at støtten fra HF – teamet bidro generelt til et bedre liv. Studien bekreftet at HF – prosjektet lyktes med å prøve ut nye systemer for tjenestekoordinering, og hadde tatt i bruk nye arbeidsmetoder innen det boligsosiale arbeidet der bolig og tjenester har sammenheng (Andvig et al., 2016).

### 2.1.3 Recovery

Recovery er et vidt begrep som beskrives blant annet som en tilnærming, en modell, en filosofi, en visjon og en bevegelse (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Helsedirektoratet (2014, s. 31) beskriver recovery følgende:

Recovery er et faglig perspektiv som gtar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensingene problemet kan forårsake. (...)”Å komme seg” eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere ulike psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene.

For mange handler recovery om å lete og finne sine egne ressurser, bygge håp om et bedre liv og styrke psykisk helse med troen på et meningsfullt liv. Recoveryprosessen handler ikke bare om personens reise, men inkluderer også mennesker rundt, som for eksempel familie, kollegaer og fagpersoner. Ofte er de sosiale betingelser rundt viktige i prosessen (Borg et al., 2013). Borg & Topor (2014) utdyper at recovery-prosessen også vektlegger kontekstuelle forhold rundt personen, som omfatter et godt inkluderende lokalmiljø, stabil og trygg økonomisk situasjon, et trygt sted å bo, meningsfull aktivitet og godt sosialt nettverk. Recovery foregår i hverdagen, på ulike arenaer. Det kan handle om å utvikle forskjellige måter å håndtere de ulike problemene en kan ha, som for eksempel psykisk helse – og ruslidelser, og i tillegg handler det om de sosiale konsekvensene av disse problemene (Borg & Topor, 2014).

Det kan trekkes fram fem punkter i recovery prosessen som står sentralt (Borg et al., 2013; Leamy, Bird, Boutillier, Williams & Slade, 2011). Disse fem punktene er følgende: 1. Empowerment og kontroll over sitt eget liv, 2. Styrke og reetablere sosial – og personlig identitet, 3. Å ha håp og optimisme om framtid som innebærer positiv tankegang, 4. Å finne mening i livet i form av meningsfulle sosiale roller og mål og livskvalitet, 5. Tilhørighet med andre i form av sosial inkludering i nærmiljø og personlig forhold (Borg et al., 2013; Leamy et al., 2011).

#### 2.1.4 Empowerment

Empowerment er et begrep som blir brukt ofte innen for helse – og sosialfagene. Begrepet handler om å få makt, slik at den avmektige får økt selvtilit og selvbylde, samt økte kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2012). I følge Helsedirektoratet (2014) er empowerment et sentralt element i recovery-prosessen. I psykisk helsefremmende arbeid kan empowerment beskrives som en prosess som gjør at menneskene får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse (WHO, 1998). Empowerment har blitt definert følgende:

Empowerment may be a social, cultural, psychological or political process through which individuals and social groups are able to express their needs, present their concerns, devise strategies for involvement in decision-making, and achieve political, social and cultural action to meet those needs. Through such a process people see a closer correspondence between their goals in life and a sense of how to

achieve them, and a relationship between their efforts and life outcome (WHO, 1998, s. 6).

Empowerment handler om individets egne ressurser og at individet er selv i stand til å definere sine egne problemer og finne løsninger til disse problemene i felleskap med andre (Helsedirektoratet, 2014). I en slik situasjon opplever den enkelte ofte støtte fra en fagperson (Askheim, 2012). Dette kan ses som deling av personlig makt, noe som ofte oppstår i situasjoner som innebærer for eksempel veiledning eller rådgivning. Slik omfordeling av makt betyr ikke at noen av partnere taper makt, og minst en av partnere skal ha fått mer makt etter deling av personlig makt (Starrin, 2008, s. 67). Empowerment i praksis kan handle om at individet blir styrket slik at man kan få i gang prosesser som kan styrke deres selvkontroll. I praksis kan dette handle om å få økt selvbilde, bedre selvtilit og økte kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2012). I følge Askheim (2012) sidestilles ofte empowerment med mestring innenfor en rehabiliteringskontekst. I en slik rehabiliteringskontekst handler empowerment om å få den enkelte til å mobilisere styrkene og ressursene sine, slik at den enkelte kan mestre hverdagen med sine utfordringer og oppleve dermed kontroll over sitt eget liv (Askheim, 2012).

### 2.1.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal fremme muligheter for økt funksjonsnivå og recovery. Det innebærer også likeverdig samhandling mellom to personer, som for eksempel pasient og helsepersonell (Herheim & Langholm, 2006). Sosial – og helsedirektoratet (2006, s. 14) mener at brukermedvirkning på individnivå skal innebære følgende:

- Brukere har innflytelse på egen behandling
- Brukere har tillit til egen behandler / tjenesteutøver og opplever å bli møtt med respekt
- Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har individuell plan
- Brukere får tilstrekkelig informasjon
- Pårørende ivaretas
- Brukere har tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksetablering

Det er viktig at brukermedvirkning ikke oppleves som belastning for pasienten og det skal brukes som en metode for godt samarbeid og medinnflytelse (Sosial – og helsedirektoratet, 2006). Å få økt innflytelse i sin egen behandling gjør at pasienten blir

mer aktiv, noe som fører til mestringsfølelse og opplevelse av kompetanse om egen situasjon (Storm, 2009).

### 2.1.6 Salutogenese og opplevelse av sammenheng

I følge Antonovsky (2012) er helse et kontinuum hvor hver enkelt beveger seg gjennom livet mellom sykdom og sunnhet. Han utviklet denne teorien om salutogenese som motvekt til patogenese. Salutogenese handler om hvor på denne kontinuumet man befinner seg. Patogenese tar utgangspunkt i at sykdommer er forårsaket av for eksempel bakterier og det psykososiale rundt mennesker. Salutogenese fokuserer på hva som fremmer helse, både psykisk og fysisk, og hva som kan bidra til økt mestring og velvære hos mennesker. Når helsen blir fremmet vil man bevege seg mot helseenden av kontinuumet. Det er ofte mange forskjellige faktorer som påvirker denne bevegelsen på kontinuumet. (Antonovsky, 2012).

Antonovsky (2012) mener at personens muligheter for mestring av sin egen situasjon og salutogenese er avhengig av opplevelsen av sammenheng (OAS). Antonovsky (2012, s.41) definerer OAS følgende:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som er verdt å engasjere seg i.

OAS avgjør at personen beholder plassen sin på helse kontinuumet og eventuelt kan bevege seg nærmere mot retningen helse. OAS, som tar utgangspunkt i salutogen tankemåten, består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Forutsetningen for god mestring av sin egen situasjon er kontroll over disse tre faktorene (Antonovsky, 2012). Begripelighet innebærer at noe oppleves som strukturert og tydelig, noe som ligger til grunn for håndterbarhet. Håndterbarhet handler om i hvilken grad personen opplever at han har tilstrekkelige ressurser til å kunne takle utfordringene han møter. Når personen har en sterk opplevelse av håndterbarhet vil han ikke føle seg som et offer, og dermed vil han kunne å takle nedturene i livet bedre. Den tredje komponenten, meningsfullhet, handler om i hvilken grad personen opplever at livet er følelsesmessig forståelig, og se på utfordringer som

noe som er verdt å bruke krefter på og ikke som en uoverkommelig belastning. Forskjellige personer skårer ulikt på hver av de tre faktorene (Antonovsky, 2012).

Meningsfullhet er i følge Antonovsky (2012) en av de viktigste komponentene i OAS på grunn av dens knytting til motivasjon og følelser. Uten denne faktoren vil man ikke skåre høyt på de to andre faktorene, begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 2012). Den nest viktigste faktoren i følge Antovnovsky (2012) er begripelighet, siden høy skåring på håndterbarhet krever forståelse, noe som er sentralt i begrepet begripelighet. Håndterbarhet er ikke uten betydning, til tross for at den ikke er blant de viktigste faktorene. Uten håndterbarhet kan man oppleve at man ikke har nok ressurser, noe som kan svekke opplevelsen av mening og viljen til å mestre diverse situasjoner (Antonovsky, 2012).

## **2.2 Tidligere forskning**

### **2.2.1 Recovery og Housing First**

Økt livskvalitet kan videre bidra til recovery, og dette er noe som HF kan bidra med (Pattersson, et al. 2013a; Gonzalez & Andvig, 2015a). Det har blitt påvist at personer med HF-oppfølgning vurderer sin helhetlige recovery som mer positiv enn personer som fikk tradisjonell oppfølging. Det ble ikke vurdert negativ recovery blant personer med HF oppfølging, i motsetning til personer med tradisjonell oppfølging (Patterson, Rezansoff, Currie & Somers, 2013b). Studien til Polvere, Macnaughton & Piat (2013) tydet på at HF oppfølging kan føre til recovery siden deltageren opplevde å ha fått endret identitet, noe som ble opplevd positivt og meningsfylt.

Davidson et al., (2006) beskrev at recovery er en interaktiv reise, som krever en hel sosial sammenheng utstyrt med betydninger i stedet for bare å bygge sosiale bånd og relasjoner innen nettverket personen har. Følelsen av tilhørighet og deltagelsen i samfunnet var en del av de viktigste elementene for recovery. Det kom frem at det var viktig for recoveryprosessen å ha et eget sted, hvor det var mulig å trekke seg tilbake til og ha et pusterom. Det ble også beskrevet at det var viktig å ha en fagperson tilgjengelig som kunne lytte til deltageren. Det ble også satt pris på at fagpersonen kunne følge deltageren og hans valg istedenfor å bestemme for deltageren (Davidson et al., 2006).

Tidligere forskning viser at det å ha sitt eget hjem kan oppleves som å ha et sted for å "vokse", utvikle seg og ha kontroll over sitt private – og sosiale liv. Å ha en slik trygg base skapte trygghet og forutsigbarhet. Et slikt sted førte videre til økt opplevelse av recovery og utviklingen av det (Borg, et al. 2005; Gonzalez & Andvig, 2015b). Watson (2012) skrev i studien sin at å ha et stabilt miljø rundt seg bidro til ontologisk stabilitet, noe som er et viktig element for recovery. En av de viktigste delene av HF var å ha valgalternativer og løsninger for utfordringer. Dette støttet også studien til Slade (2012), som understreket at de viktigste elementene for recovery var å få hverdagslige løsninger for hverdagslige problemer, noe som HF oppfølging kunne tilby. Borg et al. (2006) fant i studien sin at det tydet på at en av grunnene for å tilby valg var å skape oppfølging som er mer meningsfull for deltageren. Dette førte til at deltageren følte eierskap og stolthet over sine egne gjennomføringer, som videre bidro til recovery (Borg, et al. 2006).

Resultatene fra studien til Gonzalez & Andvig (2015a) tydet på at å det å ha et hjem var en start for rehabilitering og recoveryprosessen. I følge studien var det viktig å ha kontinuerlig tilgang til en veileder som kunne tilby emosjonell og terapeutisk støtte i tillegg til pedagogisk og praktisk veiledning. Å oppnå autonomi var viktig, noe som også bidro positivt til recovery - og integreringsprosessen. De holdningene og verdiene som leietakerne erfarte som mest betydningsfulle hos veilederne var i tråd med kjerneverdier i HF tilnærmingen og recoveryprosessen (Gonzalez & Andvig, 2015a).

### 2.2.2 Brukermedvirkning og livskvalitet

Herheim & Langholm (2006) påpekte i studien sin at det å ha tilfredsstillende livskvalitet er viktig for alle. Livskvaliteten til hver enkelt kunne ofte bli negativt preget av hendelser i livet og hverdagen. Livskvaliteten var spesielt sårbar for personer med psykisk helse – og ruslidelser, og var i utgangspunktet lavere enn for folk flest (Herheim & Langholm, 2006). Det viste seg at å få HF oppfølging ga en sterkere følelse av økt livskvalitet enn å få tradisjonell oppfølging (Henwood, Matejkowski, Stefanic & Lukens, 2014; Padgett, 2007; Patterson, et. al., 2013a; Wolf, Burnam, Koegel, Sullivan & Morton, 2001).

Den tidligere studien til Wolf, et al. (2001) tydet på at de faktorer som påvirket mest på livskvalitet, var generell helse og personens egne ferdigheter for selvhjelp. Disse faktorene er begge tilstede i HF metodikken, med mål om å lære deltagere selvstendighet og skadereduksjon (Tsemberis, 2010).

I den norske studien til Andvig & Hummelvoll (2015) om HF kom det frem at oppfølgingstilbudet HF betydde mye for deltagerne. Det kom frem at en slik tett oppfølging, som tok utgangspunkt i deltagerens egne behov og ønsker, kunne være med på å bidra positivt til økt livskvalitet. Det ble lagt vekt på hvor viktig det var at deltageren selv var aktiv i sin recovery-prosess, slik at HF veilederen og deltageren ble et team med felles mål (Andvig & Hummelvoll, 2015).

### **2.2.3 Bostabilitet og Housing First**

Funnene fra studien til Patterson, et al. (2013a) viste at deltagere med HF oppfølging hadde bedre bostabilitet enn deltagere som fikk tradisjonell oppfølging. Dette tydet på at HF - tilbudet kunne bidra til å beholde bolig. Studier gjennomført i Europa støttet disse resultatene, og funnene viste økt bostabilitet blant deltagerne som fikk HF oppfølging (Bucsh-Geertseema, 2014; Pleace, 2016; Pearson, Montgomery & Locke, 2009). Studien til Benjaminsen (2013) viste at HF - tilbudet i Danmark klarte å bidra til økt bostabilitet blant deltagerne. En viktig del av resultatene var tett og målrettet oppfølging (Benjaminsen, 2013). Dette støttet også studien til Pearson et al., (2009) som påpekte at for å opprettholde bostabilitet krevdes det fleksible og mottagelige tjenestetilbud som fokuserte på å hjelpe mennesker til å beholde bolig.

I følge studien til Andvig, Lyberg & Gonzalez (2013) ga egen bolig økt kontakt med nettverket, bedrer helse og livskvalitet. Funnene fra studien støttet opp HF tilbud og metodikk. Det kom også frem at det kunne være uheldig å samle personer med psykiske helseproblemer på samme sted, siden det kunne skape utrygghet, dårlig boforhold og forhindre integrering i nærmiljøet (Andvig et al., 2013).

Funnene fra studien til Padgett (2007) tydet på at egen bolig kunne øke ontologisk sikkerhet blant personer med psykiske lidelser (Padgett, 2007). Deltagere i studien rapporterte om opplevelsen av følelsen av kontroll, muligheten til å delta i daglige

rutiner, og de formidlet også følelsen av privatliv. Egen leilighet ga et grunnlag til å begynne å starte identitetskonstruksjon, noe som dannet grunnlag for et stabilt hjem. Studien tydet på at stabilt boforhold som HF bidro til, var en grunnleggende byggestein for sikkerhet (Padgett, 2007).

Resultatene til Gonzalez & Andvig (2015b) viste at erfaringene fra overgangen til å ha et hjem viste seg til å være et vendepunkt til et nytt liv: overgangen tilbød en lettelse fra vanskeligheter, fremmet en endret identitet, ga nytt initiativ til nytt engasjement i livet og ga positiv holdning i forhold til mulige nye vanskeligheter i livet. Det kom også frem at det å ha et hjem var en viktig faktor for stabilitet, mestring av grunnleggende behov, aktiviteter og hverdagslige utfordringer. Å ha et eget hjem ble sett som en arena for å ha kontroll, sikkerhet og autonomi. Å ha et eget hjem bidro også til å takle sin egen sykdom, og forbedring av egne ressurser. I tillegg kom det frem at et eget hjem fungerte som en base som gjorde det lettere å integrere seg i sosiale situasjoner, opprette nye nettverk, og gjenoppta kontakten med gammelt nettverk og bedre sosiale ferdigheter (Gonzalez & Andvig, 2015b).



### **3 Design**

I dette kapittelet har jeg reflektert over hvordan denne empiriske studien ble gjennomført og hva som lå til grunn i forhold til vitenskapelig ståsted. Dette har jeg gjort ved å gjøre rede for fenomenologi og hermeneutikk i studien, metodiske refleksjoner for studien, gjennomføring av datainnsamling, gjennomføring av analyse og etiske refleksjoner.

#### **3.1 Fenomenologi og hermeneutikk**

Fenomenologi og fenomenologisk tilnærming står ofte sentralt i den kvalitative forskningen. I den kvalitative forskningen er fenomenologi noe som tyder på en interesse for å forstå opplevelsen av sosiale fenomener ut i fra informantenes ståsted og perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien har jeg brukt fenomenologien når jeg gjennomførte intervjuene og stilte informantene spørsmål om temaet. I intervjuene utforsket jeg fenomenet, og ved å ha dette perspektivet forsøkte jeg å forstå deltagerens opplevelse knyttet til deltagelsen i HF - prosjektet.

Hermeneutikk blir betraktet som en lære om fortolkning av tekster. Hermeneutikk stammer fra det greske ordet *hermenein* som betyr "bringe til forståelse". (Kvale & Brinkmann, 2015). Hermeneutikk danner et vitenskapsteoretisk fundament for kvalitativ forskning. Det som står sentralt i hermeneutikken er å fortolke utsagn fra informantene med fokus på et dypere meningsinnhold, ikke kun på det som blir oppfattet umiddelbart. For at forskeren skal få tak i denne dypere meningen i utsagnene må budskapet settes inn i en sammenheng eller helhet. Det vil si at en enkelt del settes sammen og forstås inn i en større helhet. Forskeren må også kunne tilpasse helheten til de enkelte utsagnene. Vekslingen mellom enkelt del – helheten - enkelt del er viktig for å oppnå den dypere forståelsen. Denne vekslende forståelsesprosessen blir beskrevet som den hermeneutiske sirkelen (Dalen, 2004). I denne studien kom hermeneutikken frem i analyseprosessen, i form av hvordan jeg valgte å tolke mine funn. Jeg tok ut deler av utsagnene til informantene og satte dem i sammenheng med helheten og motsatt, slik at jeg oppnådde den hermeneutiske sirkelen. Videre i diskusjonsdelen satte jeg mine funn opp mot det teoretiske grunnlaget og tidligere forskning på dette feltet.

## 3.2 Metode

For å få svar på problemstillingen min valgte jeg å benytte kvalitativt intervju som metode for denne studien. Forholdene skal legges til rette for å få frem informantens tanker, meninger, følelser, holdninger og motiver med relevans til forskningsspørsmålet/problemstillingen (Friis & Vaglum, 1999). Intervju som metode er godt egnet til å få informasjon om opplevelse (Thaagard, 2009). Fordeler med intervju er at forskeren ofte får mye datamateriale å jobbe med og analysere, i tillegg til at ved å benytte intervju har forskeren muligheten til å gå dypere inn i emnet. Det er ønskelig å klare og invitere informanten til å dele sine egne erfaringer i form av konkrete hendelser av stor betydning (Malterud, 2015). Ulemper ved denne metoden er at informanten kan føle ubehag ved en intervjusituasjon, og føle at der er en dårlig relasjon med intervjuer, noe som kan føre til lite datamateriale med falske svar. For få mest mulig datamateriale kan det være en fordel å stille åpne spørsmål, noe som også kan gi flyt til intervjuet (Malterud, 2015).

### 3.2.1 Metodekritikk

Jeg var bevisst på min forforståelse og forsøkte å lese de transkriberte intervjuene med naivt blikk. Tross dette var jeg klar over at min forforståelse kunne være med på å forme min forståelse om fenomener. Siden jeg selv hadde selv med HF var jeg klar over at min forforståelse ikke burde være med på å tolke funnene og at jeg som fagperson måtte ta en viss avstand for å unngå bias. I følge Malterud (2015) er refleksivitet en aktiv holdning som jeg som forsker må forsøke å opprettholde. Jeg forsøkte å holde fast ved refleksiviteten ved å stille spørsmål til meg selv, både ved min framgangsmåte og konklusjoner, og i tillegg holde et åpent sinn ved å legge vekk min forforståelse. Jeg diskuterte også min framgangsmåte, analyse og funn med veilederen min. Jeg tok høyde for at informantene kunne ha svart annerledes hvis tidsperioden etter endt deltagelse hadde vært kortere eller lengre. For mer overførbare funn kunne det ha vært hensiktsmessig å ha gjennomført en rekke intervjuer og eventuelt ha hatt en kontrollgruppe eller et større utvalg. På grunn av tidsbegrensinger var dette ikke gjennomførbart for denne studien.

I følge Hallandvik (2009, s.284) er det viktig å skape gjensidig klarhet om hva forskerrollen innebærer. Jeg avklarte rollen min tydelig for informanten og for meg selv. Grunnen til at jeg ønsket å gjennomføre studien i HF – prosjektet hvor jeg var ansatt, var at dette HF – prosjektet var et av de få i Norge som hadde vært i drift lenge, kanskje lengst. Siden jeg selv var en del av HF gruppen ville jeg ikke intervjuere deltagere som jeg hadde hatt tett relasjon med. Dette valgte jeg å gjøre for å kunne stille kritiske spørsmål og for å kunne ha muligheten til å ha en åpen, naiv forståelse for den informasjonen informantene kommer med. Hensikten med å inkludere informanter jeg ikke hadde en eksisterende relasjon med var også for å få mest mulig ærlige svar fra informantene. Rollen min var ikke å være en ansatt i HF – prosjektet, men en forsker som ønsker dypere forståelse og kunnskap om temaet. Jeg presiserte til alle informantene at rollen min under intervjuene var student og ikke en veileder i HF – teamet.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Utvalget i denne studien besto av personer som hadde vært deltagere i HF prosjektet i en norsk kommune, heretter kalt deltager. På grunn av liten populasjon var det utfordrende å finne et utvalg som oppfylte inklusjonskriteriene. På grunn av studiens lengde og tidsbegrensinger var det ikke aktuelt med større utvalg, som for eksempel deltagere fra flere enn én norsk kommune. Jeg valgte å inkludere deltagere som hadde gjennomført deltagelsen og ikke lenger hadde behov for HF - oppfølging. Jeg satte følgende inklusjonskriterier: informantene skulle ha vært med i HF minst 6 måneder før avslutning og informantene skulle ha vært avsluttet i minst 4 måneder. Eksklusjonskriteriene var følgende: manglende samtykkekompetanse, personen var påvirket av narkotiske stoffer, tungtveiende psykisk lidelse og/eller tungtveiende somatisk lidelse.

Jeg var i kontakt med HF – teamet i den kommunen jeg ønsket å gjennomføre studien. Jeg presenterte studien min og kriteriene jeg hadde satt for informantene. Ansatte i den aktuelle HF - teamet satt opp en liste over aktuelle informantene. Etter at studien ble godkjent av NSD ble de aktuelle deltagere først kontaktet av ansatte i HF – teamet, og deretter av meg for å avtale nærmere tid og sted for intervjuene. Det ble rekruttert 4 informanter til studien, to kvinner og to menn. Alderen på informantene var fra 23 til 49

år. Tre av fire informantene bodde ufrivillig hos familie/venner da de først kom i kontakt med HF – teamet. En av deltagerne hadde egen leilighet, men hadde utfordringer med betaling av husleie og ønsket seg et annet sted å bo på grunn av belastet miljø. På intervjutidspunktet hadde tre av fire egen leilighet. En bodde ufrivillig hos familie. Alle informantene hadde noe psykiske utfordringer i form av angst og depresjon. Tre av fire informantene hadde utfordringer med rusmidler (alkohol/hasj/amfetamin/kokain/GHB/piller) på det tidspunkt kontakten med HF – teamet ble etablert. Hovedinntekten til tre av fire informantene var arbeidsavklaringspenger, og en hadde livsopphold. Alle informantene hadde et ønske å komme seg tilbake til arbeid når de først ble deltagere i HF – prosjektet. Tre av fire var i vanlig arbeid da intervjuene ble gjennomført. Gjennomsnittsdeltagelsen for alle informantene var 25 måneder, og grunnen til avslutning for alle fire deltagere var at deltagerne opplevde at de hadde fått den hjelpen de trengte. Alle deltagere ble i snitt avsluttet 12 måneder før intervjuene.

### **3.4 Gjennomføring av intervju**

Jeg hadde laget en intervjuguide med sentrale punkter for problemstillingen min (vedlegg nr. 1). Meningen med intervjuguiden er å hjelpe forskeren til å holde seg til temaet, og minne om hvilke spørsmål som kan være aktuelle å stille og hvilke temaer er aktuelle å få informasjon om (Malterud, 2015). Da jeg laget intervjuguiden prøvde jeg å legge bort min forforståelse for temaet. Dette gjorde jeg for å få frem deltagernes egne erfaringer, som ikke var basert på min egen forforståelse. I følge Dalen (2004) kan bevissthet om sin egen forforståelse hjelpe forskeren å bli sensitiv til å se mulighetene for teoriutvikling i datamaterialet. Jeg valgte å ikke konsentrere meg veldig om intervjuguiden, slik at intervjuene ble mer til en fri og løs samtale rundt temaer i guiden. Hensikten med dette var også at informantene skulle kunne fortelle mer om temaet uten å føle seg begrenset. Det var fortsatt nyttig å ha noen stikkord på papiret slik at informantene kom med informasjon som var relevant for problemstillingen min.

For å styrke følelsen av trygghet og fortrolighet ønsket jeg å la informantene bestemme hvor intervjuene skulle finne sted. Klokkeslett og dato for intervjuene var i stor grad styrt av informantene selv. Jeg hadde sendt samtykke (vedlegg 4) og infoskriv (vedlegg

3) ut til informantene på forhånd. Før intervjuene startet gikk jeg gjennom samtykket og infoskrivet igjen. Jeg fortalte om hvordan dataene ville bli behandlet og at alt ville bli anonymisert. Jeg fortalte også om formålet med studien og presiserte at jeg hadde taushetsplikt. Jeg fortalte kort om rollen min som forsker og hvordan mine egne erfaringer og meninger ble satt til side. Jeg ba informantene å stille spørsmål hvis noe var uklart før de signerte samtykket. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 til 60 min. To av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene, og to i et rom i et bibliotek.

Jeg forklarte at intervjuene ville bli tatt opp på bånd, noe som var greit for alle informantene. Jeg opplevde stemningen som god og avslappet i alle intervjuene. Jeg fikk også inntrykk av at alle informantene var glad for å dele sine erfaringer fra deltagelsen i HF – prosjektet. Alle informantene ba meg å hilse de ansatte og spurte hvordan det gikk med HF – prosjektet. Det ble ved flere anledninger sagt hvor fint det var for informantene å kunne å bidra til en studie med å stille opp på intervju. Etter hvert intervju skrev jeg ned noen stikkord om temaer som gjorde spesielt inntrykk. Jeg skrev også kort om stemningen på intervjuene.

### **3.5 Transkribering og analyse**

Intervjuopptakene ble klargjort for analyse ved å transkribere dem i tekstform. Jeg valgte å transkribere alle fire intervjuene selv, for å bli godt kjent med innholdet. Jeg valgte å transkribere intervjuene rett etter at intervjuene var ferdig, før jeg begynte på neste. Dette ble gjort for å ha muligheten til å korrigere eventuelle spørsmål. Det hjalp meg også til å bli mer bevisst på måten jeg var på som intervjuer, med tanke på hvordan jeg stilte spørsmål og var i en intervjusituasjon. Jeg lyttet gjennom lydopptakene før transkribering. Jeg valgte å transkribere ordrett, men tok ikke med tilfeldige sidesprang i intervjuene som ikke hadde sammenheng med studien. Det dreide seg for eksempel om historier rundt å skaffe seg rusmidler eller snakk om været forrige uke. Alle lydopptakene hadde en god lyd kvalitet og ingen bakgrunnsstøy, noe som gjorde at transkriberingsprosessen var en behagelig og spennende del av studien.

For å analysere innholdet i intervjuene valgte jeg å benytte analysemetoden til Lindseth & Norberg (2004). Hensikten med denne metoden er å identifisere og formulere forskjellige temaer fra et intervju som har blitt laget om til tekst. Meningen er at disse temaene belyser noe viktig i forhold til problemstillingen slik at problemstillingen kan besvares (Lindseth & Norberg, 2004). Denne analysemetoden er godt egnet til å fange opp informantenes levde erfaringer slik at dette kan presenteres til leseren (Kvale & Brinkmann, 2015). Lindseth & Norberg (2004) presenterer følgende trinn i sin analysemetode, noe jeg valgte å benytte i denne studien:

- Naiv lesing, som innebærer at teksten leser flere ganger med fenomenologisk holdning.
- Strukturert analyse, som innebærer at forskeren deler teksten som analyseres i mindre enheter slik at alle de sentrale temaene kommer frem.
- Helhetlig forståelse, som innebærer at hovedtemaer og undertemaer oppsummeres og settes opp mot forskningsspørsmål og studiens kontekst. Teksten leses på nytt med naiv forståelse.
- Formulering av resultatene, som innebærer at resultatene formuleres i hverdagslig språk slik at resultatene kan forstås av leseren.

(Lindseth & Norberg, 2004, s.149)

Før jeg begynte med analysen av teksten leste jeg gjennom alle intervjuene flere ganger med naiv forståelse, for å unngå at min forforståelse kom i veien for tolkningen av utsagnene. For å fange opp de sentrale temaene i intervjuene gikk jeg gjennom alle intervjuene og markerte meningsbærende enheter. Jeg leste over alle meningsbærende enheter og skrev ned meningsfortetting av alle enhetene. Etter jeg var ferdig med meningsfortetting tenkte jeg objektivt over de forskjellige meningsfortettingene, og begynte å koble nøkkelord mot setningene. Like nøkkelord ble samlet under et felles undertema og jeg ga navn til undertemaene. Videre koblet jeg alle undertemaene mot et mer overordnet tema og ga navn til dem. Til slutt endte jeg opp med tre hovedtemaer med åtte undertemaer som blir nærmere presentert i funn delen. Denne prosessen var tidkrevende og at jeg måtte jobbe frem og tilbake med teksten for å få dypere forståelse for hva som ble sagt under intervjuene. Analyseprosessen og forskjellige steg av den blir presentert i tabell 1 i kapittel 4.0. Etter å ha blitt ferdig med

å lage temaer ut i fra intervjuene leste jeg gjennom alt med naiv forståelse. Videre blir funnene reflektert over i diskusjonsdelen, opp mot aktuell litteratur og tidligere forskning.

### 3.5.1 Validitet

I følge Malterud (2015) kan validitet deles i intern validitet og ekstern validitet. Intern validitet handler om bruken av riktig metode for å forske på ønsket fenomen og bruke riktig tilpasset verktøy til å framskaffe informasjon (Malterud, 2015). Jeg vurderte, som presentert under punket 3.2, at å gjennomføre individuelle intervjuer med intervjuguide var mest hensiktsmessig for studien min, for å få frem relevant informasjon for problemstillingen min. Ekstern validitet handler om overførbarhet, og i kvalitativ forskning er dette ofte knyttet til utvalget (Malterud, 2015). På grunn av dette var ikke denne studien overførbar.

Validitet og validering er noe som følger med i hele forskningsprosessen, med sine syv stadier: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien fulgte jeg disse syv punktene på følgende måte:

1. Tematisering: For å styrke studiens gyldighet leste jeg tidligere forskning og satte meg inn i relevant teori. Basert på dette og hva jeg selv var nysgjerrig på, formulerte jeg problemstillingen.
2. Planlegging: God planlegging øker kvaliteten og gyldigheten av studien. Jeg valgte meg en egnet metode og utarbeidet en intervjuguide for å øke kvaliteten. Denne designen øker kunnskap om temaet og har lite skadelig konsekvenser.
3. Intervjuing: Validitet kan økes med troverdige informanter. Jeg laget inklusjons- og eksklusjons-kriterier for informantene, som ble fulgt opp. Alle informantene deltok frivillig. Intervjuguiden var grundig og handlet om temaer jeg ønsket å få svar på uten å krenke informanten på noen måte. Underveis i intervjuene sjekket jeg med informanten om min oppfatning var riktig ved å oppsummere hva informanten hadde sagt.
4. Transkribering: Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv istedenfor å bruke en transkribent. Jeg valgte også å transkribere ordrett for å sikre best mulig gyldighet fra muntlig til skriftlig form.

5. Analysering: Jeg benyttet en analysemetode som var passende for metoden, problemstillingen, og for hva slags informasjon jeg ønsket å få ut av intervjuene. Jeg diskuterte fortolkningene mine med veilederen for å sikre at tolkningene er logiske.
6. Validering: Som nevnt tidligere oppsummerte jeg noe informantene hadde sagt under intervjuene, for validering. Ved å velge passende metode for problemstillingen min sørget jeg for bedre intern validitet. For å validere mine funn diskuterte jeg med veilederen min hvorvidt mine konklusjoner var fornuftige.
7. Rapportering: Jeg fulgte problemstillingen min gjennom hele studien. Jeg beskrev hele prosessen slik at leseren kunne ha et grunnlag til validitets-vurdere resultatene mine.

Om denne studien og funnene er etterprøvbare, kan diskuteres. I følge Dalen (2004) er etterprøvbareheten av en kvalitativ studie vanskelig på grunn av samspillet mellom informanten og intervjueren, noe som er vanskelig å få til av andre. Derfor blir det mer viktig å ha fokus på å belyse forskjellige trinn i forskningsprosessen. I denne studien valgte jeg å beskrive alle trinnene nøye underveis, for å opplyse andre slik at reliabiliteten økte.

### **3.6 Ethiske aspekter**

Studien ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og prosjektet ble anbefalt til å bli gjennomført (prosjektnummer 49456, vedlegg 2). Endringene NSD kom med ble gjort. Det ble også sendt en framleggingsvurdering til Regional etisk komité (REK) for vurdering, på grunn av usikkerhet om meldeplikt. Tilbakemeldingen fra REK var at prosjektet var ikke meldepliktig til REK. Informantene fikk informasjon om studien både skriftlig og muntlig. Det ble presisert at deltagelsen er frivillig og at de kunne trekke seg når som helst uten å måtte begrunne dette, så lenge studien pågikk. Informasjon om at dataen fra intervjuene vil være anonymisert/avidentifisert ble gitt, og at jeg som student vil behandle dataen konfidensielt. Det ble også gitt informasjon om hva som vil skje med dataene fra intervjuene og hvordan de vil bli behandlet. Alle informantene som ønsket å delta i studien fikk delt ut samtykkebekreftelse til deltagelse



i studien (vedlegg 4). Samtykket ble signert før oppstart av intervjuet. På grunn av liten populasjon og utvalg i denne studien valgte jeg å omtale alle ansatte og informantene som "han" for å ivareta større grad av anonymitet.

Å gjennomføre en studie blant sine tidligere deltagere kan være etisk utfordrende på grunn av tidligere relasjon. Thagaard (2009) mener at en god relasjon mellom informanten og forskeren danner grunnlag for tillit og troverdighet. En slik relasjon kan gjøre det lettere for informanten å være mer åpen om sine erfaringer, noe som videre skaper mer eksakt data. På en annen side kan en slik god relasjon være med på å forme svarene fra informanten (Thagaard, 2009). Siden utvalget besto av deltagere som ikke lenger er aktive deltagere, oppsto det ingen konflikter i forhold til at informanten kunne være redd for hvordan oppfølgingen kunne bli videre. Jeg presiserte til informantene at informasjonen han/hun kom med ikke ville bli delt med HF prosjektet og at alt av datamaterialet vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt.

Lyddopptaket ble lagret på kryptert minnepenn og transkribert kort tid etter intervjuet. Etter transkribering ble minnepinnen makulert. Dataen fra intervjuene ble lagret på kryptert minnepenn som kun jeg hadde tilgang til. Kodingslistene ble lagret på en annen kryptert minnepenn med passord kun jeg hadde tilgang til. Etter endt prosjekt vil minnepinnene bli makulert. Under skriveperioden ble minnepinnen oppbevart i et låst skap.

## 4 Presentasjon av funn

I denne delen har jeg presentert nærmere resultatene fra analysen av de fire intervjuene. Etter analyseprosessen endte jeg opp med tre hovedtemaer og åtte undertemaer. Hovedtema en var å "ta tak i en hånd og gå sammen" med undertemaer om støtte, bekreftelse/anerkjennelse og empowerment. Hovedtema to handlet om å "klare å stå på egne ben" med undertemaer om å takle utfordringer og bevisst på sine muligheter. Hovedtema tre handlet om "betyr det at jeg er voksen", med undertemaer om å bli bevisst på handlinger og valg, ta ansvar, og økt selvbilde/tillit. Tabellen under presenterer prosessen.

Tabell 1 Kodingsskjema

Meningsbærende enhet	Meningsfortetting	Undertema	Tema
<i>"Jo, veien var stort sett riktig, det var bare meg som ikke tørte. Det var det å på en måte å tvinge meg. Ta tak i en hånd og gå sammen."</i>	Tørr ikke å "gå en vei" uten å bli tvunget.	Støtte	<b>"Ta tak i en hånd og gå sammen"</b>
<i>"Men jeg vil høre på HF- teamet og hva dere har å si fordi jeg er ikke alltid sikker på hva jeg selv tror"</i>	Å være usikker på hva man tror selv.	Bekreftelse/anerkjennelse	
<i>"Jeg fikk bestemme hvor og når, det var bare å si ifra."</i>	Bestemme selv	Empowerment	
<i>"Før valgte man jo kanskje å ruse seg enda mer ... Nå prater jeg jo om alt som er med en gang og istedenfor å la det bygge opp og kanskje føre til at jeg havner utpå igjen. Så man takler jo ting på en annen måte."</i>	Takle utfordringer på ny måter.	Takle utfordringer	<b>"Klare å stå på egne bein"</b>
<i>"Vet ikke hva neste skal være. Det finner vi ut etter hvert. Ingenting hindrer meg. Jeg er like sterk som alle andre."</i>	Å være like sterk som alle andre.	Bevisst på muligheter	
<i>" Det var faktisk mange ganger at jeg tenkte at HF - ansatte var skikkelig teite, men i etter tid skjønnte jeg hvorfor man gjorde det"</i>	Å forstå hvorfor man gjør visse ting.	Å bli bevisst på handlinger og valg	<b>"Betyr det at jeg er voksen?"</b>
<i>"Jeg får penger som gave fra vennen mine, for par år siden hadde det gått gærent, men nå kommer jeg ikke til å kjøpe noe før desember. Og planlegge hva jeg skal ha og være smart. Betyr det at jeg er voksen?"</i>	Å prioritere annerledes	Ta ansvar	
<i>"Hvis jeg ser meg for to år siden så var jeg totalt nedtrykt og hadde ingenting å se fram til. Bare det at vi satt hver eller annen hver uke og tok en kaffe, bare det å ikke sitte aleine hadde en virkning til å bygge rygggraden opp litt og litt."</i>	Bygge seg selv opp sakte.	Økt selvbilde/tillit	

## 4.1 "Ta tak i en hånd og gå sammen"

### 4.1.1 Å få støtte

Felles for alle informantene var at de opplevde å få støtte av HF – teamet til å ta egne valg og beslutninger. Det kom fram at en god og naturlig relasjon med HF – teamet hadde stor betydning for informantene. Det ble beskrevet at god tilgjengelighet fra de ansatte, og genuin vilje til å bistå, var betydningsfullt for informantene. Å kunne dele sine utfordringer og tanker i hverdagen med ansatte hadde en god relasjon med, var viktig. En informant beskrev relasjonen med HF – veileder på følgende måte:

*"Ass', forholdet satt jeg veldig pris på. Det var topp, mulig han var veldig lett å prate med."*

informantene opplevde at HF – teamet bidro med bistand til å skaffe dem bosted. En av informantene nevnte at han kunne ha ønsket seg et noe bredere utvalg av leiligheter som var lettere tilgjengelig for deltagerne i HF – prosjektet. En av informantene opplevde at kontakten med HF – teamet ikke handlet om boligfremskaffelse, men besto hovedsakelig av samtaler om "løst og fast". Han opplevde at relasjonen med ansatte var fin og tett, noe som gjorde det vanskelig for ham å ta opp boligtema. Han sa følgende:

*"Egentlig så syns jeg aldri at det ble noe anledning til å snakke om det. Den boligbiten.. mange ganger tenkte jeg at jeg skjønner ikke helt hva har disse samtalene med bolig å gjøre. Jeg forstår ikke helt det. Men så syns jeg jo at vi hadde det såpass bra at jeg ville jo ikke ødelegge det heller."*

HF – teamet skal gi bistand til diverse praktiske ting, etter deltagerens ønsker. En av informantene opplevde at han ikke fikk hjelp til praktiske gjøremål, noe han kunne ha ønsket seg. Han sa også at han følte at det ikke var greit å spørre om bistand til praktiske gjøremål siden han hadde det bra i samtalene med en HF – ansatt. Han hadde ikke klart å komme seg i egen bolig under deltagelsen i HF – prosjektet, noe som så ut til å plage ham. Han opplevde at det var lite fokus på bolig og praktiske gjøremål. Da han ble stilt spørsmål om han opplevde bistand til praktiske ting svarte han følgende:

*"Nei, ingen verdens ting."*

Funnene fra intervjuene kan tyde på at å ha støtte i krevende faser i livet har stor betydning for hvordan livet utvikler seg videre. Det kom frem i intervjuene at

betydningen av å ha støtte langs veien var utrolig betydningsfullt for informantene. Det var med på å forme veien for framtiden. Det var mange utsagn fra informantene om hvor tungt det var å stå aleine mot det offentlige systemet, som for eksempel NAV. En slik påkjenning ble opplevd som belastende og krevende. Støtten HF – teamet kunne tilby og betydningen av den ble omtalt av en informant på følgende måte:

*”Vi kan si det sånn, hadde ikke HF vært der og jeg skulle krangle med NAV og tiltaksstedet helt aleine så er det vel egentlig ikke sikkert at jeg hadde sittet her i dag.”*

For informantene å vite at de hadde en som var tilstede og bisto med utfordringer i hverdagen var gjennomgående jevnt i intervjuene. Det å vite at HF – teamet var tilgjengelig og kunne bistå så mye informantene ønsket, hadde stor betydning i forhold til følelsen av trygghet. En informant forklarte betydningen slik:

*”Men det var bare den der at du visste at du hadde folk rundt deg. Ja det var trygt og folk som faktisk gadd å bry seg. Ikke bare sånn bare som er der en gang i blant og gir faen i resten.”*

Å få støtte til sine egne valg når man var usikker, var noe som ble omtalt som positivt. Flere av informantene fortalte hvor god støtte de fikk fra ansatte og hvilken betydning det hadde. Informantene fortalte også at de fikk støtte uansett hvilke valg de tok, noe som føltes godt og ga følelsen av å bestemme selv. Å ikke måtte gå en tung vei aleine var noe som også ble satt pris på av informantene. Å få støtte fra ansatte i HF – teamet ble omtalt på følgende måte:

*”Jo, veien var stort sett riktig, det var bare meg som ikke tørte. Det var det å på en måte å tvinge meg. Ta tak i en hånd og gå sammen.”*

#### 4.1.2 Bekreftelse og anerkjennelse

Mange av informantene ga inntrykk om at det var mulig å ta opp vanskelig temaer og snakke om hva som helst uten å bli dømt. Det ble også sagt flere ganger at om de var ruspåvirket hadde det ingenting å si for holdningene til de ansatte, noe som ble satt pris på av informantene. Det at HF – teamet hadde godt med tid og stor fleksibilitet bidro til at informantene følte seg anerkjent og fikk bekræftelse på noe som var vanskelig til tider. En av informantene fortalte følgende om møtene med HF – teamet:

*”Du blir sett og du blir lyttet til og du greier å komme deg til det som er vanskelig. Det er det som har hjulpet i større grad. Det er det som har*

*vært det viktigste for meg. Jeg tror det er viktig for mennesker generelt, å bli sett og hørt, og føle at man er noe.”*

Å ha en god relasjon som var preget av tilstedeværelse og varme fra de ansatte skapte tillit overfor HF – teamet blant informantene. Det ble nevnt flere ganger under intervjuene hvor betydningsfullt det var for informantene å ha en ”partner” som de kunne drøfte og diskutere forskjellige valg og eventuelle løsninger sammen med. Til tross for at HF – teamet kom med forslag til løsninger, var det tydelig at det var informantene som tok den endelige beslutningen om hva som skulle gjøres eller jobbes mot. En av informantene fortalte hvilken betydning HF – teamet hadde for ham i slike usikre øyeblikk:

*”Men jeg ville høre på HF- teamet og hva dere har å si, fordi jeg er ikke alltid sikker på hva jeg selv tror.”*

Behovet for å bli sett og hørt var et tema som ofte kom opp i intervjuene. En av informantene, som hadde vært tung rusmisbruker tidligere, fortalte sin opplevelse om å ha noen som var tilstede og hadde tro på han. Han fortalte også hvor stor betydning det var for hans reise mot et rusfritt liv. Viktigheten av å møte en annen som gir bekreftelse til en, fikk deltageren til å føle seg som en likeverdig person. Han uttrykte det slik:

*”Det føltes som at det var noen som hadde tiltro at jeg klarer å komme meg ut av det, og det hadde veldig mye å si.”*

De fleste informantene var meget fornøyde med oppfølgingen fra HF – teamet og hadde få eller ingen negative erfaringer å komme med. En av informantene opplevde at oppfølgingen fra HF – teamet i form av samtaler, kunne vært hyppigere enn ”av og til”. Han sa følgende om hyppigheten:

*”Men så disse samtale har egentlig vært relativt sjeldent, hvert fall ikke ofte. Så det burde har vært, som jeg ser det, to tre ganger i uka. Men det er litt vanskelig å si det siden det ikke er noe konkrete greier da.”*

#### 4.1.3 Empowerment

En stor forskjell mellom HF og det vanlige tjenesteapparatet er at HF – tilbudet skal være styrt av brukermedvirkning og ta utgangspunkt i deltagerens ønsker. Det kom tydelig frem i intervjuene. Å kunne bestemme når og hvor HF – teamet møtte informantene, ble det snakket varmt om. Informantene ga inntrykk av at å kunne

bestemme tidspunkt og sted selv gjorde at de følte seg mer hørt og verdsatt som menneske. En av informantene sa det slik:

*”Jeg fikk bestemme hvor og når, det var bare å si ifra. De siste gangene møttes vi på et annet sted, det er nærmere hvor jeg bor.”*

Det kom frem i alle intervjuene at deltagelse i HF – prosjektet bidro positivt til at informantene fikk gjennomført oppgaver som de ikke hadde klart å gjennomføre før. Fortellingene fra intervjuene tydet på at informantene opplevde kontroll over sin egen livssituasjon og var i stand til å påvirke den. Å klare og gjennomføre oppgaver som virket overveldende tidligere ga følelsen av mestring og håp om at det var mulig å få til en endring. Følgende sitat fra et intervju handler om hva som ble opplevd som positivt med en slik tett oppfølging hjemme fra HF -teamet:

*”Det å få rutiner på noe, og få en plan på hvordan fikse ting, levere søknader, snakke med en person og så videre og faktisk til å gjøre det. Liksom å ha en avtale og måtte gjøre det.”*

Å kunne bestemme selv hvilket tempo det ble jobbet i, ble nevnt flere ganger under intervjuene. En informant fortalte om følelsen av å ha kontroll over sin egen livssituasjon, noe som gjorde at han følte seg sterkere som person. I tillegg var det viktig å ha en støtteperson i livet sitt. Det ga motivasjon til å gjennomføre oppgaver:

*”Men for meg var det viktig å ha noen å prate til og å greie å få gjort noe med livet mitt. Det å flytte ut (til egen leilighet) og ha noe kontroll. Forskjellen er der!”*

Å kunne bestemme farten selv og bevege seg i den farten man ønsket, sto frem som et viktig element for informantene. Det gjorde ting mye lettere og mindre skremmende. Det å ikke føle seg presset men samtidig støttet, var betydningsfullt. En av informantene reflekterte over måten ting ble gjennomført:

*”Det ble gjort i mitt tempo. Så ting ble ikke så skremmende. Det har egentlig vært fryd og glede den gangen, også å greie å se framover.”*

## 4.2 "Klare å stå på egne bein"

### 4.2.1 Takle utfordringer

Funnene fra intervjuene peker på hvordan oppfølging fra HF – teamet var med på å utvikle informantenes evne til å stå i utfordringer. Dessuten nevnte mange av informantene hvordan det å mestre vanlige ADL – ferdigheter ble endret til noe positivt, og hva de prioriterte. Det hadde de ikke gjort tidligere. En av informantene fortalte om utviklingen mot å takle utfordringer:

*"Det syns jeg det ble mye bedre etter avslutning (å klare seg aleine og ADL - ferdigheter). Klarer å stå på sine egne bein. Betale regninger, gjeld, ja, alt sånt."*

I tillegg til å takle utfordringer bedre, kom det frem at informantene hadde lært seg å takle utfordringer på en annen måte enn før. Å bli sett og bli hørt kombinert med en god relasjon med en HF – ansatt var med på å løfte frem nye alternative løsninger for å takle utfordringer. Å ha en å diskutere og drøfte ulike utfordringer, med bidro til en ny måte å tenke løsninger på. En av informantene som hadde vært i tungt rusmisbruk før, fortalte følgende:

*"Før valgte man jo kanskje å ruse seg enda mer og det er jeg veldig glad for at det ikke er sånn nå. Nå prater jeg jo om alt som er med en gang og istedenfor å la det bygge opp og kanskje føre til at jeg havner utpå igjen. Så man takler jo ting på en annen måte."*

Informantene fortalte at HF – tilbudet bidro til å være selvstendig og takle livet sitt uten støtteapparat rundt seg. HF – teamet hjalp informantene til å få struktur i livet sitt og bisto til å vise informantene hvordan de kunne klare å gjennomføre gjøremål på. Det ble opplevd støtte og hjelp til motivasjon, noe som bidro i prosessen til å føle at man kunne takle sitt eget liv. Støtten bidro også til å klare å bo aleine. En periode like etter at deltagelsen i HF – prosjektet ble avsluttet var noe uvant fordi man sto aleine. Tre av fire deltagerne mente at avslutning i HF – prosjektet var en avgjørelse som ble tatt av personen selv, når han følte seg klar for det. Å ha et sterkt ønske og faktisk klare å takle sitt eget liv ble det sagt følgende om:

*"Jeg vil klare meg selv uten å måtte være avhengig av andre. Og det å føle seg selvstendig. Mange måter er jeg der, men man blir vel aldri ferdig."*

De fleste informantene opplevde at avslutningen i HF – prosjektet var naturlig og noe som de var med å bestemme. Avslutningen var basert på informantenes egne ønsker og hvordan de taklet hverdagen på egen hånd. Det ble uttalt at det var informanten selv som fikk bestemme og styre avslutningen selv. En av informantene var et unntak her, han forteller at han ikke fikk oppleve brukermedvirkning når det gjaldt avslutning av deltagelse:

*“Ikke visste jeg at den siste samtalen jeg hadde skulle være den siste. Vi hadde jo skravlet et par timer men.. også får jeg en telefon at det er slutt nå.. Jeg forsto det mer at det var bestemmelse som hadde blitt tatt fra øvre holdt. Det var sånn jeg skjønnte det. Jeg syns jeg fikk halv pakke.”*

Å komme seg ut i arbeidslivet og være på lik linje med resten av befolkningen ble omtalt som noe som hadde en stor betydning for recovery-prosessen og det å takle utfordringer. Å ha forskjellige drømmer om framtiden var noe som ga håp om å klare seg. Selv om planene ikke alltid ble oppfylt, ble det tatt som noe positivt. En av informantene fikk seg en utdanning, noe som ikke førte til arbeid innenfor faget. Isteden skaffet han seg en annen arbeidsplass, og klarte å se det positive ved å ikke få gjennomført sine opprinnelige planer:

*“Selv om det ble ikke helt den utdanningen jeg hadde tenkt så har det jo blitt veldig bra i forhold til det jeg forventet. Om jeg hadde tatt den utdanningen og fått den jobben så hadde det kanskje ikke blitt en jobb jeg hadde trivdes med.”*

#### 4.2.2 Bevissthet på sine muligheter

Å befinne seg i en krevende livssituasjon kan være deprimerende og ødeleggende for enhver person. Å ikke la seg påvirke av det negative rundt kan tyde på å ha bevissthet rundt sine muligheter i forhold til å endre negative situasjoner. Informantene kom med utsagn som tydet på at det har forekommet en endring i tankemåten deres i løpet av den perioden informantene fortsatt var aktive deltagere i HF – prosjektet. Det kan virke som at det å ha en å drøfte og diskutere saker med, har styrket informantenes evne til å snu det negative til noe mer positivt. En av informantene var mye deprimert i starten av deltagelsen i HF – prosjektet. Han sier at han har nå evnen til å snu tankene sine. Følgende utsagn gir eksempel på endringen i tankemåten:

*“Så hvis det er ting som føles at det er dumt og sånt, så kanskje jeg kommer til å få en møkka dag, men ”at the end of it” kommer man godt ut av det.”*



Å bli sett som en rusavhengig kan påvirke negativt på hvordan man tenker om seg selv og hvordan man ser for seg hvilke muligheter man har. Å kunne se seg som likestilt med resten av befolkningen var noe som kom frem i intervjuene. Tre av de fire informantene hadde fått seg arbeidsplass og var meget fornøyd med det. Han som ikke hadde fått arbeids var veldig bevisst på at det var noe han kommer til å klare og få til etter hvert. Å ikke lenger definere seg som dårligere enn andre eller tenke at man ikke har like muligheter som alle andre, var noe som kom frem. Følgende sitat er et utsagn som godt representerer denne endringen blant informantene:

*”Vet ikke hva neste skal være. Det finner vi ut etter hvert. Ingenting hindrer meg. Jeg er like strek som alle andre.”*

### **4.3 ”Betyr det at jeg har blitt voksen?”**

#### **4.3.1 Å bli bevisst på egne handlinger og valg**

Intervjuene med informantene kastet lys over et tema som handlet om å bli mer bevisst på sine handlinger og mer bevissthet rundt hvorfor man velger å gjøre det man gjør. Det kom frem at informantene hadde fått en økt bevissthet om hvilke muligheter de har, noe som ble opplevd som en positiv utvikling. Dette inkluderte også å bli mer bevisst på hvilke konsekvenser handlinger man gjør har. Denne endringer ble også forsterket og gjort lettere av å ha en HF – ansatt aktivt tilstede for å diskutere og drøfte forskjellige valgmuligheter og eventuelle konsekvenser. En av informantene som hadde noe nedsatt ADL – funksjon i starten av deltagelsen i HF – prosjektet sa følgende om økt bevissthet i forhold til sine handlinger og konsekvensene:

*”Egentlig ga jeg fullstendig faen hvordan jeg hadde det. Men når det var ryddig og sånt så skjønnte jeg det at kanskje jeg skal begynne med det litt oftere.”*

Det ble sagt at relasjonene med HF – ansatte var gode og lette å forholde seg til. En slik positiv relasjon i livet gjorde det lettere for informantene og ta i mot råd og ulike synspunkter på forskjellige problemstillinger. Informantene følte seg respektert og at valgene som ble tatt var deres egne. Informantene beskrev at de ble motivert og presset på en positiv måte til å få gjennomført ubehagelige oppgaver som de hadde utsatt på grunn av for eksempel redsel eller usikkerhet. Å få slike utfordringer

gjennomført, bidro til å gi økt forståelse for konsekvenser, enten negative eller positive, noe som ble satt pris på. En av informantene beskrev denne type handlinger følgende:

*”Det er litt det samme som å ha foreldre ikke sant. Noen ordentlig teite beist egentlig, helt til du blir voksen og skjønner at” hmm”, kanskje det var rett det de sa. Det var faktisk mange ganger at jeg tenkte at HF - ansatte var skikkelig teite, men i ettertid skjønnte jeg hvorfor man gjorde det.”*

#### 4.3.2 Ta ansvar

Flere fortalte at de hadde endret atferd i forhold til å ta ansvar og tenke litt mer langsiktig enn de gjorde tidligere. Mange var selv blitt bevisst på dette og merket en klar forskjell fra tidligere. Denne endringsprosessen skjedde ikke over natten, men hadde skjedd gradvis under hele deltagelsen i HF – prosjektet. Å ta mer fornuftige valg for sin egen del var noe som kom frem i intervjuene. Dette tyder på at informantene i større grad har lært seg å ta ansvar for sitt eget velvære og sine handlinger enn før. For eksempel hadde bruken av penger endret seg i forhold til måten de valgte å bruke penger før:

*”Jeg får jo penger som gave fra vennene mine, for par år siden hadde gått gærent, men nå kommer jeg ikke til å kjøpe noe før desember. Og planlegge hva jeg skal ha og være smart. Betyr det at jeg er voksen?”*

Å se sammenhengen mellom sine valg og hvordan valgene vil påvirke fremtiden var også noe som stadig ble utviklet under deltagelsen i HF – prosjektet. Det ble sagt at ansatte i HF bidro til økt forståelse av hvorfor man for eksempel skulle komme seg på arbeid og hvilke positive sider det hadde. Dette ble gjort i samtaler over lang tid, uten at de ble presset til å gjøre noe de ikke ville selv. Det ble omtalt hvor tilfredsstillende det var å se at de klarte seg på arbeidsmarkedet og hva det ga tilbake. Å ta på seg slikt ansvar var betydningsfullt, lønnsomt og etter hvert etterlengtet. En av informantene som klarte å komme seg til arbeidsmarkedet beskriver det slikt:

*”(...) så tenkte man litt over det (hva man velger i vanskelig situasjoner) og så måtte man gjøre det, og skjønnte til slutt... får jeg meg liksom jobb så får jeg bedre inntekt og sånt sammenheng. Å ha sitt eget liv.”*

Å ha tatt mer ansvar, som for eksempel i form av jobb eller en relasjon, var noe informantene sa som kom som resultat av oppfølgingen fra HF – teamet. Å vite at man kunne være en ressursperson på andre arenaer var noe som kom frem i intervjuene.

Det å kunne ta ansvar for noe mer enn bare seg selv, og bidra til andres velvære, var et viktig punkt for mange informantene. Det ble beskrevet følgende av en informant:

*"Fått meg partner med barn, men partneren har ikke noe fast jobb. Jeg prøver å sparke partneren i ræva så godt jeg kan, si at du ikke kan holde på sånt, partneren går på nav."*

#### 4.3.3 Økt selvbilde

Et tema som ble snakket om av alle informantene var hvordan selvbildet og selvtillit hadde endret seg under deltagelsen i HF – prosjektet. Det var vanskelig for informantene å si når endringen skjedde, men alle var bevisst på at det hadde vært en endring i det. Det ble sagt at noe av grunnen til økt selvbilde og selvtillit kom som en følge av å klare å gjennomføre ting som alle andre mennesker klarte, som for eksempel å skaffe seg en jobb. Å få seg sin egen bolig var også noe som bidro til økt selvbilde og selvtillit. Å ha levd en del av livet sitt som rusavhengig hadde satt sine spor i selvbilde og selvtillit. Det ble opplevd en endring etter hvert. En av informantene beskrev endringen slik:

*"Ja, man følte vel at man ikke var så veldig mye til helt å begynne med men det har jo endret seg i et sted det også."*

Å klare å få seg eget sted å bo ble omtalt som noe positivt for selvbilde og selvtillit. Tre av fire informantene hadde fått seg egen leilighet eller fått bedre tilpasset leilighet i løpet av deltagelsen i HF – prosjektet. Å ha sitt eget sted ble omtalt som et steg nærmere et selvstendig liv og noe som bidro til økt selvbilde. En av informantene sa det slik:

*"Jeg husker da jeg flyttet inn (egen leilighet) og satt der med tre ting, men fremdeles følte meg mer hjemme. Jeg kunne faktisk senke skuldrene og faktisk gjøre mitt. Jeg hadde privatliv!"*

En av informantene som ikke hadde fått seg en egen leilighet, opplevde at denne mangelen var dominerende i livet. Det ble omtalt som at dette var noe som tok mye av energi og krefter, og påvirket store deler av livet hans. Til tross at HF – prosjektet bidro til økt selvbildet var mangelen av egen leilighet noe som dro ned på selvbildet. Mangelen av egen leilighet ble beskrevet som følgende:

*"Ja det gjorde vel det (økt selvbilde). Men det med bolig har vært der i det siste og den er så sterk at den overskygger vel og mye annet ... Jeg*

*gjør alt av å unngå å komme inn på den bite (bolig). Det er enklere å si at jeg har vært singel lenge enn å si det hvor jeg bor. Skyt meg liksom.”*

Alle informantene virket å være veldig reflekterte over hvordan selvbildet og selvtillit hadde endret seg. Å ikke være aleine i en krevende livssituasjon var noe som kom frem ved flere anledningen. Det å ha en fagperson ved siden av seg, og ha avtaler og samtaler, var med på å bygge selvbilde og selvtillit til informantene. Det ble sagt at ensomheten og manglende nettverk var noe som virket negativt på selvbildet, noe oppfølging fra HF – teamet var med på å endre. Å ha noen å snakke med og diskutere forskjellige temaer med hadde stor betydning for selvbilde og selvtillit:

*”Hvis jeg ser meg for to år siden så var personen jeg var da totalt nedtrykt og hadde ingenting å se fram til. Bare det at vi satt hver eller annen hver uke og tok en kaffe, bare det å ikke sitte aleine hadde en virkning til å bygge ryggraden opp litt og litt.”*

## 5 Diskusjon

I det følgende kapittelet har jeg drøftet funnene fra intervjuene opp i mot teori jeg valgte for denne oppgaven. Hensikten med denne studien var å se på om HF - prosjektet i en norsk kontekst klarer å oppfylle det et HF – tiltak skal bidra med for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Hensikten var også å se nærmere på hvilken måte deltagelsen fremmet recovery-prosessen, samt om deltagelsen bidro til bo stabilitet. I tillegg var hensikten med denne studien å generere ny kunnskap om HF i Norge. Problemstillingen for studien var hvilke erfaringer har deltagerne om HF etter endt deltagelse. Det ble laget to forskningsspørsmål for studien: på hvilken måte fremmet deltagelsen recovery, og på hvilken måte opplevde deltagerne å få bistand fra HF – teamet?

På grunn av funnene valgte jeg å presentere noe ny teori som er aktuell for denne studien, men som ikke er blitt presentert i kapittel 2. Diskusjonsdelen ble delt opp i tre punkter basert på de fem punktene som kan sees på som sentrale i recovery (Leamy et al., 2011). Disse punktene ble tidligere presentert i teorikapittelet under punkt 2.1.3. Ut i fra disse fem sentrale punktene valgte jeg å dele diskusjonen i tre følgende punkter: empowerment og gjenvinning av kontroll over eget liv, reetablering av en positiv personlig og sosial identitet, og tilhørighet, håp og mening.

### 5.1 Empowerment og gjenvinning av kontroll over eget liv

En av de sentrale punktene i recovery-prosessen er empowerment og gjenvinning av kontroll over eget liv (Leamy et al., 2011). Å kunne bestemme over sitt eget liv var betydningsfullt for mange deltagerne. Brukermedvirkning, som HF – tilbudet skal gi, står sentralt i mange helsepolitiske utgivelser. Pasient – og brukerrettighetsloven (2016) sier tydelig noe om at pasienten skal ha innflytelse i sin egen behandling og at pasienten skal være involvert i å forme sitt eget tjenestetilbud så lenge dette er forsvarlig. Å ha muligheten til å være aktiv deltagende i forming av sitt eget tjenestetilbud øker eierskapet for deltageren for denne planen (Watson, 2012; Storm, 2009; Davidson et al., 2006), noe som kan øke mestringsfølelsen for deltagerne. Dette styrker også empowerment, som vektlegger viktigheten for at deltageren kan selv definere sine egne

behov og ha kontroll over handlinger som berører deltagerens eget liv (Helsedirektoratet, 2014; WHO, 1998). Når planen settes i verk og utfordringene blir løst og gjennomført, kan deltageren føle større stolthet over sitt eget arbeid, og igjen oppleve større grad av mestring. Som Askheim (2012) skriver er det vanlig å gjennomføre denne prosessen sammen med en fagperson slik at empowerment styrkes i større grad. Dette støtter også studien til Watson (2012), som påpeker at slik meningsfull plan laget av deltageren selv øker stolthet og at den etter gjennomføring bidrar til recovery.

Funnene i studien tydet på at deltagerne opplevde brukermedvirkning knyttet til oppfølgingen, og mange kommenterte at dette var noe nytt for dem. HF – tilbudet skal være brukerstyrt og basere seg på at deltageren kan ta sine egne valg (Pleace, 2016). Slik tankegang fremmer også empowerment blant deltagerne, noe som videre støtter recovery (Helsedirektoratet, 2014). Denne tankegangen kan være annerledes i forhold til det tradisjonelle tjenestetilbudet, som ikke har brukermedvirkning i så stor grad som HF – tilbudet. Dette var også noe som ble påpekt av informantene.

Med HF – tilbudet har deltageren muligheten til å bestemme hva han trenger, og ved behov drøfte dette med en ansatt. Dette kan kalles felles beslutningstaking og er en betydelig del av recovery-prosessen innad i HF – modellen (Pleace 2016). Slik felles beslutningstaking kan ses i lys av deling av makt, noe som i følge Starrin (2008, s. 67) fører til økt makt og empowerment hos deltageren. Slik jevn maktbalanse eller felles beslutningstaking står sentralt i HF – metodikken (Pleace, 2016). Dette gjør at deltageren tar mer styring over sin egen livssituasjon, noe som studien til Olsø, Almvik & Norvoll (2014) også støtter. Brukermedvirkning stimulerer til å ta ansvar for sine egne valg og beslutninger (Storm, 2009), noe som kan være positivt for mestring. Funnene tydet på at deltagerne noen ganger fikk direkte løsninger fra HF – teamet i forhold til hvordan man kan løse utfordringer. Brukermedvirkning er noe som i følge Storm (2009) krever en holdningsendring fra helsepersonell. Funnene kan dermed tyde på at for helsepersonell er det å gi kontrollen over til deltageren kanskje utfordrende og enkelt å glemme, på grunn av gamle holdninger.

Studien viste at informantene opplevde at de fikk økt struktur og rutiner i livet både under og etter deltagelsen i HF – prosjektet. Dette kan ses som økt egenkontroll, som er et vesentlig punkt i recoveryprosessen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Dette kan også tyde på at deltagerne opplevde empowerment i større grad enn før, siden empowerment handler om at deltageren har større kontroll over hverdagen (Askheim, 2012). Å oppleve at noe er strukturert og tydelig står sentralt som en av de tre delene av OAS. Dette blir kalt for begripelighet (Antonovsky, 2012). Slik struktur og tydelighet fremmer begripelighet, noe som også er en viktig faktor for å oppleve håndterbarhet (Antonovsky, 2012). I studien kom det fram at HF – oppfølging ga deltagerne trygghetsfølelse og følelsen av å ha støtte underveis. HF – teamet hadde muligheten til å bistå med det deltagerne ønsket bistand til selv. Dette er annerledes fra det tradisjonelle tjenesteapparatet siden HF – teamet hadde muligheten til å være med i hverdagen, også hjemme hos deltagerne i hverdagslige omgivelser.

Funnene tydet på at deltagerne fikk mer struktur i livet på grunn av den tette oppfølgingen HF – teamet kunne gi. I følge Hummelvoll (2012) er struktur viktig for denne gruppen mennesker, siden strukturerte omgivelser kan bidra til trygghetsfølelse. Økt trygghetsfølelse vil igjen gjøre det lettere å være mer aktiv på ulike livsområder (Hummelvoll, 2012). Struktur i hverdagen gir også trygghetsfølelse (Hummelvoll, 2012), noe som kan gi bedre grunnlag for deltagelse i forskjellige aktiviteter, noe som HF – ansatte har muligheten til å være med på. Funnene viste at å møte med HF – ansatte ble til en fast rutine deltagerne hadde, og ved behov kunne deltagerne bare ringe og be om et møte. Dette ble omtalt som meget viktig, siden det tradisjonelle tjenestetilbudet ikke har alltid har muligheter til det.

Selvbestemmelse og selvstyring er viktige faktorer i recovery-prosessen (Borg, 2007; NAPHA, 2010; Davidson et al., 2006) og også i HF – metodikken (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016). Ved å tilby ferdig-løsninger uten å la deltageren finne frem til løsningene selv, vil recovery-prosessen svekkes. I verste fall vil motivasjonen og det å finne mening med å gjennomføre oppgaver, bli mer fraværende (Tsemberis, 2010). Tradisjonell oppfølging har ofte gitt deltagerne ferdige løsninger. Den ansatte har ordnet ting i kulissene for deltagerne. HF – metodikken sier noe om at dette ikke vil bidra til recovery

og ikke styrke ressursene til deltagerne, men heller gjøre dem mer passive i forhold til egen situasjon (Pleace, 2016). Funnene tydet på at deltagerne opplevde at HF – ansatte bisto dem med å få oppgaver gjennomført. De støttet deltagerne underveis når oppgavene var krevende. Det ble sagt at deltagerne ikke opplevde press og at de ikke ble tvunget til å gjøre noe de ikke ville. Dette fremmer også empowerment i henhold til at deltageren skal selv kunne definere sine ønsker, behov og mål (WHO, 1998; Askheim, 2012). Det tradisjonelle tjenesteapparatet har ofte dårlig tid, noe som kan føre til at deltageren får ikke tid til å gjøre noe i sitt eget tempo.

Funnene pekte på at det å ha støtte og mulighet til å ha en samtalepartner når deltakerne tok vanskelige valg, kunne styrke personens egen vilje til stå i utfordringer. Som Patterson, et. al. (2013b) skriver i sin studie, opplevde pasienter med tradisjonell oppfølging recovery i mindre grad enn pasienter med HF – oppfølging. I følge Borg, Karlsson & Stenhammer (2013) er det å ha tilgang til støtten til en fagperson noe som fremmer recovery. Dette tydet også funnene i denne studien på. Deltagerne nevnte flere ganger at HF – ansatte var lett tilgjengelig og kunne møtes på kort varsel ved behov. Dette tyder på at det er viktig for deltagerne å ha tilgang til ansatte når behovet er der, noe som er annerledes fra det tradisjonelle tjenestetilbudet, hvor man må avtale et møtepunkt i god tid i forkant. Utfordringer og behov for hjelp dukker ikke opp etter timeplanen, men gjerne spontant. Dette er et sentralt aspekt i HF – tilbudet og en stor forandring fra det tradisjonelle tilbudet (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016).

Lett tilgjengelighet av HF – teamet kan ses som sosial støtte, noe som i følge Antonovsky (2012) er viktig for god helse og kan styrke mestring. Antonovsky (2012) mener at mestring er tett knyttet mot salutogenese. Han mener at helse er ikke et spørsmål om hva vi utsettes for, men heller et spørsmål om hvordan vi takler det som skjer i livet (Antonovsky, 2012). Funnene kan dermed tyde på at det er viktig for deltageren ha noen å diskutere forskjellige valgmuligheter med, og å få bistand til å takle de utfordringene som skjer i hverdagen. Det vil kunne øke deltagerens egen mestring når deltageren kommer opp i vanskelige situasjoner som krever et valg. Disse funnene tyder på at deltagerne opplevde empowerment fordi de fikk økt kontroll over beslutninger som handler om deres eget liv. Sentralt i empowerment er også det å



kunne utrykke sine behov for å få det bedre, og oppnå tiltak til å få det gjennomført (WHO, 1998), noe som deltagerne opplevde da de hadde HF – oppfølging. Dessuten kan slike samtaler støtte deltagere til å takle det som skjer i livet, noe som i følge Antonovsky (2012) er et spørsmål om helse.

Sentralt i HF – metodikken står tankegangen at veilederen jobber sammen med deltageren og ikke for (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016). Med tiden opplevde deltagerne at gjennomføring av krevende oppgaver ble lettere og mer håndterbare, noe som økte mestringsfølelsen. Som funnene viste, var det viktig for deltagere i HF – prosjektet å bli hørt og sett. Det var spesielt betydningsfullt å ha støtte når deltageren måtte forholde seg til det offentlige systemet, som for eksempel NAV. Siden deltageren fikk velge hva de ønsket bistand til, tyder dette på at brukermedvirkning var tilstede under deltagelsen, noe som også kan fremme empowerment. De hverdagslige oppgavene som før ble opplevd uhåndterbare ble mer ufarliggjort og mer håndterbare. Antonovsky (2012) mener at håndterbarhet er en av de tre komponentene som er en forutsetning for mestring av sin egen situasjon i lys av OAS. HF – oppfølgingen gjorde det mulig for deltagerne å ha en fagperson med på hverdagslige oppgaver, noe som er en stor forskjell fra det tradisjonelle tjenestetilbudet.

## **5.2 Reetablering av en positiv personlig og sosial identitet**

Studien til Leamy et al. (2011) påpekte at reetablering av en positiv personlig og sosial identitet er noe som står sentralt i recovery-prosessen. Studien til Polvere et al. (2013) påpekte at HF – tilbudet var med på å gi følelsen av endret identitet, slik at deltagere ikke oppfattet seg lenger som rusmisbrukere eller personer med psykiske vansker. Videre mente studien at en slik endret identitet var viktig for recovery (Polvere et al., 2013). Det kom frem i studien at deltagerne ikke kunne si når endringen i selvbildet og selvtillit skjedde, men at det var noe som ble formet underveis i prosessen. Dette kan tyde på at deltagerne fikk en endret identitet i løpet av deltagelsen i HF - tilbudet, noe også studien til Polvere et al. (2013) tyder på.

I følge Borg (2007) er recovery en prosess man ikke kan planlegge, men heller noe som kommer av seg selv når deltageren er selv klar for det og begynner å arbeide med sine

utfordringer i livet. Funnene tydet på at deltagerne lærte mer om sine egne ressurser og hva deltageren kunne være stand til å stå i. Å lære om sine ressurser med støtte av en ansatt fra HF – teamet skapte en viss trygghet rundt deltagerne. Denne tryggheten rundt tillot deltagerne til å bli bedre kjent med sine egne ressurser i selvvalgt tempo, uten eksternt press og krav. Når deltageren ikke hadde påtvunget rammer og krav rundt seg vil, deltageren ha muligheten til å utforske hva som fungerer for akkurat ham, og i beste fall lære mer om egne ressurser, og styrke sin identitet.

Dette kom frem i studien, hvor deltagerne påpeker at oppfølgingen fra HF – teamet bidro til å takle ting annerledes. Studien viste at oppfølgingen ga tro og selvtillit til deltagerne, slik at deltagerne forsto at de faktisk var i stand til å stå i utfordringer og løse dem, som for eksempel å klare å opprettholde et stabilt boforhold. HF – tilbudet bisto deltagerne til å få seg eget hjem, noe som deltagerne opplevde positivt og som styrket selvfølelsen. Å ha et stabilt boforhold styrker identiteten (Watson, 2012; Gonzalez & Andvig, 2015a). Deltagerne opplevde at dette var positivt og starten på noe nytt, og noe som bisto med å være med tilfreds med seg selv. Stabil relasjon med HF – teamet kan ha skapt trygghet og forutsigbarhet på deltagerens egne premisser. Slik stabilitet påvirker identiteten positivt (Watson, 2012), noe som deltagerne beskrev med ord som økt selvbilde og selvtillit. Watson (2012) mener i sin studie at positiv identitet er knyttet mot recovery-prosessen. God stabilitet i hverdagen og positiv identitet har også betydning for god livskvalitet (Watson, 2012).

HF - ansatte kom på hjemmebesøk, noe som er et viktig punkt i HF – metodikken (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016). Dette kan ha vært meget positivt for reetablering av både personlig – og sosial identitet. I studien ble det nevnt at det å få seg eget sted å bo var betydningsfullt. Det bidro til at deltagerne kom seg videre i livet sitt i og hadde bedre ressurser til å begynne og takle nye utfordringer. Tidligere studier bekrefter også betydningen av eget hjem, og mye tyder på at å ha et eget hjem er viktig startpunkt for recovery og også kan være med på å styrke selvtilliten, selvbilde og autonomi (Polvere et al., 2013; Andvig et al., 2013; Borg et al., 2006; Davidson et al., 2006). Dette ble også opplevd av deltagerne i studien. En av informantene hadde ikke fått seg egen bolig og

omtalte dette som en nedtur og en skam. Dette styrker påstanden hvor viktig det er for recovery-prosessen å ha et eget hjem, og hva det betyr for selvbildet og sosial identitet.

Funnene tydet på at deltagerne ikke følte seg likestilt med alle andre i starten, noe som kan tyde på at deltagerne følte seg stigmatisert. Stigmatisering kan skje i form av utstøtelse og avvising, og kan føre til at personen som er blitt stigmatisert begynner å oppføre seg etter forventningene knyttet til den rollen samfunnet har gitt vedkommende via stigmatisering (Hummelvoll, 2012). I studien ble det omtalt flere ganger hvor mye det ble satt pris på at ansatte i HF – teamet kunne møte deltagerne på en kafé, i byen eller lignende. Det kan ha gitt økt følelse av tilhørighet i et ordinært miljø. I følge Borg, Karlsson & Stenhammer (2013) er tilhørigheten i lokalmiljøet en viktig del av recovery, noe som HF – metodikken er også opptatt av (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016). Dette kan ha vært med på å bidra til at deltageren følte seg mer komfortabel med å møte ”den vanlige verden”. Ved å ha tilgang til en HF – ansatt kan det ha blitt lettere for deltageren å komme seg ut til sosiale arenaer, og videre styrket sosiale identiteten. Studien viste at deltagerne hadde et annet syn på seg selv etter hvert i løpet av deltagelsen og etter endt deltagelse, noe som kan tyde på endret syn på seg selv.

Som det kom frem i studien satte alle deltagere stor pris på at HF – teamet møtte dem hvor som helst, og hadde respekt og at samtale ikke handlet kun om sykdom, NAV, utfordringer og behandling. Det ble satt stor pris på prat om hverdagslig samtaleemner. Det kom frem at HF – ansatte tok seg god tid til hverdagspraten og hadde tid til å se selve personen. Dette bidro til styrket selvilde og selvtillit, noe som er et viktig utgangspunkt for recovery (Slade, 2012; Skatvedt & Andvig, 2014; Davidson et al., 2006) og ofte blir glemt av helsepersonell. Studien tyder på at deltagerne opplevde at det vanlige tjenesteapparatet ikke hadde tid til slik hverdagsprat, men dette er noe HF – metodikken ser som en viktig del av oppfølgingen (Pleace, 2016).

En god relasjon mellom deltager og ansatt har stor betydning og kan anses som en nødvendig forutsetning for god oppfølging (Helsedirektoratet, 2012; Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Studien tydet på at de fleste deltagerne satte pris på relasjonen de hadde

med HF – veilederen, og opplevde at relasjonen var preget av varme, empati og opplevelsen av å bli hørt. Slik god relasjon som kan ses som et utgangspunkt for allianse og vellykket samhandling (Helsedirektoratet, 2014). Studien til Biong & Soggiu (2015) påpekte at en god relasjon mellom hjelperen og tjenestemottakeren var knyttet til livskvalitet og gode relasjoner ble omtalt som veldig viktig. Det er også viktig for recovery å ha en person med kunnskaper, som for eksempel en HF – ansatt, som har mulighet til å støtte deltageren underveis mot en bedre hverdag (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Gonzalez & Anvig, 2015a). Slike gode samtaler kan ha bidratt til at deltagere ser seg selv på lik linje med folk fleste og kan verdsette seg selv mer.

Studien til Watson (2012) pekte på at viktige elementer for HF – metodikken var å ha valgalternativer, og å ha diskusjon rundt det deltageren ønsker. Hvis deltageren ikke føler seg bekvem med å spørre om ulike alternativer eller ta opp et visst tema, kan det tyde på en dårlig relasjon med den HF – ansatte. Hvis dette skjer vil en av de viktigste elementene for HF – metodikken falle bort, nemlig god relasjon (Husbanken et al., 2016). Derfor er en god relasjon mellom ansatte og deltageren meget viktig slik at oppfølgingen og behandlingsløpet ikke blir ødelagt på grunn av dårlig relasjon (Helsedirektoratet, 2012; Evjen et al., 2012). Mange av deltagerne hadde mye erfaring med tradisjonelt tjenesteapparat, og var kanskje ikke vant med friheten til å velge selv og gjøre ting i sitt eget tempo. Deltagerne hadde kanskje møtt ansatte i tjenesteapparatet som ikke har vært enkle å skape en god relasjon med. Å kunne bestemme selv i hvilket tempo ting ble gjort og kunne velge selv hva som blir gjort, øker personens makt (Biong & Soggiu, 2015).

Studien pekte også på at det var lett for deltagerne å komme i kontakt med ansatte og at det var få grenser for hva det var mulig å få bistand til, styrker viktigheten til HF – oppfølging. Slik fleksibilitet skaper et godt utgangspunkt for samarbeid, tiltro og recovery (Biong & Soggiu, 2015; Gonzalez & Andvig, 2015a). Denne egenskapen i HF – tilbudet er noe som er annerledes fra tradisjonelt tjenesteapparat, noe som også funnene tydet på, og noe som deltagerne satt spesielt mye pris på. HF – teamet skal ha teamtilnærming istedenfor den tradisjonelle en-til-en tilnærmingen (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016; Husbanken et al., 2016). Dette gjør at deltagerne er kjent med alle de

ansatte HF – teamet og vil ha bedre tilgang til de ansatte, siden oppfølgingen ikke er basert på primærkontakter. Dette øker tilgjengeligheten betydelig og gjør det lettere å ha stabil kontakt med teamet også i ferietider og ved sykdom. Deltageren vil derfor lære å forholde seg til flere personer, noe som kan gi styrket identitet etter hvert som deltageren merker at han kan forholde seg til flere rundt seg.

Det kom frem i studien at de fleste informantene hadde etablert seg i stabile arbeidsforhold, stabilt boforhold og hadde fått kontroll over økonomi og generelle ADL – ferdigheter. I følge Langeland (2011) kan forutsigbarhet ses som en av de viktige elementene innen gode mestringsstrategier, noe som bidrar til mestringsressurser og mestring. Å mestre noe kan videre bidra til opplevelsen av å ha mening i livet og personlig utvikling, slik at personen beveger seg mot høyere grad av helse på kontinuumet (Langeland, 2011). Funnene tydet på at det å klare å kvitte seg med NAV og ha inntekt via arbeid, ble omtalt som en stor milepæl og noe som gjorde at deltagerne følte seg som alle andre. Å komme seg ut i arbeid gir gjerne opplevelsen av tilhørighet, noe som er viktig i recovery (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Davidson et al., 2006). Å få seg en slik ny rolle som arbeidstaker styrker sosial identitet, noe som også kan styrke personlig identitet.

### **5.3 Tilhørighet, håp og mening**

Å føle tilhørighet med lokalsamfunnet, ha håp og oppleve mening, er sentrale punkter i recovery-prosessen (Leamy et al., 2011). Informantene la mye fokus på hvordan oppfølgingen fra HF – teamet bidro til en endret tankemåte som hjalp dem å se mulighetene de hadde. Personens egne ferdigheter for selvhjelp øker livskvalitet (Wolf, et al., 2001). Studien tydet på at den tette oppfølgingen fra HF – teamet var med på å bidra at deltagerne begynte å sette nye mål, som for eksempel å komme seg ut i arbeid. Å være i arbeid betyr ofte at deltageren får tilhørighet til nærmiljøet sitt. Mange av informantene hadde kommet i arbeid, og ga uttrykk om av det skapte et miljø hvor de følte seg som en del av fellesskapet. En slik opplevelse av tilhørighet i deltagerens nærmiljø er en del av recovery, som også innebærer tilhørighet i sosiale miljøer som ofte kommer med å ha for eksempel en arbeidsplass (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Borg, 2009; Gonzalez & Andvig, 2015b). Vellykket sosial integrering er også noe

som HF – metodikken er opptatt av dersom deltageren ønsker det selv (Pleace, 2016; Husbanken et al., 2016).

Funnene tydet på at det å ha et eget sted å bo bidro til følelsen av tilhørighet i normalsamfunnet. En av deltagerne, som ikke hadde fått seg eget sted, følte seg ikke som en del av den gjennomsnittlige befolkningen på grunn av dette, og følte at han ikke kunne være seg selv, blant annet på arbeidsplassen sin. Slik usikkerhet gjør at man kan miste noe av kontakten med nettverket sitt og det fremmer ikke recovery. Tidligere studier støtter denne påstanden, ved å påpeke hvor viktig egen bolig er for å øke kontakten med nettverket (Andvig et al., 2013; Gonzalez & Andvig, 2015a; Gonzalez & Andvig, 2015b).

Den recovery-orienterte oppfølgingen HF – tilbudet ga, var også med på å bidra til at deltagerne kunne se at det var muligheter for dem i fremtiden. Det å ha en HF – ansatt som kunne støtte deltageren underveis og bidra med å løfte opp humøret til tider, var betydningsfullt for at deltageren skulle kunne opprettholde håpet. Å kunne å ha håp i livet sitt og se at positive endringer er mulig, var noe som HF – ansatte bidro med. Det å ha fått seg et eget sted å bo var viktig for deltagerne i forhold til å oppleve håp for fremtiden og holde optimismen oppe. Studien til Gonzalez & Andvig (2015b) bekrefter denne påstanden. HF – metodikken tar i utgangspunkt i at recovery begynner når man får seg et eget sted å bo (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016) og at man gir tett oppfølging uansett om deltageren har bolig eller ikke.

I følge Borg & Topor (2014) kan det være avgjørende for recovery å ha en som holder håpet oppe når deltageren ikke kan gjøre det selv. Dette er gjerne en person med nær relasjon til deltageren som har tro på deltageren, som for eksempel en fagperson (Borg & Topor, 2014). Å ha håp er også noe som er grunnleggende for recovery (Sælør, Ness, Holgersen & Davidson, 2014). Dette kan tyde på at HF – ansatte har hatt tro på deltageren og at deltagerne har merket dette og derfor klart å opprettholde håp i livet, noe som videre har styrket recovery. Den tette relasjonen som deltagerne opplevde med HF – ansatte kan ha vært avgjørende for dette, takket være god tilgjengelighet og fleksibilitet fra HF – teamet. Åpenhet mellom deltageren og HF – ansatte kan ha gjort

det lettere å ha en ærlig kommunikasjon, slik at deltageren har hatt muligheten til å diskutere alt av utfordringer, siden HF – tilbudet ikke krever rusfrihet (Tsemberis, 2010; Pleace, 2016). Det å få seg et eget sted å bo ble omtalt som noe meget positivt og noe som ga mye håp om god framtid. Dette støtter også studien til Gonzalez & Andvig (2015b) som tyder på at det å ha et eget hjem gir grunnlag for håp.

Funnene tydet på at deltagerne fikk mer optimistisk syn på livet sitt og hva de var i stand til å oppnå. Det kom frem i studien at en slik optimistisk holdning også fra de ansatte i HF – teamet ga deltagerne mer håp. Det kan ha hjulpet til et mer optimistisk syn som deltagerne har fått på seg selv. Å få bekreftelse fra de HF – ansatte om at deltageren var som alle andre, kan ha bidratt til optimisme. Dette støtter også funnene fra studien til Borg (2009) og Gonzalez & Andvig (2015b), som påpeker at det å oppleve å "være vanlig" styrker håpet.

Studien tydet på at deltagerne begynte å prioritere ting annerledes i løpet av deltagelsen i HF – prosjektet. Å vite at de klarer seg, og vite at de ikke havner bak startlinjen igjen, gir trygghet og kan også gi mening. Studien tyder også på at deltagerne opplevde økt livskvalitet som følge av deltagelsen i HF – prosjektet. Dette støtter også tidligere forskning, som påpeker hvordan HF – tilbudet i større grad kan bidra til økt livskvalitet enn tradisjonell oppfølging (Henwood, et al., 2014; Patterson, et al., 2013b). Funnene kan tyde på at en slik økt livskvalitet har bidratt til at deltagerne lettere har funnet mening i livet og hverdagen. Det virket som at det ble lettere for deltagere å se hva som var meningen i alt de gjorde. Dette er et element i OAS, meningsfullhet (Antonovsky, 2012).

Funnene tydet på at det å kunne være en ressurs for andre, som for eksempel på arbeidsplassen eller for en kjæreste, var betydningsfullt og ga mening. Å bli sett av andre og oppleve at andre ser deltageren som en ressurs på forskjellige arenaer styrker deltagerens opplevelse av å være noe meningsfullt i slike settinger (Borg, 2009; Gonzalez & Andvig, 2015a). Studien tydet også på at det var lettere å få gjennomført oppgaver man ellers kanskje hadde ikke fått gjennomført eller tenkt på. Gjennomføring av hverdagslige oppgaver samt arbeidsoppgaver gir mening (Gonzalez & Andvig,

2015b). Dette kan tyde på at deltagerne begynte å se mer mening i å få gjennomført disse oppgavene enn før, som for eksempel å ha orden i økonomien. Å anerkjenne og respektere deltagerens egen kunnskap om seg selv som tjenestemottaker er en viktig del av brukermedvirkning. Økt grad av deltagerens involvering i sin egen recovery-prosess øker også følelsen av kunnskap om egen situasjon (Storm, 2009). Når deltageren får økt kunnskap om sin egen situasjon, vil det også være lettere for deltageren å se meningen i det han gjør. HF – tilbudet som fulgte deltageren og ikke boligen gjorde det mulig for deltageren å ha en fagperson ved siden av seg hele veien.



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å se på om HF - prosjektet i en norsk kontekst klarer å oppfylle det et HF – tiltaket skal bidra med for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Hensikten var også å se nærmere på hvilken måte deltagelsen fremmet recovery-prosessen, samt om deltagelsen bidro til bostabilitet. Hensikten var også å generere ny kunnskap om HF i Norge. Problemstillingen for studien var hvilke erfaringer deltagerne har i forhold til HF, etter endt deltagelse. Det ble laget to forskningsspørsmål for studien: på hvilken måte fremmet deltagelsen recovery, og på hvilken måte opplevde deltagerne å få bistand fra HF – teamet? Det ble gjennomført fire kvalitative intervjuer i høsten 2016. Kvalitative intervjuer ble valgt på grunn av det egnet seg best for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmål.

Funnene fra studien kan forstås som at deltagerne i HF - prosjektet kom i en recovery-prosess gjennom denne deltagelsen, og også etter endt deltagelse. Deltagerne i denne studien erfarte at HF – tilbudet har vært et fleksibelt, tilgjengelig og individuelt tilpasset tilbud. Dette kan forstås som at HF – tilbudet skiller seg ut fra tilbudene deltagerne kjente fra før, på en positiv måte. Dette var noe som bidro positivt til recovery-prosessen og styrket empowerment. De fleste deltagerne opplevde å få bistand til det de ønsket selv og opplevde bistand i forhold til bosituasjonen. Dette tyder på at HF – tilbudet kan være med å bistå med bostabilitet og at personer med psykisk helse – og ruslidelser klarer å mestre å bo i egen leilighet. Funnene fra denne studien kan forstås slik at HF –tilbudet kan være en god oppfølgingstjeneste for personer med psykisk helse – og ruslidelser. Funnene viser dermed at det er viktig med slik fleksibel, tett og brukerfokusert oppfølging. Studien tyder på at HF – oppfølgingen var avgjørende for at deltagerne kom seg i recovery-prosessen. Funnene i denne studien blir støttet av teori og tidligere forskning gjort på dette feltet.

Studiens begrensinger var lite utvalg, noe som var grunnet i tidsbegrensinger og liten populasjon. Funnene i denne studien er ikke direkte overførbare, men kan være gjenkjennbare i andre studier. For å få enda mer pålitelige svar kunne det ha vært hensiktsmessig å gjennomføre flere intervjuer ved forskjellige tidspunkter etter endt

deltagelse. Styrkene ved denne studien er at designen er godt egnet til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmål.

## **6.1 Forslag til videre forskning og implikasjoner**

Funnene fra studien tyder på at det kan være videre behov for å forske nærmere på om HF – metodikken kan bidra til recovery-prosessen i større grad enn det tilbudet som kommunene har per i dag. Siden HF er fortsatt lite forsket på i Norge, kan det være hensiktsmessig å forske på HF i Norge i et større skala. Det kan også være videre behov for å forske nærmere på om HF – metodikken kan betydelig øke bostabiliteten og redusere bostedsløshet. Snertingdal (2014) påpekte at det finnes stor variasjon mellom kommuner i hvor nærme kommunene har valgt å følge den originale HF – metodikken. Den aktuelle kommunen for denne studien var veldig opptatt av å følge HF – metodikken så godt som mulig, noe som også blir bekreftet av deltagerne i denne studien. Dette kan tyde på at det kan være lønnsomt å følge HF – metodikken nøye. Basert på dette kan det være hensiktsmessig å se nærmere på hvordan de forskjellige kommuner har valgt å følge metodikken og hvilke forskjeller som finnes.

# Litteraturliste

Andvig, E., Bergseth, A., Karlsson, B. & Kim, S.H. (2016). *Med brukeren i førersetet? – En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunens prosjekt "Ditt val – Bolig først"* (Senter for psykisk helse og rus forskningsrapport 3/2016). Drammen: Senter for psykisk helse og rus.

Andvig, E., Lyberg, A. & Gonzalez, T. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 115-128.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Anvig, E. & Hummelvoll, J.K. (2015). From struggling to survive to a life base don values and choices: first-person experiences of participating in a Norwegian Housing First project. *Nordic Journal of Social Research*, 2015(6), 167-183.

Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse – og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Benjaminsen, L. (2013). Policy review due – date: Results from the Housing First based Danish homelessness strategy. *European Journal of Homelessness*, 7(2), 109-131.

Biong, S. & Soggiu, A.S. (2015). "Her har de tingene i henda og gjør noe med det": om recovery-orientering i en kommunal ROP – tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 50-60.

Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. (Doktorgradavhandling, Institutt for sosial arbeid og helsevitenskap, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU, Trondheim). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267630>

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 452-459.

Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling* (NAPHA rapport 4/2013). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Main, I. & Davidson, L. (2006). What Makes a House a Home: The Role of Material Recourses in Recovery from Severe Mental Illness.

*American journal of psychiatric rehabilitation*, 8(3), 243-256. doi: 10.1080/15487760500339394

Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First Europe. Results of a European Social Experimentation Project. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 13-28.

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2006). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201. doi: 10.1080/15487760500339360

Departementene (2014). *Strategi - bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Oslo: Departementet.

Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget

Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. Otta: Tano Aschehoug.

Gonzalez, M. T. & Andvig, E. (2015a). Experiences of Tenants With Serious Mental Health Illness Regarding Housing Support and Contextual Issues: A Meta – Synthesis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(12), 971-988. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2015.1067262>

Gonzalez, M. T. & Andvig, E. (2015b). The Lived Experience of Getting and Having a Home of One's Own: A Meta – Synthesis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 905-918. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2015.1052866>

Hallandvik, J.E. (2009). Konflikter ved lokal oppdragsforskning: forståelse og håndtering. I Garmann Johansen, H.C., Halvorsen, A. & Repstad, P. (Red.), *Å forske blant sine egne* (s. 285-302). Oslo: Høgskoleforlaget.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP – lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse – og omsorgsdepartementet (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* Prop 15S. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Henwood, B.F., Matejkowski, J., Stefanic, A. & Lukens, J.M. (2014). Quality of life after housing first for adults with serious mental illness who have experienced chronic

homelessness. *Psychiatry Research*, 2014(220), 549-555.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.072>

Herheim, Å. & Langholm, K. (2006). *Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter*. Nørhaven: N.W. Damm & Sønn.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Husbanken, Helse Vest, Helse Bergen, Helse Stavanger, Sandnes kommune, Bergen kommune & Tsemberis, S. (2016). *Housing First. Metodehandbok*. Stavanger: Helse Vest.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Langeland, E (2011. 15.07). Salutogenese – teori og praksis. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14219/Salutogenese---teori-og-praksis>

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C.L., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrativ synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733

Lindseth, A. & Norberg, A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 17 (2012-2013). (2012). *Byggje -bu- leve. Ein bustadpolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar*. Oslo: Kommunal – og regionaldepartementet.

Meld. St. 29 (2012-2013). (2012). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.

NAPHA (2010, 12.10.2010) Recovery. Hentet 19.01.2017 fra <https://napha.no/content/13883/Recovery>

NOU 2011:15. (2011). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

Olsø, T.M., Almvik, A. & Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeid mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og

rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), 121-131. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3327>

Padgett, D.K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med.*, 64(9), 1925-1936. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2007.02.011>

Pasient- og brukerrettighetsloven (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient – og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).

Patterson, M.L., Moniruzzman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C.J., Krausz, M. & Somers, J.M. (2013a). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 48(8), 1245-1259. doi: 10.1007/s00127-013-0719-6

Patterson, M.L., Rezanoff, S., Currie, L. & Somers, J.M. (2013b). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomised controlled trial of Housing First: a longitudinal, narrativ analysis. *BMJ Open*, 2013(3), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003442

Pearson, C., Montgomery, A.E. & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in Housing First programs. *Journal of Community Psychology*, 37(3), 404-417. doi: 10.1002/jcop.20303

Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. Hentet fra [http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/06/HFG\\_full\\_Digital.pdf](http://housingfirstguide.eu/website/wp-content/uploads/2016/06/HFG_full_Digital.pdf)

Polvere, L., Macnaughton, E. & Piat, M. (2013). Participant perspective on Housing First and recovery: Early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 110-112. <https://doi.org/10.1037/h0094979>

Rambøll (2012). *Husbanken. Housing First. Muligheter og hindringer for implementering i Norge* (Rambøll sluttrapport 2/2012 for Husbanken). Oslo: Rambøll.

Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, 1(9), 64-70. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0034

Slade, M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: how mental health system can support recovery. *Psychiatric services*, 63(7), 702-704. doi: 10.1176/appi.ps.201100521.

Snertingdal, M.I. (2014). *Housing First i Norge – en kartlegging* (Fafo-rapport 52/2014). Fafo.

Snertingdal, M.I. & Bakkeli, V. (2015). *Housing First i Norge – sluttrapport. Prosesser, resultater og kartleggingsskjema* (Fafo-rapport 52/2015). Fafo.

Sosial – og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Sosial – og helsedirektoratet rapport 4/2006). Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.

Starrin, B. (2008). Empowerment som livsinnstilling – kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe?. I Askeim, O.P. & Starrin, B. (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 59-70). Oslo: Gyldendal akademisk.

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sælør, K.T., Ness, O., Holgersen, H. & Davidson, L. (2014). Hope and recovery: a scoping review. *Advances in dual diagnosis* 7(2), 63-72. doi: 10.1108/ADD-10-2013-0024

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

Tsemberis, S. (2010). *Housing first. The pathways modell to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Minnesota: Hazelden.

Tuntland, H. (2006). *En innføring i ADL : teori og intervensjon*. Kristiansand: Høgskoleforlag.

Watson, D.P. (2012). From structural chaos to a model of consumer support: understanding the roles of structure and agency in mental health recovery for the formerly homeless.

*Journal of forensic psychology practice*, 12(4), 325-348.  
<http://dx.doi.org/10.1080/15228932.2012.695656>

Wolf, J., Burnam, A., Koegel, P., Sullivan, G. & Morton, S. (2001). Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(8), 391-398.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.

# Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: NSD godkjenning

Vedlegg 3: Forespørsel til deltagelse

Vedlegg 4: Samtykke til deltagelse



# Vedlegg 1

## Intervjuguide

- Hvilken betydning hadde HF for deg?

*(Ha kontakt med noen som følger opp tett?)*

- Fortell hvordan du opplevde deltagelsen i HF?

*(Opplevdes brukerstyring, bo stabilitet, valgfrihet, boligfremskaffelse? Eventuelt hvordan/hva var forskjellen til den bistand/oppfølging personen har fått før HF?)*

- Hvordan opplevde du samarbeidet med HF?

- Hva slags virkning hadde deltagelsen i HF for deg? Hva gjorde deltagelsen for deg?

*(opplevde du kontroll, selvbylde, nettverk, endring i livskvalitet etc)*

- Har noe blitt annerledes etter deltagelsen?

*(I hvilken grad er disse endringene en konsekvens av deltagelsen i HF?)*

- Hvordan var det for deg å gjennomføre deltagelsen i HF?

Åpne spørsmål om erfaringer med:

-møte med respekt

-bli hørt

-brukermedvirkning

-tett oppfølging

-å bli hørt

-støtte

## Vedlegg 2



Ellen Andvig  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge  
Papirbredden - Drammen  
3045 DRAMMEN

Vår dato: 02.09.2016

Vår ref: 49456 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49456	<i>Erfaringer med Housing First etter gjennomført eller nedtrappet deltagelse</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ellen Andvig</i>
Student	<i>Leena Orava</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



### FORMÅL

Formålet med prosjektet er å se på om HF prosjektet i en norsk kontekst klarer å oppfylle kravene for HF modellen. Dette vil bli gjort ved å se nærmere på hvilke erfaringer deltagere som gjennomførte HF tiltaket har hatt. Det vil også bli diskutert om deltagerne opplevde recovery og brukermedvirkning, samt om deltagelsen bidro til bostabilitet.

### REKRUTTERING

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.

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men følgende skal slettes før utvalget kontaktes:

-"[...]og til Regional etisk komité (REK)"

### SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Studenten hadde ikke krysset av for at det skulle registreres sensitive personopplysninger, men det fremgår av vedlagt intervjuguide at du vil innhente sensitive opplysninger om helseforhold. Vi har endret meldeskjemaet i tråd med ovennevnte.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

### DATABEHANDLER

Det skal benyttes en transkriberingsassistent. Denne er databehandler for prosjektet. Høgskolen i Sørøst-Norge skal inngå skriftlig avtale med transkriberingsassistenten om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

### PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 10.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (transkriberingsassistent) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer.

## **Vedlegg 3**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

#### **”Erferinger med Housing First etter gjennomført deltagelse.”**

#### **Bakgrunn om formål for studien**

Dette er en forespørsel om du vil delta i en studie om erfaringer med prosjekt Housing First. Hensikten med studien er undersøke hvilke erfaringer deltakere hadde med å være med i prosjektet etter at de har avsluttet.

Mitt navn er Leena Orava, og jeg skal gjennomføre denne studien som en del av mastergradstudiet i klinisk helsearbeid, fordypning psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sør-Øst Norge.

De som spørres om å være med i denne studien vil være personer som tidligere har deltatt i Housing First – prosjektet eller som pr. i dag har redusert kontakten med de ansatte i prosjektet. Formålet med studien er å få mer kunnskap om hva som har bidratt til kvalitet i de tjenestene som dette prosjektet har tilbudt. Det finnes lite eksisterende forskning om erfaringer med tilsvarende prosjekt i Norge.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltagelsen i denne studien vil innebære et intervju med meg, student Leena Orava.

Intervjuene vil bli gjennomført i løpet av sommeren/høsten 2016. Varigheten på intervjuet vil variere mellom 30-60 minutter, men kan også bli lenger dersom du har mer på hjertet. Det vil ikke bli samlet inn annen data eller journaler. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle dine erfaringer med prosjektet og tiden etter gjennomført deltagelse.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Kun studenten og veilederen vil ha tilgang til dataene og har taushetsplikt. Opptaket fra intervjuet vil bli skrevet ut i tekst, og lydopptaket vil bli slettet. Utskriften av intervjuet vil bli gjennomført av en ekstern person med taushetsplikt. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Resultatene fra studien vil bli brukt i en masteroppgave og eventuelt i en artikkel, hvor

alle som har deltatt kan ikke identifiseres. Deltagere som blir intervjuet vil ikke være gjenkjennbare i publikasjonene.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 10.06.2018. Opptak fra intervjuene, teksten fra intervjuene og alt av andre opplysningene vil bli slettet senest da.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet. Dette vil ikke påvirke din relasjon eller framtidige relasjon med Housing First prosjektet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta du kontakt:

Ellen Andvig (prosjektleder)

Tlf: 31008874

e-post: [ellen.andvig@hbv.no](mailto:ellen.andvig@hbv.no)

Leena Orava (studenten)

Tlf. 40917033

e-post: [leenaorava@gmail.com](mailto:leenaorava@gmail.com)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## Vedlegg 4

### Samtykke til deltakelse i studien

Til deg som ønsker å delta i intervju om Housing First og erfaringene med deltagelsen.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om studien ”Erfaringer med Housing First etter gjennomført deltagelse”, og er villig til å delta i et intervju. Jeg er kjent med formålet med studien, behandling av materialet og anonymisering.

Med dette samtykker jeg til å delta i intervju.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ”Erfaringer med Housing First etter gjennomført eller nedtrappet deltagelse”,

---

(Signert, rolle i studien, dato)