



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSO321-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSO321 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	450
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
---------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Housing First og livskvalitet – bolig for bedring

Housing First and quality of life – housing for recovery

Kandidatnummer: 450

Sosialt arbeid

Fakultet for Helse og sosialvitenskap. Institutt for velferd og deltaking

Antall ord: 7998

16.05.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract:

In Norway, people with dual diagnoses are overrepresented in the national homelessness statistics. A dual diagnosis implies that a person has both a mental disorder and an alcohol or drug problem, which can lead to significant disabilities. Therefore, this group requires a comprehensive range of assistance. However, this group has historically fallen between two stools as a collaboration between the different services has proven to be challenging.

Social housing work is, among other things, about providing housing for the disadvantaged, as well as strengthening the individuals' ability to master the housing relationship. Housing First is a model created to end homelessness for people with mental illness and addiction. During the last decade, Housing First has been implemented in social housing work in Norway. This has led to 25 Housing first projects in Norway today. In this thesis, I have investigated in what way Housing First can affect the quality of life for people with a dual diagnosis. I have done a literature study to investigate which factors that affect the quality of life of the participants in Housing First.

My core findings suggest that stable housing, harm reduction, recovery work, and the involvement of the Housing First team, may lead to improved quality of life for the participants. Stable housing can be an important foundation for security, peace, and mastery. Harm reduction work can reduce the negative outcomes of substance use, prevent mental crises, as well as help the participant keep their home. Recovery work is important because it's concrete and targeted work for a better quality of life, on the participants' terms. The Housing First team is also an important part of the participants' quality of life. The findings have shown that a trusting and good relationship is a significant part of Housing First, for both the employees and the participants.

Innhold

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.1.2 Førforståelse av tema	4
1.2 Sosialfaglig relevans og forskning på feltet	4
1.3 Problemstilling.....	5
1.3.1 Forskningsspørsmål.....	5
1.3.2 Avgrensninger	6
1.3.3 Begrepsavklaring.....	6
1.4 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Teori	8
2.1 Housing First	8
2.2 ROP-lidelser	9
2.3 Livskvalitet	10
2.4 Recovery/bedringsprosesser	10
2.5 Skadereduksjon	11
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie.....	13
3.2 Fremgangsmåte	13
3.3 Kildekritikk	14
3.4 Litteraturgjennomgang.....	15
4.0 Funn	16
4.1 Opplevd livskvalitet	16
4.2 Recovery	17
4.3 Skadereduksjon	18
4.4 De ansattes rolle	18
5.0 Drøfting	19
5.1 Tolkninger av opplevd livskvalitet i Housing First	19
5.2 Bedringsprosesser og recovery	21
5.3 Housing First og skadereduksjon	23
5.4 De ansattes rolle i Housing First	24
5.5 Utfordringer med Housing First-metoden.....	25
6.0 Oppsummering og konklusjon	26

7.0 **Litteraturliste** 28

Vedlegg 1: Søkelogg 32

Vedlegg 2: Oversikt empiri 33

1.0 Innledning

Tema for oppgaven er boligsosialt arbeid, med utgangspunkt i Housing First-modellen. En deltaker i Housing First fortalte: "Det skal litt til å ta tak når du har nok med å overleve" (Hansen, 2017, s. 90). Dette berører en av grunntankene til Housing First, bolig er en menneskerett. Når man har en stabil bolig vil det være mulig å arbeide videre mot bedring (Helse Vest, 2016, s. 16).

1.1 Bakgrunn

Jeg har valgt dette tema, fordi jeg interesserer meg for rusfeltet og boligsosialt arbeid. Høsten 2021 var jeg i praksis i et botiltak for rusavhengige, som er en del av sosiale botjenester i Bergen kommune. Her lærte jeg om *Housing First*, (Heretter forkortet *HF*) som er et tiltak for brukergruppen med ruslidelser og psykiske lidelser (*ROP-lidelser*). Dette førte til at jeg ønsket å fordype meg i denne metoden i bacheloroppgaven. Jeg ønsker å jobbe innen rusfeltet når jeg er ferdig med studiet, og opplever det derfor som relevant å tilegne meg mer kunnskap og nye perspektiver innenfor boligsosialt arbeid og rus. Jeg ser også dette som et relevant tema i lys av de endringene vi ser i dagens ruspolitikk, og tror fokus på boligsosialt arbeid og ROP-lidelser vil få større plass i velferdspolitikken framover.

1.1.2 Førforståelse av tema

Vi har alle en førforståelse knyttet til tema vi undersøker, som vi tar med oss inn i arbeidet (Dalland, 2017, s. 58). Min førforståelse er at HF er en god metode som legger til rette for tett oppfølging av brukerne, bidrar til økt livskvalitet og fungerer bedre enn andre former for boligsosialt arbeid.

1.2 Sosialfaglig relevans og forskning på feltet

Sosialt arbeid fokuserer på de sosiale problemene som oppstår mellom individ og samfunn (Berg, 2015, s. 19). Rusavhengighet og bostedsløshet kan defineres som sosiale problemer, og vil med dette være aktuelle tema for en sosialarbeider (Ellingsen & Levin, 2015, s. 49). I 2020 var det registrert 3325 bostedsløse i Norge. Mennesker med ROP-lidelser utgjorde ¼ av

alle bostedsløse, noe som klart viser at arbeid med denne brukergruppen er høyst aktuelt (Dyb & Zeiner, 2021, s. 27). Boligsosialt arbeid blir omtalt som et nytt område i norsk velferdspolitik (NAPHA, 2021, s. 4). HF, som boligsosial modell, er en del av den boligpolitiske utviklingen i Norge, og benyttes i flere norske byer. Fra oppstarten i 2012 til 2021 har HF vokst til å bli et tilbud med 25 programmer i hele Norge (NAPHA, 2021, s. 55). En systematisk oversiktsartikkel fra USA og Canada om HF, viser at HF-programmene forbedret livskvaliteten og økte brukernes deltakelse i samfunnet, sammenlignet med "treatment as usual" (Peng et al., 2020). I Norge foreligger det lite forskning på HF, og resultatene vedrørende bedring og livskvalitet er varierende. Barvik og Flåto (2018, s.51) har i en kunnskapsoppsummering om HF i Norge, konkludert med at livskvalitet og bedring gjennom HF er noe som bør forskes mer på.

I helse og omsorgstjenesteloven § 3-7 (2011), ser man at kommunen skal bistå i anskaffelse av boliger til personer som ikke kan ivareta sine interesser selv. I 2021 ble det innført en ny nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken. En av regjeringens tiltak her er å styrke bolig- og tjenestetilbudet for personer med ROP-lidelser (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021, s. 19). I FO-yrkesetiske grunnlagsdokument trekkes det fram verdier som forplikter yrkesutøveren, blant annet belyses det hvordan "profesjonsutøveren har et særskilt ansvar for å bistå de som ikke selv kan ivareta egne behov eller interesser" (FO, 2019, s. 5). HF er derfor en aktuell metode, da den retter seg mot en brukergruppe som trenger bistand og oppfølging for å kunne ivareta behov og interesser på boligmarkedet, og andre områder i livet.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er: **" På hvilke måter kan Housing First påvirke livskvaliteten for bruker med ROP-lidelser?"**

1.3.1 Forskningsspørsmål

For å konkretisere og utdype problemstillingen, samt strukturere analysen, har jeg brukt disse forskningsspørsmålene:

- Hvordan arbeider *Housing First* for bedringsprosesser og recovery?
- Hva viser forskningen om *Housing First* og skadereduksjon?
- Hvilken rolle har de ansatte i *Housing First*?

1.3.2 Avgrensninger

For å kunne gå nok i dybden, har jeg avgrenset oppgaven til å se på livskvalitet, bedringsprosesser og skadereduksjon for ROP-pasienter i HF. Denne avgrensningen har gjort at problemstillingen tar for seg hovedsakelig subjektive erfaringer, hvilket vil være bestemmende for hvilken del av forskningen som er relevant. Jeg har videre valgt å fokusere på brukergruppen med ROP-lidelser. I Norge er HF-prosjektene, og forskningen hovedsakelig rettet mot denne brukergruppen. Forskningen fra USA omfatter en større gruppe bostedsløse, og det vil da være relevant å avgrense til en spesiell brukergruppe.

1.3.3 Begrepsavklaring

Når jeg refererer til mennesker som mottar helse og sosialfaglige tjenester, omtales de som *bruker*. Når jeg referer til de som er med i HF-prosjektene, omtales de som *deltakere*.

Housing First:

HF er en metode for å bekjempe bostedsløshet. Det er en brukerstyrt metode, som tilbyr "bolig først" og samtidig tjenester til bostedsløse personer med ROP-lidelser. Et sentralt kjennetegn med HF er at det ikke stilles krav om rusfrihet eller påbegynt behandling for å kunne delta i prosjektet (Veiviseren, 2022).

Livskvalitet:

Livskvalitet handler om hvordan man opplever at man har det, og om man er tilfreds med livet (Barstad, 2014, s. 68). Livskvalitetsbegrepet kan deles inn i den *subjektive livskvaliteten* og den *objektive livskvaliteten* (Nes et al., 2021).

ROP-lidelser:

Begrepet ROP-lidelse er en forkortelse for personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Dette innebærer personer som har minst to selvstendige lidelser samtidig. Denne kombinasjonen kan føre til en betydelig funksjonsnedsettelse for individet (Evjen et al., 2018, s. 24).

Et hjem:

Bolig er et grunnleggende menneskelig behov, og en god bolig er et utgangspunkt for livsutfoldelse. En bolig er et hjem, hvor man kan oppleve mening og mestring og har en sentral betydning for identitet og sosial tilhørighet. Bolig er en menneskerett som kommer fram i FNs menneskerettighetserklæring § 25 (NAPHA, 2021, s. 24).

Boligosialt arbeid:

Boligosialt arbeid inngår i norsk velferdspolitik, og handler blant annet om å skaffe boliger til vanskeligstilte, samt styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet (Departementene, 2014, s. 8). Boligosialt arbeid på individnivå omfatter ofte brukere med få egne ressurser, dårlig psykisk og fysisk helse, svak økonomi, og en opphopning av flere ulike utfordringer. Hjelpet behovet er varierende, og det vil ofte være behov for bistand i beboerens egen bolig (Thyness, 2004, s. 20).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. I kapittel to gjør jeg rede for relevant teori. I kapittel tre redegjør jeg for valg av metode og reflekterer over metode og kildekritikk. I kapittel fire presenterer jeg relevante funn fra litteraturstudien. I kapittel fem drøfter jeg forskning, teori og funn. Avslutningsvis i kapittel seks gir jeg en kort oppsummering og konklusjon.

2.0 Teori

Problemstillingen "På hvilke måter kan Housing First påvirke livskvaliteten for brukere med ROP-lidelser?", gjør det relevant å presentere teori knyttet til *Housing First*, *ROP-lidelser*, og *livskvalitet*. For min videre analyse er det også viktig å se på teorier knyttet til *skadereduksjon*, *recovery* og *bedringsprosesser*.

2.1 Housing First

Housing First er en boligsosial modell som har sin opprinnelse fra New York, USA, og ble startet av Sam Tsemberis gjennom et prosjekt kalt «Pathways to Housing». Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om å endre enkeltmenneskers liv, og en tro på at det å få folk inn i bolig, ledsaget av videre oppfølging, ville føre til bedring i psykisk helse og rusavhengighet (Tsemberis, 2010, s. 1). Tsemberis mener bolig er en grunnleggende menneskerett og vil arbeide systematisk for å oppnå dette. HF har gradvis vokst siden oppstarten i 1992, og praktiseres nå i store deler av USA, Canada og Europa (Tsemberis, 2010, s. 4). HF som boligsosial metode kan sees på som en motpol til allerede eksisterende tilbud som stiller krav om behandling først. En viktig tanke i HF er at brukeren ikke skal måtte gjøre seg fortjent til å ha en bolig (Helse Vest, 2016, s. 10). Metoden praktiseres noe ulikt fra land til land. I denne oppgaven vil jeg fokusere på den norske HF-modellen, for å se på virkningen av denne. Dette gjør jeg med utgangspunkt i metodehåndbok for HF i Norge, som er utarbeidet i tett samarbeid med Tsemberis (Helse Vest, 2016). Målet for HF er å få slutt på bostedsløshet, støtte bedringsprosesser (*recovery*) og derigjennom sikre inkludering av mennesker som over lang tid har levd på kanten av samfunnet (Helse Vest, 2016, s. 16).

Det overordnede målet for HF er bedringsprosesser- også kalt *recovery*. Tanken er at brukerne skal få en stabil og permanent bolig med oppfølging, slik at man skaper et utgangspunkt for tilfriskning og bedre livskvalitet. Målgruppen for HF er først og fremst bostedsløse mennesker med ROP-lidelser, men de ulike prosjektene kan også inkludere andre bostedsløse med sammensatte utfordringer (Helse Vest, 2016, s. 16). Det er tre grunnleggende kriterier for å delta i HF: deltakeren må være i målgruppen, deltakeren må

godta vilkårene i en standard leiekontrakt, og teamet må få tilgang til boligen minst en gang i uken (sistnevnte kan variere).

HF-metoden har åtte grunnleggende prinsipper som skal bidra til å nå det overordnede målet om recovery. Disse prinsippene er: 1) bolig er en menneskerett, 2) varme, medfølelse og respekt for alle deltakere, 3) spredd bosetning, 4) skille mellom bolig og tjenester, 5) deltakerstyrte valg, 6) forpliktelse til å følge opp deltakerne så lenge de har behov, 7) tjenestefilosofi: fokus på bedringsprosessen og 8) skadereduksjon (Helse Vest, 2016, s. 44-45). Jeg vil under punkt 2.4 og 2.5 gå nærmere inn på prinsipper syv og åtte, ettersom de er mest vektlagt i funn og drøftingsdelen.

2.2 ROP-lidelser

Målgruppen for HF-prosjektene er brukere med *ROP-lidelser*. Det er flere kjennetegn ved livssituasjonen til denne brukergruppen. Blant annet er de oftere bostedsløse, de har gjerne behov for langsiktig og omfattende oppfølging, har avvikende atferd, sosiale problemer i form av økonomi, og de kan ha raskere sykdomsutvikling enn andre psykiatriske pasienter (Evjen et al., 2018, s. 24). Det å leve med psykiske lidelser, kan medføre problemer med å fungere i hverdagen, med å bo, eller med å ha et godt forhold til de rundt seg (Evjen et al., 2018, s. 26). Samtidig innebærer en ruslidelse skadelig bruk av rusmidler og avhengighet som over tid kan gi skader på den psykiske og fysiske helsen, samt ha uheldige sosiale konsekvenser (Hole, 2014, s. 17). Dette viser at det er en stor belastning for individet å leve med en psykisk lidelse og ruslidelse samtidig, og det kan gi konsekvenser for individets samlede funksjonsevne. Brukere med ROP-lidelser har en historie med å havne mellom rusomsorgen og psykiske helsetjenester (Dyb & Zeiner, 2021, s. 111). Brukerne faller ofte utenfor behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, og venter lenge på behandling både i spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet. De krever ofte samhandling på tvers av ulike tilbud i avdelinger, etater og nivåer, noe som har vist seg å være utfordrende (Evjen et al., 2018, s. 24). Det mangelfulle tilbudet og brukernes dårlige erfaringer med hjelpesystemet kan videre føre til at de er skeptiske til å ta imot behandlingstilbud (Evjen et al., 2018, s. 25).

Den samlede nedsatte funksjonsevnen til mange med ROP-lidelser kan gjøre at de har problemer med å bo (Evjen et al., 2018, s. 24). Som omtalt innledningsvis er gruppen med ROP-lidelser overrepresentert i bostedsløsstatistikken, og i denne brukergruppen er det også flere langvarige bostedsløse enn i den bostedsløse befolkningen for øvrig (Dyb & Zeiner, 2021, s. 112). En fast og trygg bolig kan bidra til at individet fungerer bedre, styrke identitet, sosial tilhørighet og forutsigbarhet. Det kan samtidig bidra til økt livskvalitet og rusmestring (Evjen et al., 2018, s. 166). I helse og omsorgstjenesteloven § 3-7 (2011), ser man at kommunen skal bistå i anskaffelse av boliger til personer som ikke kan ivareta sine interesser selv. Dette er begrunnet i tankegangen om at alle kan bo, men noen trenger mer hjelp til å klare det (Evjen et al., 2018, s. 167).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet er et bredt begrep som blant annet betegner hvordan et individ har det, både subjektivt og objektivt (Nes et al., 2021). Den subjektive delen av livskvalitet handler om individets oppfatning av eget liv. Sentralt er opplevelsen av trivsel, om man er tilfreds, og hvilken grad av positive og negative følelser man har. Den kan også si noe om hvordan individet fungerer i det daglige, og om man for eksempel opplever mening og mestring (Nes et al., 2021). Samtidig innebærer det hvor tilfreds man er med sentrale livsarenaer som økonomi og sosialt liv (Nes et al., 2021). Den objektive delen av livskvalitet knyttes til sentrale sider ved livssituasjonen. Dette kan innebære individets helse, muligheter for selvutvikling, deltakelse i felleskap, trygghet, og frihet. Sammenhengen mellom subjektiv og objektiv livskvalitet er at behovene som ligger til grunn i den objektive delen danner grunnlaget for den subjektive delen (Nes et al., 2021).

2.4 Recovery/bedringsprosesser

Bedringsprosesser også omtalt som *recovery* er et sentralt prinsipp i HF. Tro, håp, mestring og mening er grunnleggende i recoverytenkning (Evjen et al., 2018, s. 43). *Recoveryorientert praksis* baserer seg på å arbeide sammen med brukeren for å støtte opp under individets fortrinn, styrker, og kompetanse. Dette gjør man for at brukeren skal kunne mestre eget liv og leve et meningsfylt og konstruktivt liv (Evjen et al., 2018, s. 43). Recovery-orientert

praksis retter seg mot bedringsprosesser for individet. Dette innebærer en prosess mot opplevelse av mening, tilhørighet i samfunnet og en positiv identitet, uavhengig av individets tilstand (Evjen et al., 2018, s. 41). For brukere med ROP-lidelser, vektlegges å bedre livskvalitet for brukeren til tross for de psykiske utfordringene, og ruslidelsen. Derfor vil brukerens personlige oppfatning av god livskvalitet vektlegges høyere enn for eksempel en behandlerens definisjon av "frisk". Dette er en praksis som i stor grad henger sammen med empowerment, myndighet i eget liv og egenmestring (Evjen et al., 2018, s. 42). Målet med *empowerment* er at brukeren skal mobilisere egne ressurser, og ressurser i omgivelsene, slik at de kan få større kontroll over eget liv, og klare seg bedre selv (Ellingsen & Levin, 2015, s. 49).

Begrepet recovery er mye anvendt, men det praktiseres ulikt. Jeg vil derfor kort presisere hvordan recovery og bedringsprosesser praktiseres i en norsk HF-kontekst. Recovery-orientert praksis beskrives i metodehåndboken som en styrking av deltakerens tro på og sjans for at man kan leve et tilfredsstillende og meningsfullt liv, selv om man har problemer med psykisk helse og rus (Helse Vest, 2016, s. 45). For mange vil relasjonen, støtten og oppfølgingen fra de ansatte være en sentral faktor for bedringsprosessen. Den bedringsorienterte praksisen gjør hjelperen og deltakeren til likeverdige parter, som sammen arbeider for deltakerens mål (Helse Vest, 2016, s. 45). Praksisen baserer seg på å støtte deltakeren til å lære å mestre eget liv best mulig, og den er således prosessorientert fremfor å være styrt av måloppnåelse. Fokuset legges på at vedkommende etter hvert skal klarer mer på egenhånd (Helse Vest, 2016, s. 46).

2.5 Skadereduksjon

De siste tiårene har *skadereduksjon* knyttet til rusavhengighet blitt mer akseptert, vi har skiftet fokus fra nulltoleranse for bruk, over mot skadereduserende tiltak (Halvorsen et al., 2016, s. 209). Skadereduksjon kan utføres på ulike måter. Vanligvis er skadereduksjon knyttet til tiltak for å redusere skader for den enkelte knyttet til bruk av rusmidler (Meld. St. 30 (2011-2012), s. 113). Dette er gjerne praktisert gjennom utdeling av brukerutstyr, sprøyterom, lavterskel overnattingstilbud og lavterskel helsetilbud (Meld. St. 30 (2011-

2012), s. 114). Det sentrale er at det ikke stilles krav om rusfrihet, men heller at individet skal hjelpes til å håndtere sine rusproblemer. Her vil best mulig livskvalitet for brukeren være en viktig målsetning (Helsedirektoratet, 2012, s. 65).

I HF er skadereduksjon et sentralt prinsipp. Det er en deltakerrettet, praktisk tilnærming, som tar i bruk flere strategier for å hjelpe deltakerne, med rusproblem og psykiske symptomer (Helse Vest, 2016, s. 46). De ansatte anerkjenner all bedring hos brukeren, og støtter opp under faktorer som reduserer skadelig rusbruk, bedrer psykisk helse og øker livskvalitet. Her praktiseres skadereduksjon ikke bare ovenfor rusbruk, men også i form av tiltak tilknyttet psykisk helse (Helse Vest, 2016, s. 46). I HF utføres det skadereduserende arbeidet i samsvar med de deltakerdefinerte målene. Hjelpen rettes mot de målene deltakeren selv har satt seg. Dersom deltakeren ikke ønsker å redusere rusbruken, vil hjelpen heller rettes mot å redusere skaden rusbruken har for de deltakerdefinerte målene. Dette kan for eksempel være å bevisstgjøre deltakeren på konsekvensene av rusbruken i forhold til å beholde bolig (Helse Vest, 2016, s. 46).

3.0 Metode

Når man arbeider med forskning, er det viktig å gjøre rede for sitt vitenskapsteoretiske ståsted (Dalland, 2017, s. 47). I denne oppgaven vil jeg arbeide ut ifra et fenomenologisk vitenskapssyn, som innebærer å se på hvordan verden konkret oppleves og erfares fra brukeren eller de ansattes perspektiv (Dalland, 2017, s. 45). Problemstillingen min undersøker opplevd livskvalitet for deltakerne og erfaringer fra de ansatte. Derfor ser jeg det fenomenologiske vitenskapssynet som mest relevant, hvor man etterstreber å ikke ta med seg antakelser og fordommer om tematikken inn i studien, men heller forholde seg til de funn man gjør (Hovd, 2022). Metode legger føringer for hvordan man skal gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Hvilken metode man velger, baserer seg på hvordan man på best mulig måte kan besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 51).

3.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt å benytte metoden litteraturstudie, ettersom den er mest hensiktsmessig for å besvare min problemstilling. I en litteraturstudie benytter man allerede eksisterende litteratur for å besvare problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 4). En utfordring ved metoden er at man arbeider med andres forskning og andres tolkninger, noe som krever kritisk lesning og stor faglig bevissthet ved tolkning av de ulike studienes resultater. Når man gjennomfører en litteraturstudie kan man dessuten gå glipp av viktige momenter i datagrunnlaget, ettersom man kan risikere å vektlegge funn man allerede er enig i. Jeg har likevel valgt litteraturstudie som metode da det gir meg mulighet for å kunne se subjektive opplevelser fra et større utvalg, gjennom å se på data fra forskningsprosjekt knyttet til HF over hele Norge. En styrke med litteraturstudie, er at man kan se på flere forskningsprosjekt, og sammenligne resultater fra ulike publikasjoner. Da kan man trekke nye linjer fra allerede eksisterende forskning, for å belyse nye perspektiver, noe som kan være gunstig for fagfeltet (Aveyard, 2019, s. 4). Dersom resultatene er av lignende karakter vil det også kunne styrke reliabiliteten i forskningen (Aveyard, 2019, s. 7). Det vil også være en fordel å sammenligne flere publikasjoner, da en artikkel alene kan gi et misvisende bilde (Aveyard, 2019, s. 17).

3.2 Fremgangsmåte

I begynnelsen av prosessen valgte jeg tema "Housing First og brukere med ROP-lidelser". Ut fra dette tema søkte jeg etter litteratur og forskning, for å skape et overordnet bilde av hva som var tilgjengelig. Dette ga et grunnlag for å utvikle en relevant problemstilling. Da jeg kom fram til problemstilling konkretiserte jeg søkene og gikk mer målrettet til verks i søkeprosessen.

I søkeprosessen har jeg benyttet fire databaser: Oria, Idunn, Epistemonikos, og Campbell. Jeg prøvde meg fram med flere ulike begrep og kombinasjoner, som «Housing First», «ROP-lidelser», «dual diagnosis», «Boligsosialt arbeid», og «livskvalitet». Gjennom søkeprosessen har jeg opplevd det som hjelpsomt å søke etter artikler knyttet til HF. Det har gjort det enklere å finne relevante artikler, ettersom det er en helt konkret metode for ROP-pasienter. Jeg har søkt etter hovedsakelig norsk forskning, da jeg ønsket å undersøke resultater fra den

norske HF-modellen. Det har til dels vært utfordrende at metoden er relativt ny i Norge, og det har derfor vært begrenset med forskning i norsk kontekst på feltet. Det gjør det imidlertid også særlig interessant å diskutere i en bacheloroppgave. For nærmere beskrivelse av søkeprosessen kan man se **vedlegg 1**, som er et utdrag fra min søkelogg. I analyse og fortolkningsarbeidet benyttet jeg en tematisk analyse. Dette etter en modell, med seks faser: 1) gjøre seg kjent med dataene, 2) generere koder, 3) søke etter temaer, 4) evaluere temaer, 5) definere tema, 6) produsere det skriftlige (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Denne har hjulpet meg å strukturere, analysere og fortolke funnene.

3.3 Kildekritikk

Dalland og Tygstad hevder en god beskrivelse og begrunnelse av kildegrunnet er sentralt for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017, s. 152). Jeg vil derfor beskrive hvordan utvalget er gjort, og hvorfor jeg har valgt å benytte denne typen litteratur.

I søkeprosessen har jeg tatt flere kildekritiske beslutninger for å forsikre meg om at de artiklene jeg benytter gir holdbar kunnskap, er relevant for problemstillingen og av god kvalitet. Jeg har særlig valgt artikler som belyser hvordan brukere og ansatte opplever virkningen av HF-metoden. Ettersom problemstillingen undersøker subjektive erfaringer har jeg hovedsakelig inkludert artikler med et kvalitativt forskningsdesign, og data fra kvalitative intervju. Jeg benytter meg hovedsakelig av norsk forskning, både fordi jeg studerer de norske forholdene, men også fordi metoden praktiseres ulikt i forskjellige land. For å få inn det komparative perspektivet, har jeg også benyttet en artikkel fra USA. Jeg benytter kun artikler som er publisert f.o.m 2015, da HF er en relativt ny metode innen boligsosialt arbeid i Norge, og behandling knyttet til personer med ROP-lidelser er i stadig utvikling.

Utover dette har jeg valgt å inkludere systematiske oversiktsartikler, fagfellevurderte artikler og rapporter fra FAFO, (en frittstående samfunnsvitenskapelig forskningsstiftelse), som blant annet er skrevet på oppdrag fra Husbanken og Helse Vest. Dette for å benytte forskning av god kvalitet. Samtidig har det vært viktig for meg å være bevisst på hvem som har skrevet artiklene, og om forskningen er gjort av politisk engasjement eller av frittstående forskere.

3.4 Litteraturgjennomgang

Se **vedlegg 2**, for nærmere beskrivelse av hver artikkel, med *hvem* som har utført studien, *metode, informanter (antall, deltaker eller ansatt)*, kort om *alvorlighetsgrad av ROP-lidelser* hos deltakerne og *avgrensing av artikkelen*.

Artikkel 1 – Snertingdal og Bakkeli (2015)

Denne artikkelen er blant annet basert på kvalitative studier. Det er en FAFO-rapport fra 2015, som evaluerer forsøk med HF i Norge. I denne studien har jeg sett på resultatene knyttet til recovery (s. 60-65). En svakhet ved denne artikkelen er at den viser til en relativt smal del av tema jeg undersøker, og kan derfor være mangelfull med tanke på problemstillingen.

Artikkel 2 - Andvig et al. (2016)

Artikkelen er publisert av Senter for psykisk helse og rus (SFPR), og er en evaluering av et HF-prosjekt i Drammen. Denne artikkelen benytter hovedsakelig kvalitativ metode. Studien er delt inn i tre delstudier hvor jeg har sett på resultater fra kvalitativ delstudie 3, med funn fra intervju med deltakerne (s. 58-63), og drøftingsdelen knyttet til livskvalitet og bedringsprosesser (s. 85-89). En svakhet ved studien er at den baserer seg på et prosjekt hvor de ikke har inkludert brukere med "tyngre psykiske lidelser", noe som kan ha påvirket resultatene.

Artikkel 3 – Hansen (2017)

Dette er en FAFO-rapport som evaluerer forsøk med HF i Bergen og Sandnes. Hoveddelen av denne studien er basert på kvalitative intervju. Her har jeg sett nærmere på kapittelet om bedringsprosesser og analysen knyttet til livskvaliteten hos brukerne (s. 89-97). En svakhet ved studien er at det er intervjuet relativt få deltakere, noe som fører til få konkrete målbare resultater.

Artikkel 4 - Nordaunet og Andvig (2018)

Denne artikkelen baserer seg på kvalitative studier. Den ser nærmere på skadereduksjon i HF, og beskriver hvordan ansatte ser på sentrale poenger som skadereduksjon, relasjonsarbeid og recovery hos deltakerne. En svakhet er at de kun har intervjuet ansatte og ikke deltakere, som igjen vil farge studiens oppfatning av metodens virkning.

Artikkel 5 – Kerman et al. (2021)

Dette er en systematisk oversiktsartikkel som ser på resultater fra skadereduserende praksis i HF. Datagrunnlaget i denne studien består av 34 artikler fra USA og Canada, og en fra Norge. En svakhet er at denne artikkelen ser utelukkende på skadereduksjon, og kan derfor være mangelfull i lys av problemstillingen.

4.0 Funn

I denne delen vil jeg presentere relevante funn fra empirien i litteraturstudien, som bidrar til å besvare problemstillingen: "På hvilke måter kan Housing First påvirke livskvaliteten for brukere med ROP-lidelser?". Dette gjør jeg gjennom fire tema: opplevd livskvalitet, skadereduksjon, recovery, og de ansattes rolle. Funnene blir presentert **uten** vurderinger, ettersom jeg gjør dette i drøftingsdelen.

4.1 Opplevd livskvalitet

Tegn på bedre livskvalitet:

Det er flere indikatorer på bedre livskvalitet i de kvalitative intervjuene. I Hansen (2017) beskriver deltakerne at de har det bedre enn før, og mange opplever bedre livskvalitet. I Andvig et al. (2016) beskriver deltakerne en framtidstro, og ønske om å gjøre endringer i eget liv. De har brukt ord som økt livskvalitet og opplevelse av livsforbedring etter de ble med i prosjektet (Andvig et al., 2016, s. 62). Flere deltakere i denne studien forklarer at de opplever mer trygghet, sosial tilhørighet og interesse for meningsfulle aktiviteter (Andvig et al., 2016, s. 87). Et gjennomgående funn er at boligen er et viktig holdepunkt for ro, orden,

trygghet, mestring, stabilitet og muligheten til å ta tak i livet (Andvig et al., 2016; Hansen, 2017; Nordaunet & Andvig, 2018; Snertingdal & Bakkeli, 2015).

Tegn på ingen forbedring eller verre livskvalitet:

Flere av deltakerne beskriver i de kvalitative intervjuene at livet fortsatt byr på mange vansker, også etter deltakelse i HF. De har perioder med mye rus, og beskriver det som vanskelig å holde seg rusfri når de ikke har aktiviteter på dagtid (Hansen, 2017, s. 91). Noen deltakere oppgir at de er misfornøyd med sin psykiske helse (Hansen, 2017, s. 93). Mange forteller at de føler seg ensomme og isolerte, noe som gjør at de oppsøker rusfelleskap, samt at det forverrer den psykiske helsen (Andvig et al., 2016, s. 86). Et gjennomgående funn er at de fleste deltakerne opplever store svingninger, og det å få et sted å bo medfører ikke automatisk bedring på andre områder i livet (Andvig et al., 2016; Hansen, 2017; Snertingdal & Bakkeli, 2015).

4.2 Recovery

I Nordaunet og Andvig (2018, s. 60) forklarer de ansatte at motivasjon for endring er viktig, og det skadereduserende arbeidet i liten grad fører til recovery hos deltakerne dersom de ikke er motivert. I Hansen (2017) vektlegger de ansatte at det å skape trygghet i bolig og en stabil relasjon til de ansatte, gir mulighet for den enkeltes recoveryprosess. Andvig et al. (2016), registrerer mange tegn til recovery hos deltakerne. Deltakerne fortalte at de opplevde mening, tilhørighet, og at de hadde jobb eller noe meningsfullt å fylle dagene med etter deltakelse i prosjektet (Andvig et al., 2016, s. 63). Noen forteller om personlige og sosiale bedringsprosesser etter deltakelse, selv om de ikke er kvitt sine rus- og psykiske helseproblemer (Andvig et al., 2016, s. 87). Deltakerne i dette prosjektet forklarte også at de opplevde mer kontroll over eget liv, og et ansvar for å arbeide mot egne mål. Dette forklarte Andvig et al. (2016, s. 98) med at den personlige recoveryprosessen var påvirket av empowerment for deltakerne. I Hansen (2017) og Snertingdal og Bakkeli (2015) oppgir de ansatte at det er mange svingninger i recovery hos deltakerne. Prosessen er svært individuell og det går mye opp og ned. Snertingdal og Bakkeli (2015, s. 61) vektlegger at selv om HF-

prosjektene lykkes i å få deltakerne i stabile boforhold er recovery vanskelig å oppnå hos deltakerne.

4.3 Skadereduksjon

I Nordaunet og Andvig (2018) beskriver *de ansatte* skadereduksjon som en sentral del av arbeidet. De forteller om skadereduksjon som foregår på brukerens hverdagsarena, hvor de bevisstgjør om skadelig rusbruk, ivaretar grunnleggende behov, gir støtte til å beholde bolig og mestre et liv med psykisk helseutfordringer og rus (Nordaunet & Andvig, 2018, s. 58). Informantene forteller at det er skadereduserende å lære deltakerne å kjenne når den psykiske helsa blir dårligere (Nordaunet & Andvig, 2018, s. 57). De forklarer også at det er sentralt i det skadereduserende arbeidet at de ansatte respekterer deltakernes valgfrihet og selvbestemmelse over eget liv (Nordaunet & Andvig, 2018, s. 60). Et funn som kommer fram i både Snertingdal og Bakkeli (2015) og Andvig et al. (2016) er at det skadereduserende arbeidet er spesielt utfordrende i deltakergruppen med unge menn som bruker amfetamin og cannabis.

Kerman et al. (2021), som er en systematisk oversiktsartikkel fra USA, påpeker at skadereduserende utfall i HF er for lite forsket på, og det vil derfor være for tidlig å komme med en konklusjon på dette. Kerman et al. (2021) har funnet minimalt med skadereduserende effekt av HF i forhold til rusmiddelbruk og rusrelaterte skader.

4.4 De ansattes rolle

Et gjennomgående funn er at måten de ansatte utfører arbeidet på i HF, er av stor betydning for deltakerne. I Andvig et al. (2016), opplever deltakerne at de ansatte har mer tid, er mer tilgjengelig og har flere ressurser enn de tidligere var vant med. De ansatte beskrives som en profesjonell følgesvenn, og som at de bryr seg, er engasjert og liker jobben sin (Andvig et al., 2016, s. 60). Hansen (2017, s. 92) trekker fram at den jevnlige oppfølgingen og samtalene med de ansatte bidrar til stabilitet, mestring og trygghet for deltakerne. I Nordaunet og Andvig (2018, s. 60) forteller de om viktigheten av en god allianse for å kunne snakke med

deltakerne om rus og psykiske helseproblemer på et ikke-dømmende grunnlag. Kerman et al. (2021) viser at relasjonen med de ansatte bygger tillitt som videre legges til grunn for å kunne arbeide skadereduserende med deltakerne. I de tilfellene det skadereduserende arbeidet er effektiv er det knyttet til gode relasjoner mellom ansatte og deltakere (Kerman et al., 2021). Snertingdal og Bakkeli (2015) og Nordaunet og Andvig (2018) vektlegger også at gode og tillitsfulle relasjoner med de ansatte gjør at deltakerne tar kontakt med teamet når de opplever kriser, noe som er skadereduserende.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte forskning, teori og funn fra empirien i litteraturstudien. Dette gjør jeg for å besvare min problemstilling "På hvilke måter kan Housing First påvirke livskvaliteten for bruker med ROP-lidelser?". Etersom opplevd livskvalitet er en sentral del av problemstillingen ser jeg på ulike indikatorer på livskvalitet. Dette innebærer også funn som er en indirekte indikator på bedring eller forverring av livskvalitet.

5.1 Tolkninger av opplevd livskvalitet i Housing First

Fram til nå har vi både sett funn som viser at HF bedrer livskvaliteten hos deltakerne, og funn som viser at deltakerne fortsatt strever mye. På den ene siden viser funnene at deltakerne i flere av de kvalitative intervjuene forteller om mer ro, mestring, kontroll over eget liv, og at de har det bedre enn før (Andvig et al., 2016; Hansen, 2017). I lys av Nes et al. (2021) definisjon av subjektiv livskvalitet kan dette tyde på at deltakerne har økt livskvalitet etter de ble med i HF. Nes et al. (2021) definisjon på objektiv livskvalitet, kan sees i sammenheng med deltakernes skildringer av stabilitet og trygghet i bolig. I studien Andvig et al. (2016) og Hansen (2017) forklarte deltakerne at boligen var et viktig holdepunkt for orden, trygghet, stabilitet og muligheten til å ta tak i livet. På den andre siden er det flere deltakere som forteller at de ennå sliter med sin psykiske helse og har store rusproblemer (Hansen, 2017). Ensomhet og mangel på daglige aktiviteter blir både beskrevet som en belastning i seg selv, og som en utløsende faktor for mer rusbruk og forverring av den psykiske helsen (Andvig et al., 2016, s. 86). Derfor ser jeg det som hensiktsmessig å stille

spørsmål ved hvorfor resultatene fra de kvalitative intervjuene viser så stor variasjon hos deltakerne.

Teori knyttet til gruppen med ROP-lidelser viser at de ofte har sammensatte problemer, og lever med belastningen av både psykiske lidelser og rusproblematikk (Evjen et al., 2018, s. 24). Jeg ser det også som viktig å presisere at betegnelsen ROP-lidelser ikke benyttes på en homogen gruppe, og at det vil være mange forskjellige mennesker med ulike utfordringer innenfor brukergruppen. Som teorien påpeker, innebærer dette et helt spekter av personlighetsvansker og psykiske lidelser, samt ulike alvorlighetsgrader av rusmiddelbruk (Evjen et al., 2018, s. 26). For eksempel ser vi gjennom studien til Snertingdal og Bakkeli (2015) at de som er eldre og har et mer avklart forhold til eget rusbruk er mer stabile. Samtidig forklarer både Snertingdal og Bakkeli (2015) og Andvig et al. (2016) at de som sliter mest med bolig og dårligere livskvalitet er unge amfetaminavhengige menn. Man kan derfor argumentere for at de varierende resultatene knyttet til livskvalitet kan ha en sammenheng med variasjoner i brukergruppen. For å lykkes med metoden, slik at det gir deltakerne økt livskvalitet, kan det derfor være viktig å tydeliggjøre hvilke faktorer som øker sannsynligheten for økt livskvalitet, og hvilke faktorer som svekker effekten av HF-metoden.

Det er selvfølgelig vanskelig å måle opplevelse av livskvalitet. Individets subjektive oppfatning av livskvalitet varierer. Nes et al. (2021) presiserer at den kan oppleves som god, selv om man lever med belastninger som for eksempel dårlig økonomi, fysiske og psykiske helseplager. Flere av deltakerne forteller om dårlig psykisk helse, og mye rusmiddelbruk. Kan imidlertid indikatorene på bedre opplevd livskvalitet vise at de har det bedre *til tross for* andre påkjenninger? Et viktig poeng er at individet kan oppleve ro, trygghet og mestring, *selv om* de for eksempel har psykiske helseplager. En måte å tolke funnene på, er at dette er en brukergruppe som lever med store påkjenninger og gjerne har gjort det over lengre tid. Til tross for dette forklarer mange av deltakerne at de har det bedre, og opplever ro etter de fikk en stabil bolig gjennom HF (Hansen, 2017). I Hansen (2017, s. 96), trekker de ansatte fram at tre år er kort tid til å vurdere deltakernes bedringsprosesser. De vektlegger at dette er mennesker som gjerne har levd marginaliserte og urolige liv svært lenge. Det er derfor

viktig å ta høyde for at det vil ta mer enn et par år med bolig og oppfølging for at "alt skal bli bra" (Hansen, 2017, s. 96). Når det er sagt, behøver ikke dette undergrave den subjektive opplevelsen av ro, trygghet, og tro på framtiden, ettersom dette er viktige livskvalitetsforbedringer som kan gi grunnlag for bedringsprosesser over tid (Hansen, 2017, s. 97).

En annen måte å se de varierende resultatene på, er i lys av hvordan forskningen er gjennomført i de ulike studiene. Det må understrekes at i de kvalitative intervjuene er det gjerne få informanter fra deltakergruppen, noen er bare intervjuet en gang, og de er ofte fulgt over en relativt kort tidsperiode i boligen (Andvig et al., 2016; Hansen, 2017; Snertingdal & Bakkeli, 2015). Dermed kan man stille spørsmål ved hvor representativ funnene er. Dersom en deltaker bare er intervjuet ved én anledning, vil det være vanskelig å se bedring. I studien til Hansen (2017, s. 97), vektlegges det eksempelvis at det er få konkrete målbare resultater å vise til. Det er derfor sentralt å være bevisst på dette når man tolker funnene fra empirien i denne oppgaven. Når det stilles spørsmål ved om funnene fra de kvalitative studiene er pålitelige vil jeg samtidig trekke fram at Peng et al. (2020), som er en systematisk oversiktsartikkel, viser at HF-prosjektene forbedret livskvaliteten til deltakerne i større grad enn "treatment as usual". Dette viser at til tross for varierende funn i de mindre norske studiene, viser oversiktsartikkelen at det er tegn til bedre livskvalitet.

5.2 Bedringsprosesser og recovery

Et av grunnprinsippene i HF er fokus på bedringsprosesser (Helse Vest, 2016, s. 45). Sentrale mål i recoveryarbeid er blant annet å skape tro på framtiden, håp, mestring og en opplevelse av mening (Evjen et al., 2018, s. 43). Verdien av hjelpen skal ikke måles ut fra om individet blir psykisk frisk eller rusfri, men at vedkommende kan leve et mest mulig tilfredsstillende liv til tross for begrensninger (Evjen et al., 2018, s. 42). Dette kan knyttes opp mot livskvalitetsbegrepet, hvor dette er grunnleggende faktorer for opplevelse av god livskvalitet (Nes et al., 2021). I empirien er det hovedsakelig de ansatte som snakker om recovery og bedringsprosesser. Blant annet Hansen (2017), forteller om hvordan de ansatte arbeider for at deltakerne skal ha gode og stabile relasjoner til de ansatte og trygghet i bolig. Dette skal

videre legge til rette for den enkeltes bedringsprosesser (Hansen, 2017, s. 96). Dette underbygger den recoveryorientert grunntanken fra HF-metodehåndboken (Helse Vest, 2016, s. 45). Man arbeider sammen med deltakerne, for å sette realistiske mål, slik at man kan oppnå mestring og best mulig livskvalitet, selv om brukeren har sammensatte problemer. Teori viser at dette vil føre til empowerment hos brukere, da det er brukeren selv som definerer hva som er god livskvalitet (Evjen et al., 2018, s. 42). Det kan da være interessant å se hvorvidt dette fungerer i praksis.

Et sentralt funn jeg vil trekke ut av empirien, er at de ulike artiklene viser til store forskjeller i bedringsprosesser blant deltakerne. Som tidligere nevnt viser Andvig et al. (2016, s. 63) til «solskinshistorier», hvor deltakerne var i gang med gode bedringsprosesser. Noen var begynt i jobb og skole, fått opp kontakten med familie og et sosialt nettverk. Deltakerne fortalte også at de opplevde mer kontroll over eget liv, hvor de kunne jobbe mot å nå målene sine (Andvig et al., 2016). Dette skiller seg fra Hansen (2017) og Snertingdal og Bakkeli (2015), som forteller om svingninger i recoveryprosessen hos deltakerne, og beskriver recovery som vanskelig å oppnå. Dette gjør det aktuelt å stille spørsmål ved hva som gjør at bedringsprosesser hos deltakerne varierer i så stor grad.

Den mest sentrale forskjellen i empirien, er deltakernes ulike alvorlighetsgrad av psykiske lidelser. I studien til Andvig et al. (2016, s. 18) har de bevisst valgt å ikke inkludere “de tyngste psykiske lidelsene” når de rekrutterte deltakere til HF-prosjektet. Studien til Hansen (2017) og studien til Snertingdal og Bakkeli (2015), har ikke spesifisert kriterier for deltakelse, utover at de har en ROP-lidelse. Jeg ønsker derfor å rette søkelys mot sammenhengene mellom deltakernes bedringsprosesser, og graden av ROP-lidelse. Dette kan være en sentral grunn til forskjellen i bedringsprosesser, ettersom teorien viser at det å leve med tyngre psykiske lidelser kan medføre problemer med å fungere i hverdagen og å bo (Evjen et al., 2018, s. 26). Som forklart i studien til Nordaunet & Andvig (2018, s. 60), vil også motivasjon og innsats fra deltakeren sin side være grunnleggende for recovery. Derfor kan bedringsprosesser være mer realistisk for en “friskere” brukergruppe. Det kan også være etisk betenkelig å ikke inkludere de med tyngre psykiske lidelser. I FO-yrkesetisk

grunnlagsdokument står det at profesjonsutøveren har et særskilt ansvar for å bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet (FO, 2019, s. 5). Evjen et al. forklarer hvordan gruppen med ROP-lidelser, spesielt de med tyngre psykiske lidelser, kan ha vanskelig med å ivareta disse behovene selv (2018, s. 24). Det er dermed et viktig samfunnsansvar for yrkesutøveren å bidra til at også denne delen av brukergruppen blir ivaretatt.

5.3 Housing First og skadereduksjon

Et sentralt funn jeg vil vektlegge fra empirien er forskjellen på norsk og internasjonal forskning om skadereduksjon. I empirien fra Norge er det skadereduserende arbeidet en sentral faktor for hvordan HF bidrar til bedre livskvalitet for deltakerne. En ansatt i studien til Nordaunet og Andvig (2018) forteller: "Vi prøver ikke få dem rusfri. Vi prøver å gi dem best mulig livskvalitet i forhold til de valgene de tar"(s. 57). Dette ser vi også i metodehåndboken for HF i Norge, hvor det skadereduserende arbeidet baserer seg på de deltakerdefinerte målene (Helse Vest, 2016, s. 46). De ansatte i studien til Nordaunet og Andvig forteller om ulike måter å se skadereduksjon på. Det kan eksempelvis være å skape ro og stabilisere hverdagen for deltakerne som sliter med rus og psykiske helseplager, slik at man kan redusere antall kriser (Nordaunet & Andvig, 2018, s. 59). Dette skiller seg imidlertid fra hvordan den systematiske oversiktsartikkelen fra USA og Canada omtaler skadereduksjon. De viser til at det er funnet minimalt med skadereduserende effekt av HF i sammenheng med rusmiddelbruk og rusrelaterte skader (Kerman et al., 2021).

På dette grunnlaget mener jeg at en bredere forståelse av skadereduksjon kan være hensiktsmessig. I empirien fra USA vektlegger de å redusere skadelig rusmiddelbruk og rusrelaterte skader, når de omtaler skadereduserende arbeid (Kerman et al., 2021). Mens empirien og den grunnleggende teorien fra den norske metodehåndboka viser til en bredere forståelse av skadereduksjon. Metodehåndboken omtaler skadereduksjon som noe de ansatte benytter både i forhold til rusbruk og psykisk helse (Helse Vest, 2016, s. 46). Dette gjør de gjennom å anerkjenne all bedring hos deltakeren, samt arbeide for å støtte opp under faktorer som reduserer skadelig rusbruk, bedrer psykisk helse og øker livskvalitet (Helse Vest, 2016, s. 46). En ansatt i et norsk HF-prosjekt forteller at det er skadereduksjon i

så å si alt, så lenge man arbeider for å redusere utfallet i krisene som oppstår. Det kan være alt fra småting som er lett å fikse, til å redusere krisen dersom deltakeren mister boligen sin (Nordaunet & Andvig, 2018). Med andre ord kan det argumenteres for at skadereduksjon handler mye om hva de ansatte vektlegger i arbeidet, noe som videre kan legge til rette for bedre livskvalitet for deltakeren.

5.4 De ansattes rolle i Housing First

Et viktig funn som har kommet fram gjennom empirien, er den sentrale rollen til de ansatte i HF-prosjektene. I Kerman et al. (2021) viser forskningen at gode relasjoner mellom ansatte og deltakere er grunnleggende for at det skadereduserende arbeidet skal være effektivt. Både studien til Snertingdal og Bakkeli (2015) og Nordaunet og Andvig (2018) vektlegger at de ansatte arbeider for å få tillitsfulle og gode relasjoner med deltakerne, slik at de kan være med å bidra når deltakerne opplever kriser. Også deltakerne forteller om hvor viktig oppfølgingen fra de ansatte er. I Andvig et al. (2016) omtales de ansatte som en profesjonell følgesvenn, og deltakerne beskriver det som at de bryr seg, er engasjerte og liker jobben sin. Livskvaliteten til deltakerne viser seg også å ha en bedring i lys av støtten og hjelpen fra de ansatte med å realisere mål og ønsker (Andvig et al., 2016, s. 60).

Med dette vil jeg stille spørsmål ved om HF som metode kan egne seg bedre for gruppen med ROP-lidelser, enn andre boligsosiale metoder. Som teori viser har ofte ROP-pasienter behov for langsiktig og omfattende oppfølging (Evjen et al., 2018, s. 24). ROP-pasienter er en gruppe som over lengre tid har møtt mangelfulle tilbud i behandling da de balanserer mellom rusomsorgens og psykisk helseverns ansvarsområder. Dette har vært et større problem tidligere, men det er fortsatt store mangler i tilbudet for både behandling og oppfølging (Dyb & Zeiner, 2021, s. 111). Helsedirektoratet (2012, s. 77), påpeker i sine retningslinjer for utredning, oppfølging og behandling av ROP-pasienter, at dette er en brukergruppe som har behov for oppsøkende, langvarig og stabil oppfølging. HF-metoden er tilpasset ROP-pasienter og oppfølgingen er tilrettelagt deretter, for eksempel gjennom oppmerksomme og støttende ansatte som raskt kan justere nivået i oppfølgingen etter behov (Helse Vest, 2016, s. 18). Som vi ser i studien til Andvig et al. (2016, s. 60), forteller

deltakerne at de opplever at de ansatte har mer tid, er mer tilgjengelig og har flere ressurser enn de er vant med fra tidligere. Dette kan tyde på at mulighetsrommet for de ansatte er større og at det er få begrensninger i hjelpen som tilbys. De ansatte i Nordaunet og Andvig (2018, s. 57) framhever også betydningen av å være lett tilgjengelig for deltakerne, både over telefon, og ved å være aktivt oppsøkende. Flere deltakere i Andvig et al. (2016, s. 59), forteller at de opplevde at de ansatte kunne kontaktes ved behov, og at de responderte umiddelbart. Derfor mener jeg dette legger mer til rette for at deltakerne får den hjelpen de har behov for. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved hvor forventningene til den ansatte skal ligge, og om en slik rolle kan medføre påkjenninger på sikt.

5.5 utfordringer med Housing First-metoden

Selv om HF-metoden har vist flere gode resultater, er det viktig å understreke potensielle utfordringer som kan oppstå. Rambøll (2012) trekker fram tre erfaringsbaserte antakelser om utfordringer. Dette er: *møte med beboer, fremskaffelse av bolig og organisering av booppfølging*. I lys av oppgavens problemstilling og tema, vil jeg vektlegge utfordringer knyttet til møte med beboer (Rambøll, 2012, s. 67). En utfordring kan være de ansattes begrensninger i tid og fleksibilitet. Brukermedbestemmelse er et sentralt tanke sett i HF, men det krever tid og ressurser. Dette mener Rambøll (2012), kan være et hinder for her-og-nå-tilnærming til deltakerne og deres livssituasjon. Et annet hinder for de ansatte kan være mangel på fullmakter og at tjenestene som tilbys ofte er basert på vedtak med hjemmel i lov. Dette kan være et hinder for en helhetlig oppfølging av deltakeren (Rambøll, 2012, s. 67). En viktig utfordring Rambøll (2012) trekker fram er rekruttering av fagpersoner til denne typen arbeidsoppgaver. Det krever dedikerte ansatte som kan tilby en helhetlig booppfølging for brukere med komplisert problematikk innen rus og psykiatri. HF er en konkret modell og de ansatte må ha god kjennskap til verdier og metode for å kunne gjennomføre HF (Rambøll, 2012, s. 67).

6.0 Oppsummering og konklusjon

Ved å benytte meg av litteraturstudie som metode har jeg forsøkt å besvare problemstillingen: "På hvilke måter kan Housing First påvirke livskvaliteten for brukere med ROP-lidelser?". Jeg vil nå oppsummere de viktigste holdepunktene fra drøftingen.

Et gjennomgående funn er at stabilitet og trygghet i bolig, med god oppfølging er grunnleggende for bedre livskvalitet. Boligen i seg selv er et viktig holdepunkt, som skaper en base for det videre arbeidet. Mange forteller at de opplever å ha det bedre etter å ha bitt med i HF, men det er også flere som fortsatt strever mye (Hansen, 2017; Snertingdal & Bakkeli, 2015). Jeg har derfor belyst tre potensielle årsaker til de varierende funnene. Den første omhandler at dette er en brukergruppe med et spekter av psykiske lidelser og rusproblematikk, noe som kan ha en innvirkning på livskvaliteten til den enkelte. Den andre diskuterer om deltakelse i HF har bedret livskvaliteten *til tross for* andre vasker, og hvordan ro, trygghet og mestring er tegn på bedre livskvalitet, selv om markant bedring tar tid (Hansen, 2017). Den tredje er et kritisk blikk på forskningen som er gjort, og hvor representativ den er for HF-deltakerne.

Bedringsprosesser og recoveryarbeid har blitt framhevet som viktige faktorer for bedre livskvalitet. Det er sentralt at de ansatte tar utgangspunkt i empowerment og deltakeren selv, slik at vedkommende kan oppleve mestring og mening, noe som er grunnleggende for god livskvalitet (Helse Vest, 2016). Under dette tema stiller jeg spørsmål ved de store forskjellene i bedringsprosesser i empirien. Her kan vi se at det ene prosjektet med flere vellykkede bedringsprosesser hadde en deltakergruppe med "ikke de tyngste psykiske lidelsene" (Andvig et al., 2016). Dette kan ha en sammenheng med hvor stabil og klar for bedring de var mens de deltok i forskningsprosjektet, ettersom bedringsprosesser foregår over lengre tid og krever motivasjon fra deltakeren.

Under tema knyttet til skadereduksjon har jeg sett på forskjeller mellom forskning fra USA og Norge, hvor vi ser at ulike definisjoner av skadereduksjon kan være årsaken til varierende

resultater (Kerman et al., 2021; Helse Vest, 2016). Jeg ser den brede tolkningen som en positiv egenskap ved den norske HF-modellen, da den kan skape en ikke-dømmende holdning i relasjon med deltakerne, og legge til rette for arbeid mot økt livskvalitet.

De ansattes rolle har blitt trukket fram som en sentral del av hvorfor HF egner seg som metode. Her stiller jeg spørsmål ved om empiriens resultater knyttet til de ansatte, kan være et tegn til at HF egner seg bedre som metode i møte med brukergruppen med ROP-lidelser, enn andre boligsosiale metoder. Ettersom dette er en metode som tilbyr svært tett og stabil oppfølging, noe brukergruppen ofte har behov for (Evjen et al., 2018, s. 24). Avslutningsvis har jeg sett på utfordringer knyttet til HF-metoden, og *møte med beboer*. Her har jeg sett på Rambølls (2012) argumenter for hvilke utfordringer det kan være ved bruk av HF.

Jeg mener tilbudet om tett, langvarig og oppsøkende oppfølging som HF tilbyr er viktig for boligsosialt arbeid med ROP-pasienter generelt. Det kan være gunstig å reflektere rundt de samlede resultatene knyttet til de ansattes rolle. Selv om det er vanskelig å fastslå om HF påvirker livskvaliteten positivt, er det flere tegn til at grunnprinsippene i metoden bidrar til gode relasjoner mellom ansatte og deltakere, som videre kan være viktig for bedring.

7.0 Litteraturliste

Andvig, E., Bergseth, A., Karlsson, B. & Hesook Kim, S. (2016). *Med brukeren i førerretet? -En forskningsbasert evaluering av Drammen kommunes prosjekt «Ditt valg - Bolig først»* (Forskningsrapport Nr 3). Senter for psykisk helse og rus.

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2392335>

Aveyard. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.

Barvik, H. & Flåto, M. (2018). *Housing First i Norge- En oppsummering av kunnskap om Housing First-tiltak i Norge*. (Rapport 1) Bolig for velferd.

[https://www.veiviseren.no/-/media/Vedlegg/Forskning/Housing-First-i-Norge/Housing-First-i-Norge---Rapport-1-2018-\(002\).ashx](https://www.veiviseren.no/-/media/Vedlegg/Forskning/Housing-First-i-Norge/Housing-First-i-Norge---Rapport-1-2018-(002).ashx)

Berg, B., Ellingsen, I.T., Levin, I. & Kleppe, L.C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I B. Berg., I. T. Ellingsen., I. Levin, & L. C. Kleppe (Red.) *Sosialt arbeid en grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.

Braun, & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Departementene. (2014). Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020). Departementene.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_bolig_sosialt_arbeid.pdf

Dyb, E. & Zeiner, H. (2021) *Bostedsløse i Norge 2020 – En kartlegging*. (NIBR rapport 2021:10) By- og regionforskningsinstituttet.

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2758758/NIBR-rapport%202021-10.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Ellingsen, I.T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I B. Berg., I. T. Ellingsen., I. Levin, & L. C. Kleppe (Red.) *Sosialt arbeid en grunnbok* (s. 47-63). Universitetsforlaget.

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen (FO) . (2019). Yrkesetisk grunnlags- dokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.

<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Halvorsen, K., Sjernø, S. & Øverbye, E. (2016). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (6.utg.). Universitetsforlaget.

Hansen, I. L. S. (2017). *Fra bostedsløs til varig bolig: Evaluering av forsøk med Housing first i Bergen og Sandnes*. (FAFO Rapport 2017:06). Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon. <https://fafo.no/images/pub/2017/20614.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. (IS-1948). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Helse Vest. (2016). *Housing first: Metodehåndbok*. <https://napha.no/attachment.ap?id=2898>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Universitetsforlaget.

Hovd, S. (2022, 29.april). *Fenomenologi*. Store norske leksikon. Hentet 11.mai 2022 fra <https://snl.no/fenomenologi>

Kerman, N., Polillo, A., Bardwell, G., Gran-Ruaz, S., Savage, C., Felteau, C. & Tsemberis, S. (2021). Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, Artikkel 109052.

<https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2021.109052>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021) *Alle trenger et trygt hjem*. Nasjonal strategi for den boligsosiale politikken (2021- 2024). kommunal- og moderniseringsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/oppdatert-versjon-alle-trenger-en-nytt-hjem.pdf>

Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! – Alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?ch=7>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2021). *Et sted å bo, med rom for å leve- inspirasjon til boligsosialt arbeid* (Rapport nr 1/2021) Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

<https://napha.no/attachment/3254/9899-Temahefte-bolig-10k.pdf>

Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. FHI.no.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

Nordaunet, O. & Andvig, E. (2018). Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge - ansattes beskrivelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 52-62.

<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-06>

Peng, Y., Hahn, R. A., Finnie, R. K. C., Cobb, J., Williams, S. P., Fielding, E. J., Johnson, R. L., Montgomery, A. E., Schwartz, A. F., Muntaner, C., Garrison, V. H., Jean-Francois, B., Truman, B. I., Fullilove, M. T. & Community Preventive Services Task Force. (2020). Permanent Supportive Housing With Housing First to Reduce Homelessness and Promote Health Among Homeless Populations With Disability: A Community Guide Systematic Review. *Journal of public health management and practice*, 26(5), 404-410. <https://dx.doi.org/10.1097%2FPHH.0000000000001219>

Rambøll. (2012). *Housing first - muligheter og hindringer for implementering i Norge*.

Husbanken. https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/FOU/Housingfirst_2012.pdf

Snertingdal, M. I. & Bakkeli, V. (2015). *Housing first i Norge- sluttrapport*. (FAFO Rapport 2015, 52). Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon.

<https://www.fafo.no/images/pub/2015/20557.pdf>

Thyness, P.A. (2004). Boligsosialt arbeid.- Perspektiv og rammer. I Thyness (Red.),
Boligsosialt arbeid (s.13-32). Kommuneforlaget AS.

Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People
with Mental Illness and Addiction*. Hazelden

Veiviseren. (2022, 18, 04). *Housing first*. Veiviseren.no

<https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/tjenester-og-bo-oppfolging/housing-first>

Vedlegg 1: Søkelogg

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Epistemonikos	24/03/22	Housing first	29	Her søkte jeg kun på systematic reviews og last five years.
Idunn	29.03.22	Housing first	559	Bestemte meg for å legge til et søkeord da dette ble for bredt.
Idunn	29.03.22	Housing first og ROP	24	
Idunn	01.04.22	Housing first og Livskvalitet	23	Finner mye av det samme som med Housing first og ROP
Oria	30.03.22	Boligsosialt arbeid	118	
Oria	30.03.22	Boligsosialt arbeid og ROP	5	Finner mye av det samme som om jeg søker med "Housing first".
Oria	04.04.22	Housing first	1 144 408	Dette har nok mye å si med "housing", må spesifisere
Oria	04.04.22	Housing first og livskvalitet	33	Her spesifiserte jeg med "livskvalitet" for å få mer konkrete treff
Epistemonikos	30.03.22	Housing first and drug abuse	10	Her søkte jeg kun på systematic reviews og last five years. I advanced search
Epistemonikos	30.03.22	"housing first and dual diagnosis"	1	Her søkte jeg kun på systematic reviews og last five years. Det ene treffet som kom opp var ikke relevant.
Campbell	30.03.22	Housing first	1	Ikke relevant

Vedlegg 2: Oversikt empiri

Artikkel	Utført studien	Tema	metode	Informanter (antall, deltaker eller ansatt)	ROP-lidelse hos deltakerne	Avgrensning
"Housing first i Norge- en sluttrapport, Prosesser, resultater og kartleggingskjema"(2015).	Mette I. Snertingdal og Vidar Bakkeli.	Prosesser, resultater og kartleggingskjema med HF* i Norge.	Kvalitative intervju.	30 intervju fordelt på fire norske kommuner. 14 intervju med ansatte, seks med samarbeidspartnere og ti med deltakere.	Ikke spesifisert alvorlighetsgrad, men ikke skrevet noe om begrensninger.	Kapittel med Recovery (bedringsprosesser) (s. 60-65).
"Med brukeren i førersetet." (2016)	Ellen Andvig, Asgeir Bergseth, Bengt Karlsson og Suzie Hesook Kim.	Evaluering av HF prosjekt i Drammen.	Kvantitativ TOP-skjema (rapporteringsverktøy for behandling og rehabilitering for ROP-pasienter) delstudie 2 Kvalitative intervju i delstudie 3	42 deltakere i delstudie 2, 23 informanter i delstudie 3 - hvor 5 av disse ble intervjuet 2 ganger.	mild og moderat psykiske lidelser (s.18)	Funn fra intervju (s. 58-63). Drøftingen knyttet til livskvalitet og bedringsprosesser hos deltakerne (s. 85-89).
"Fra bostedsløs til varig bolig"(2017)	Inger Lise Skog Hansen	Evaluerer forsøk med HF i Bergen og Sandnes	Hoveddelen er Kvalitative intervju, noe er basert på data fra kartleggingskjema	Åtte deltakere fra Bergen, åtte deltakere fra Sandnes og ansatte i begge team	Ikke spesifisert alvorlighetsgrad (, s. 34 og 38).	Kapittel med Bedringsprosesser og analyse knyttet til livskvalitet hos deltakerne (s. 89-97).
"Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge-ansattes beskrivelser" (2018).	Ole Martin Nordaunet og Ellen Andvig	beskriver hvordan ansatte ser på skadereduksjon, relasjonsarbeid og recovery hos brukerne	Flerstegs fokusgruppeintervju	fem ansatte i et oppfølgingsteam	Brukere med lettere til middels psykiske lidelser, men alle typer rusproblematikk (s.55)	Ingen avgrensinger
" Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review"(2021)	Nick Kerman, Alexia Polillo, Geoff Bardwell, Sophia Gran-Ruaz, Chathi Savage, Charlie Felteau og	Resultater fra skadereduserende praksis i Housing first	Systematisk oversiktsartikkel	Data fra 34 artikler, hovedsakelig fra USA og Canada, med 1 fra Norge	Ikke utelukkende ROP-pasienter	Ingen avgrensinger

	Sam Tsemeris					
--	-----------------	--	--	--	--	--

*HF-Housing first