

Bacheloroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Kandidat nr 10023
Antall ord 7921

Et rop om hjelp A cry for help

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Nina Schjøll Skjefstad
Mai 2020

Kandidatnummer: 10023

Et rop om hjelp

A cry for help

BACHELOROPPGAVE / SEMESTEROPPGAVE

Trondheim, 15. mai 2020

Bachelor i: Sosialt arbeid

Antall ord: 7921

Sammendrag

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk sykdom (ROP-lidelse) er en brukergruppe som i stor grad er avhengig av kommunens bistand. Ifølge norsk lov har norske kommuner en plikt til å medvirke vanskeligstilte personer å skaffe bolig. Boligtilbudene er derimot svært varierende, og muligheten for å påvirke eget tilbud er ofte lav. Kommunene selv viser til manglende botilbud for nettopp denne gruppen, og opplever store dilemmaer knyttet til hvor personer med ROP-lidelser skal bosettes.

Oppgaven er en litteraturstudie og tar utgangspunkt i at alle skal ha et sted å bo, men at tak over hodet ikke er nok. ROP- brukere som er avhengig av kommunal bosetting er en sammensatt gruppe. De har en omfattende problematikk som strekker seg over flere livsområder som økonomi, somatisk sykdom og bostedsløshet, og er ofte i behov for livslang oppfølging fra det offentlige hjelpeapparatet. Mange har en ustabil bokarriere der dårlig boevne, bomiljøproblematikk, utrygghet og lite stabilitet er gjentakende. Livet er ofte preget av kaos, brutte relasjoner og stor sosial nød. Jo mer alvorlig brukerens problematikk er, desto viktigere er det med stabile rammer rundt seg. En bosituasjon der man kan føle seg trygg og ha tilgang på et rusfritt nettverk, er å betrakte som et nødvendig fundament for videre behandling og endring.

Oppgaven belyser hvordan ulike faktorer ved boligtilbudet påvirker ROP-brukerens muligheter til å benytte boligen som en ressurs, og at tilbudet kan være avgjørende for brukerens livskvalitet og endringsprosess. Dette gjøres med utgangspunkt i problemstillingen «Hvordan kan bolig være en ressurs for mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk sykdom». Sosialfaglige begreper som myndiggjøring, brukermedvirkning, makt og avmakt er sentralt i hovedkonklusjonen i oppgaven. En stabil bosituasjon, trygghet og oppfølging basert på sosialfaglige verdier som respekt og tillit i relasjonen er fremtredende i undersøkt litteratur.

Abstract

People with both substance abuse and mental illness (known as ROP-disorder) are a user group that are largely dependent on the municipality's assistance. According to Norwegian law, Norwegian municipalities have a duty to assist disadvantaged people in obtaining housing. Housing offers, on the other hand, are very varied, and the opportunity to influence their own offerings is often low. Municipalities themselves point to a lack of housing opportunities for this particular group and are experiencing major issues related to where people with ROP-disorders should settle.

This thesis is based on the idea that everyone should have a place to live, but that a roof over their heads is not enough. ROP-users who depend on municipal settlement are a complex group. They often have several complicated problems that span several areas of life, such as finances, somatic symptom disorder and homelessness, and are often in need of lifelong follow-up from the welfare system. Many have an unstable residential history where poor living, living environment problems, insecurity and low stability are repetitive. Life is often characterized by chaos, broken relationships and great social distress. The more serious the user's problem, the more important it is with a stable framework around it. A living situation where one can feel secure and have access to a drug-free network is to be considered a necessary foundation for further treatment and change.

The thesis seeks to demonstrate how various factors in the housing offers can affect the ROP user opportunities to use their home as a resource, and that the housing offer can be decisive for the user's quality of life and process of change. Social science concepts such as empowerment, user participation, power and powerlessness are highlighted as central to the users transformation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Relevans for sosialt arbeid	5
1.3 Presentasjon av problemstilling	6
1.3.1 Begrepsavklaring	6
1.4 Oppgavens avgrensning og disposisjon	7
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.2 Litteratursøk	8
2.3 Kildekritikk	9
3.0 Teori	11
3.1 Kjennetegn ved gruppen	11
3.1.1 Bostedsløshet	11
3.1.2 Somatisk sykdom og redusert forventet levealder	11
3.1.3 Økonomi	12
3.1.4 Nettverk	12
3.1.5 Kaotisk hverdag	12
3.2 Behandling	12
3.2.1 Døgnbehandling	13
3.2.2 Oppfølging utenfor institusjon	13
3.2.3 Myndiggjøring og brukermedvirkning	14
3.2.4 Makt og avmakt	14
3.3 ROP og bolig	14
3.3.1 Retten til å bo	15
3.4 Bo- og tjenestetilbud for vanskeligstilte personer med ROP-lidelser	16
3.4.1 Ordinær kommunal bolig	16
3.4.2 Samlokaliserte boliger	17
3.4.3 Housing First	17
4.0 Diskusjon	19
4.1 Kommunenes boligtilbud	19
4.1.1 Heleide kommunale bygg	20
4.1.2 Samlokaliserte boliger	20
4.1.3 Er felles bosetting av mennesker med rus- og psykiske utfordringer en ressurs?	20
4.1.4 Borettslag og HF	22
4.2 Bolig som arena for oppfølging og behandling	23
4.2.1 Housing First	23
4.2.2 Oppfølging utenfor institusjon	23
4.3 ROP, bolig og utfordringer	25
4.3.1 Overgangsboliger	25
4.4 Bolig først eller etterpå?	26
5.0 Oppsummering	28
6.0 Litteraturliste	30

1.0 Innledning

Regjeringen har gjennom sin nasjonale strategi for boligsosialt arbeid fastsatt mål om at alle skal ha et godt sted å bo, at alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet og at den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (Departementene, 2014).

Nedbyggingen av institusjonsomsorgen, og økt fokus på styrking av hjemmesituasjon har skapt et behov for kunnskap om hvilke typer bolig som er best for ulike behov (Ulfrstad, 2011). For mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk sykdom, heretter kalt ROP, er det ofte store utfordringer knyttet til bolig og hjelpebehov. Departementene (2014) formulerer det som et felles ansvar, men i praksis er det kommunene som sitter med det juridiske ansvaret for å bistå vanskeligstilte personer med bolig (Sosialtjenesteloven, 2009, §15). Målet med denne oppgaven er å få oversikt over kommunens boligtilbud for mennesker med ROP-lidelser, samt finne ut hva som påvirker om boligsituasjonen kan defineres som en ressurs.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min praksis høsten 2019 og senere deltidsstilling hos Helse- og velferdskontoret i Trondheim kommune har inspirert meg til å fordype meg i temaet bolig. Gjennom arbeidet har jeg sett flere sider av det boligsosiale arbeidet som utføres i Trondheim kommune. Alt fra kartlegging og saksbehandling som gjøres i forkant, til tildeling av kommunale boliger og hvilke vurderinger som ligger til grunn for boligene som tildeles.

I dette arbeidet er man i kontakt med et vidt spekter av mennesker, med svært ulik problematikk og boligbehov. Jeg ønsket at min oppgave skulle konsentrere seg om en brukergruppe med omfattende problematikk og hjelpebehov. ROP-gruppen er av de mest utfordrende gruppene å arbeide med og finnet et passende tjenestetilbud for (Polden, 2017). Jeg ble dermed nysgjerrig på hva sosialfaglig kompetanse og boligsosialt arbeid kan bidra med for en så utfordrende brukergruppe.

1.2 Relevans for sosialt arbeid

Schulman (2003) påpeker hvordan sosialt arbeid baserer seg på kontakt og relasjoner med mennesker i ulike livssituasjoner. En viktig oppgave er å tilrettelegge for samhandling

mellom brukere og systemet som individet behøver hjelp fra (Schulman, 2003). I Fellesorganisasjonens yrkesetiske grunnlagsdokument (2015) trekkes samarbeid mellom yrkesgrupper, etater og brukerens private nettverk fram som en forutsetning for utøvelse av helse- og sosialfaglig arbeid. I sosialt arbeid er det et gjennomgående fokus på et helhetlig hjelpetilbud basert på tverrfaglig kompetanse.

Bolig er noe som nær sagt alle har et forhold til, men som kanskje ikke alle tenker over som sentralt i en hjelpeprosess. Bolig som ressurs er et tema som strekker seg utenfor ROP-gruppen, og er i utgangspunktet noe som kan være relevant for alle brukergrupper og individer. Kartlegging av bosituasjon og hvordan bolig kan brukes som en ressurs for å skape et helhetlig tilbud rundt en bruker med omfattende hjelpebehov er noe mange kan reflektere over i sitt arbeid.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Med denne oppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan bolig kan bidra i tjenestetilbud til mennesker med ROP-lidelse. Jeg ønsker å undersøke hvilke faktorer som påvirker hvordan boligen kan benyttes som en verdi for individet, og hvilke faktorer ved boligsituasjonen som kan virke hemmende. Dette skal diskuteres ut fra følgende problemstilling:

Hvordan kan bolig være en ressurs for mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk sykdom (ROP-lidelse).

1.3.1 Begrepsavklaring

ROP-lidelser

En samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Definisjonen inkluderer også personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt. Begrepet dobbeltdiagnose kan også benyttes (Helsedirektoratet, 2012, s. 16)

1.4 Oppgavens avgrensning og disposisjon

Det er store individuelle forskjeller innad i ROP-gruppen, da det er et ulikt omfang av rusmisbruket og graden av psykisk sykdom (Helsedirektoratet, 2012). Dette resulterer i ulik fungering i samfunnet, og gjør det nødvendig å avgrense oppgaven.

Fokuset i oppgaven vil være på den delen av gruppen som har mulighet til å nyttiggjøre seg av boligen som en ressurs. Hva dette innebærer er vanskelig å definere, men det er spesielt en gruppe ROP-brukere som det er svært vanskelig å tilby en god tjeneste til. Dette er ofte mennesker som ikke er medisinerert for psykisk sykdom, og har et ukritisk bruk av harde narkotiske stoffer som for eksempel amfetamin. Disse brukerne er ofte mer utagerende, og kan være til fare for andre (Snertingdal, 2014).

Når jeg i denne oppgaven skal undersøke hvordan bolig kan være en ressurs for mennesker med ROP vil jeg først gjøre rede for brukergruppen. Ved en innføring i diagnosen, kjennetegn ved problematikk og enkelte behandlingsmetoder skapes det en grunnleggende forståelse av målgruppen. Videre innebærer teorigrunnlaget forhold til bolig, hva lovverket sier om bolig til vanskeligstilte og hvilke boligtilbud kommunen tilbyr. Dette tas med videre inn i diskusjonen, der bolig som ressurs for ROP-gruppen skal belyses. Diskusjonen tar for seg ulike faktorer som ulike boligtilbud, oppfølging i boligen, bosettingstidspunkt og utfordringer. Oppgaven avsluttes med en oppsummering.

2.0 Metode

Metode forteller noe om hvordan man bør gå frem for å etterprøve eller tilegne ny kunnskap, og er et godt redskap i møte med noe man ønsker å undersøke (Dalland, 2017). Oppgaven er en litteraturstudie, der metoden innebærer å søke etter vitenskapelige originalartikler i relevante databaser for deretter å systematisere den. Det vil si å søke etter kunnskap, samle den, vurdere den og avslutningsvis sammenfatte den (Støren, 2013).

2.1 Litteraturstudie som metode

Det metodiske redskapet i en litteraturstudie er vurderingen av allerede eksisterende kunnskap som hentes opp gjennom datasøk i ulike baser (Dalland, 2017). Det skapes dermed ingen ny kunnskap. Derimot kan det komme nye erkjennelser ved sammenligning av kunnskap fra flere undersøkelser og artikler (Støren, 2013).

Litteraturstudier benytter kunnskap fra vitenskapelige artikler, fordi det er dette som er den primære kunnskapen fra forfatteren eller forskeren selv. I lærebøker kan man også finne mye relevant kunnskap, men dens instruerende sjangerformat gjengir ofte forskningsresultater, teorier og argumenter fremfor å være den primære kilden til den. Det kan dermed være vanskelig å vite hvor grundig argumentene er underbygd (Støren, 2013).

2.2 Litteratursøk

Litteraturstudie handler om å søke eller være på søken etter ny kunnskap. Ved å søke i ulike databaser og være kreativ skal man legge grunnlaget for oppgaven. Kjernen er å være på søken etter å etterspørre begrunnelser for synspunkter og påstander (Støren, 2013). I et litteratursøk bør man innta en undersøkende, årsaksspørrende, undrende og skeptisk holdning til informasjonen forfatterne legger fram for oss. Jeg har forsøkt å stille meg kritisk til kildene og informasjonen jeg er blitt presentert, slik som Støren (2013) beskriver som sentralt i søkearbeidet. Videre har jeg forsøkt å være kreativ i søkeordene, samtidig som jeg har måtte akseptere de treffene jeg har fått.

Planen min for søkeprosessen var å finne så mye kunnskapsgrunnlag før jeg begynte å skrive. Hovedsakelig har jeg benyttet Oria, en søketjeneste for NTNU universitetsbibliotek og

Norske fagbibliotek. Innledningsvis var søkearbeidet svært bredt, der det ble benyttet søkeord som «ROP», «ROP-lidelse», «rus og psykisk lidelse» uten inklusjons- eller eksklusjonskriterier. Etterhvert registrerte jeg at mange av søkene mine resulterte i gode funn på Idunn, så denne søkemotoren har også blitt mye benyttet underveis. Noen kilder er også funnet via kjedesøk, der enkelte funn har ledet meg videre til andre forfattere og artikler. Utover i prosessen ble også søkekriteriene mer spesialisert, og jeg hadde mange funn på søkeord som «Housing First», «rus psykisk helse», «oppfølging bolig» og «rop utfordring». Jeg har ikke hatt tilgang på bibliotek, og et naturlig eksklusjonskriterium ble derfor fysiske bøker. Videre forsøkte jeg å ha tidsrommet 2015-2020 og fagfelleverderte tidsskrift som inklusjonskriterier, men oppdaget at funnene ble dårligere. Tidsrommet ble derfor hovedsakelig endret til 2012-2020, selv om oppgaven også har benyttet noen eldre kilder. I tillegg til søkemotorer som Oria og Idunn, har jeg benyttet hjemmesiden til Nasjonal kompetanse for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse og regjeringen.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å karakterisere den benyttede litteraturen (Dalland, 2017). Dalland (2017) påpeker at litteraturen skal gi troverdig kunnskap, og at dette innebærer at kravene til validitet og reliabilitet oppfylles. Det omhandler at innsamlet data skal ha relevans og gyldighet for å belyse problemstillingen. Litteraturen som anvendes skal være pålitelig, og eventuelle feilmarginer må angis.

En av de største utfordringene med prosessen har vært at jeg ikke har hatt tilgang på den litteraturen jeg ønsker. Dette er grunnet smitteverntiltak i forbindelse med utbruddet av Koronavirus. Dette har skapt flere utfordringer gjennom prosessen, der det blant annet ikke har vært mulig å benytte seg av biblioteket eller universitetsnettet. Litteratursøket har dermed vært avhengig av at funnene har vært tilgjengelig online. Søket har også vært avhengig av VPN tilkobling, som har vært en utfordring. Dette har også ført til at det er benyttet flere sekundærkilder gjennom oppgaven, da det ikke alltid har vært tilgang til alle primærkilder. Mot slutten av perioden fikk vi tilgang til Nasjonalbibliotekets database, men også her har jeg ikke fått tak i all ønsket litteratur.

Noen av de benyttede kildene er eldre, og det kan være nødvendig å vurdere om dette er en svakhet i oppgaven da det kan ha skjedd en utvikling i ettertid av kildens utgivelse. Disse

kildene er dog svært sentrale, slik som Helsedirektoratet (2012) og Rambøll (2012), som er retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ROP-lidelser og sluttrapport for implementering av Housing First i Norge.

En utfordring i kildesøket har vært å finne litteratur som tar for seg personer med samtidig ruslidelse og psykisk sykdom. Flere funn har diskutert bolig som ressurs for enten rusmisbrukere eller mennesker med psykiske lidelser, og det har vært få funn som tar for seg ruslidelser, psykisk sykdom og bolig. Det kan likevel tenkes at de funn man finner hver for seg også er relevante for dobbeltdiagnose.

Innenfor rammene i denne oppgaven har jeg valgt å ikke benytte internasjonale kilder. Dalland (2017) påpeker at det kan oppstå feiltolkninger og misforståelser ved oversettelse av tekster.

3.0 Teori

Personer med ROP-lidelser er ansett som noen av de mest utsatte i samfunnet.

Kombinasjonen av utfordringer knyttet til ROP-lidelse forårsaker ofte store utfordringer på individnivå. Årsakssammenhengen mellom lidelsene kan være uklare, og det er ofte uvisst om det er rusmiddelmisbruket som forårsaker de psykiske lidelsene eller omvendt (Molden & Røe, 2018). Befolkningsundersøkelser i Europa og USA gjengitt av Helsedirektoratet viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser. Og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser. Undersøkelser viser også at personer som misbraker stoff har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkohollidelse (Helsedirektoratet, 2012). Det har vært en økt oppmerksomhet på denne gruppen de siste tiårene, men det er fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging (ROP, 2017).

3.1 Kjennetegn ved gruppen

Personer med ROP-lidelser fremstår som en samlekategori for mennesker med ulik grad av lidelser. Gruppen lar seg derfor ikke tydelig avgrense, og er dermed også vanskelig å definere gjennom kjennetegn. Likevel er det noen faktorer som er gjennomgående.

3.1.1 Bostedsløshet

Personer med ROP-lidelser kommer aller dårligst ut i kartleggingene av bostedsløse (Dyb & Holm, 2015). Bostedsløskartleggingen i 2016 identifiserte ca. 3900 bostedsløse i Norge. Av disse faller 23 prosent innenfor gruppen med ROP-lidelse. Videre vises det at 80 prosent av disse har vært bostedsløse over lengre tid, og at 22 prosent var kastet ut av boligen sin (Molden & Røe, 2018). Manglende boevne er også gjennomgående for flere (Nielsen, 2010).

3.1.2 Somatisk sykdom og redusert forventet levealder

I tillegg til rus- og psykiske lidelser, er det svært mange som har omfattende somatisk sykdom og bekymringsverdig livsstil. Særlig hjerte- og karsykdommer reduserer levealderen til gruppen betraktelig. Forskning viser at mennesker med psykiske lidelser lever 15-20 år kortere enn normalbefolkningen. Mennesker som har en ruslidelse i tillegg til alvorlig psykisk

lidelse har enda lavere forventet levealder. Menn som har både schizofreni og alvorlig ruslidelse har en forventet levealder på rundt 45 år (Wiig, 2018).

3.1.3 Økonomi

Mange opplever også utfordringer med sin private økonomi. Utdanningsnivået er lavere enn i befolkningen generelt, og svært mange er uten arbeid. Flertallet av gruppen har arbeidsavklaringspenger, sosialhjelp eller varig uføretrygd som viktigste inntektskilde (Dyb & Holm, 2015). Mange opplever også økonomiske problemer i form av gjeld og har ofte dårlig evne til å håndtere og ivareta egen økonomi (Molden & Røe, 2018).

3.1.4 Nettverk

Undersøkelser viser også at nettverket til denne brukergruppen er spesielt lite. Mange av brukerne har lite eller ingen kontakt med rusfrie miljø, støttepersoner og familie (Helsedirektoratet, 2012).

3.1.5 Kaotisk hverdag

Videre består hverdagen av store svingninger. Livet er ofte preget av kaos og lite fremtidshåp, og flere omtales som «svingdørspasienter» der de er inn og ut av behandling. Det er ofte lite struktur i hverdagen, og de kan være en utfordrende gruppe å arbeide med grunnet lite motivasjon, evne til å følge opp avtaler og en «her og nå» levemåte. Flere er behandlingssliten og ønsker ikke hjelp fra tjenesteapparatet (Nielsen, 2010).

3.2 Behandling

ROP-pasienter er ansett som den mest utfordrende gruppen å arbeide med for tjenesteapparatet, og det er stor uenighet hvorvidt gruppen hører hjemme i rusomsorgen eller psykiatrien (Polden, 2017). I spesialisthelsetjenesten er det psykisk helsevern som er tildelt ansvaret for å gi et behandlingstilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser og alle former for rusproblemer (Helsedirektoratet, 2012). Problemene, prioriteringene og sykdomsforløpet påvirker hverandre og endres raskt, og idealet om standardiserte tiltak passer ikke for personer med ROP-lidelser. Oppfølgingen og behandlingen må dermed prøves ut og

tilpasses kontinuerlig før man lander på en løsning som er akseptabel og god nok for den enkelte brukeren (Molden & Røe, 2018). Målsettingen for behandlingen er ofte svært ulik fra person til person. Skalaen kan gå helt fra mål om skadereduksjon og bedret livskvalitet til full symptomfrihet, rusfrihet og integrering i samfunnet (Helsedirektoratet, 2012).

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Retningslinjene tar blant annet for seg ulike typer behandling av brukergruppen. Der nevnes blant annet døgnbehandling og oppfølging utenfor institusjon som spesielt relevante (Helsedirektoratet, 2012).

3.2.1 Døgnbehandling

Døgnbehandling er et institusjonsopphold der det gis tettere kontakt og høyere intensitet i behandlingen fremfor poliklinisk behandling. De fleste brukere benytter seg av døgnbehandling frivillig, men det er også noen som legges inn på tvang.

Institusjonsoppholdene oppleves ofte som en pause for pasientene, der de skjermes fra miljøet og avruses. Likevel er mange som faller inn og ut av denne type behandling og noen ruser seg under oppholdet. Institusjonsoppholdene er ofte en kritisk fase der hjelpeapparatet kan arbeide tett med brukeren i forbindelse med motivasjon, økonomi og blant annet bolig (Helsedirektoratet, 2012).

3.2.2 Oppfølging utenfor institusjon

Oppfølging utenfor institusjon er organisert ulikt mellom kommuner, men gis som regel til personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen institusjonsbehandling. Dette er ofte ambulant oppfølging, der et tverrfaglig behandlingsteam oppsøker, samarbeider med brukeren og dens nærmiljø, tilbyr støtte, behandling og oppfølging. Forutsetninger for behandlingen er at teamet har god tilgjengelighet, krisehåndtering og fleksibilitet. Oppfølgingen baserer seg mye på brukerens bolig, men gis også til de som mangler bolig (Helsedirektoratet, 2012).

3.2.3 Myndiggjøring og brukermedvirkning

Begrepet myndiggjøring er sentralt i behandling og oppfølging av brukergruppen.

Myndiggjøring er det samme som empowerment på engelsk, og handler om å hjelpe brukeren til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og innflytelse over eget liv. Dette er ikke noe som kan gjøres for brukeren eller brukergruppen, da det forutsetter at brukeren er aktivt med i sin egen myndiggjøringsprosess. Arbeidet fra et sosialfaglig perspektiv ligger heller ved å legge til rette for at myndiggjøring er mulig (Ellingsen & Skjefstad, 2015).

Når vi snakker om myndiggjøring er det også sentralt å nevne brukermedvirkning. Her vektlegges at brukere skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak. Brukerinvolvering er forankret i lovverket, og kan være et middel for å oppnå myndiggjøring. Dersom brukeren i større grad får påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, er troen at dette vil kunne påvirke både selvbilde og motivasjon for endring (Ellingsen & Skjefstad, 2015).

3.2.4 Makt og avmakt

Makt kan forstås som muligheten til å få gjennom sitt syn eller sin vilje, selv når denne møter motstand. Mennesker i en vanskelig livssituasjon er mer utsatt for krenkelse enn andre (Levin, 2015, s.42).

Avmakt vil si at vedkommende ikke har noen kontroll over egen situasjon, og at man ikke ser noen utvei, midler eller mulighet til å endre sin situasjon eller motsette seg andre viljeutøvelse ovenfor seg selv (Norvoll, 2009, s.81). Dette må bli sett i lys av myndiggjøring, der målet er å øke den reelle makten til individet. Dette kan føre til endring av en uønsket situasjon (Ellingsen & Skjefstad, 2015).

3.3 ROP og bolig

Boligtilbudet for personer med ROP-lidelse har blitt noe bedre de senere årene. Gruppen har tidligere ikke blitt viet spesielt stor plass i den boligsosiale forskningen, men det har vært et økende fokus med tiden (Molden & Røe, 2018). Hjemmet som arena for behandling er ingen ny ide, og i takt med nedbyggingen av institusjonsomsorgen har boligen fått en mer sentral

rolle (NOU 211:15). Dette kommer tydelig frem i forskning, reformer og tjenestetilbud. Stortingsmelding 25 (1996-97) anbefaler at mennesker med psykiske helseproblemer tilbys en styrking av hjemmesituasjonen og oppfølging i eget nærmiljø fremfor langvarig behandling i psykiatriske institusjoner (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s 145).

For personer med ROP-lidelser er en stabil bosituasjon avgjørende for å kunne møte de utfordringene de har i hverdagen (Andvig, Lyberg & Gonzalez, 2013).

Flere rapporter fra blant annet helsedirektoratet, samhandlingsreformen og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) understreker hvor avgjørende boligen er i et forløp for ROP-brukere, og Nasjonale retningslinjer for personer med ROP-lidelser har publisert flere anbefalinger der stabil bolig og forebygging av bostedsløshet er spesielt viktig (Helsedirektoratet, 2012). For de fleste er privat leie sjelden en løsning grunnet rusmisbruk, stigmatisering eller økonomiske problemer. De fleste personene faller også utenfor de statlige og kommunale støtteordningene til å eie egen bolig som startlån og boligtilskudd (Frantzen & Karagöz, 2011).

3.3.1 Retten til å bo

Etter norsk lov har ingen rett på en varig bolig. Med varig bolig forstås et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensning (Helsedirektoratet, 2012, s. 78). Kommunene har derimot plikt til å medvirke til å skaffe bolig til vanskeligstilte personer (Husbanken, 2010). Dette er lovfestet i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) av 1.januar 2010.

§ 15. Boliger til vanskeligstilte

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (Sosialtjenesteloven, 2009, §15).

Med vanskeligstilte menes personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egenhånd. Dette er personer som er uten egen bolig, står i fare for å miste boligen sin og/eller bor i en uegnet bolig eller bomiljø (Regjeringen, 2014).

3.4 Bo- og tjenestetilbud for vanskeligstilte personer med ROP-lidelser

Personer med ROP-lidelse er en av flere grupper som havnen innenfor betegnelsen vanskeligstilte på boligmarkedet (Molden & Røe, 2018). De har et sammensatt behov med utfordringer på flere livsområder. De mottar ofte tjenester fra ulike tjenestetilbud, og det er en kjent utfordring hvordan kommunen kan yte et godt bo- og tjenestetilbud for gruppen. Det boligsosiale arbeidet for gruppen er et felt det er uttrykt at kommunene trenger mer kunnskap om. Kommunene har ulik praksis og rammer, og det vil dermed være variasjon i hva slags tilbud personer med ROP-lidelser får når det gjelder bo- og oppfølgingstjenester. Hvilke botilbud brukere får kan ha stor betydning for deres livsmestring og livskvalitet (Molden & Røe, 2018).

Det er gjennom flere år utviklet og utprøvd ulike boligløsninger. Det er et stort mangfold av behov innad i gruppen, og svært individuelt hvilke behov som må dekkes. Hensynet til den enkelte bruker må veie tungt (Jenset, 2010). Et av de største skillene mellom boligtilbudene er om boligen er en ordinær utleiebolig, eller om det er samlokaliserte boliger (Dyb & Holm, 2015).

3.4.1 Ordinær kommunal bolig

De fleste med ROP-lidelse kan bo i en ordinær kommunal bolig. Det vil si en egen bolig som ikke er tilpasset funksjonshemninger eller andre boligbehov. Mange er i behov av oppfølgende tjenester i boligen, men det er også personer som lever helt selvstendig en ordinær kommunal bolig (Veiviseren, 2020). Det er store forskjeller i tilgjengelighet og benyttelse av kommunal bolig rundt i landet. Enkelte kommuner har ikke kommunal bolig som et tilbud, noen har en stor mangel på antall boliger og andre har flere boliger enn behovet tilsier. Det som derimot er gjennomgående i flere kommuner, er mangelen på egnede boliger for personer med rusmiddelproblemer (Dyb & Holm, 2015). Dette inkluderer også brukergruppen ROP. Kommunene har derfor ofte ulik praksis på hvordan de velger å bosette denne brukergruppen, og ikke minst i hvilken grad de kan tilby et egnet boligtilbud.

De ordinære kommunale boligene er fordelt på en rekke ulike boligtyper. Både frittliggende eneboliger, leiligheter i borettslag eller sameier og heleide kommunale bygninger. De er ofte

plassert over hele byen, og er av ulik standard. Kommunene har ofte et eget tildelingsteam med bred kompetanse som foretar vurderingene om hvem som skal bo hvor. Dette betyr i praksis at leietakeren selv ikke får bestemme hvor man skal bo, men blir tildelt en bolig basert på tildelingsteamets vurdering, ens egne ønsker og tilgjengelig boligmasse. De fleste kommunene opererer også med tidsbestemte kontrakter på alt fra 1-5 år. Etter endt kontraktsperiode gjøres det en ny vurdering om leietakeren fortsatt er i behov av kommunal bolig, som i utgangspunktet er ment som et midlertidig tiltak (Dyb & Holm, 2015).

3.4.2 Samlokaliserte boliger

Det er flere brukere som har behov for et mer tilpasset boligtilbud. Dette er ofte boliger med bemanning, tilgang på ulike tjenester og mer tilpasset brukergruppen (Veiviseren, 2020). Særlig de tynge brukerne er aktuelle kandidater for tilpassede boligløsninger, da det er omfattende behov som skal dekkes. For noen er disse tilpassede boligløsningene et mellomstopp før en mer selvstendig boligkarriere, men det er også noen personer som har problemer av et slikt omfang at det verken er aktuelt for den enkelte eller lokalmiljøet at de bor i en ordinær kommunal bolig. Disse personene vil være avhengig av tilpassede boligløsninger over en lengre periode, om ikke hele livet. Målet for boligene er at brukeren skal oppnå best mulig funksjonsnivå, selvstendighet og deltakelse i samfunnet (Jenset, 2010).

3.4.3 Housing First

I tillegg er det flere kommuner som har etablert et eget tilbud fra Housing First, heretter kalt HF. Dette er en modell med opphav fra USA på 90-tallet, som i utgangspunktet fokuserer på innsats for bostedsløse, men har et grunnleggende tankesett og metode som kan benyttes i alt boligsosialt arbeid. Metoden går ut på å skape en stabil boligkarriere for mennesker som har vært bostedsløse eller hatt en ustabil boligkarriere over lang tid. Tankesettet belager seg på troen på at alle kan bo, og at gjennom stabil bolig og recovery-orientert oppfølging kan man bedre livskvaliteten for individet (Rambøll, 2012). Modellen har utviklet seg og blitt implementert ulikt over verden, men kan kort oppsummeres med utgangspunkt i at deltakeren skal ha valgfrihet i tjeneste og bolig, det er skadereduksjon i fokus og respekt, varme og medfølelse hos medarbeiderne (Rambøll, 2012).

I teoridelen er det gjort rede for kjennetegn ved målgruppen, utvalgte behandlingsmetoder, sentrale sosialfaglige begreper, boligtilbud for målgruppen og hva norsk lovverk sier om retten til bolig. Dette grunnlaget tas videre inn i neste del av oppgaven, der det skal diskuteres hvordan boligen kan benyttes som en ressurs for personer med ROP-lidelser. Både boligen i seg selv, men også hvordan rammebetingelsene til bosituasjonen legger til rette for utførelsen av sosialt arbeid.

4.0 Diskusjon

Bolig kan være en ressurs for ROP-gruppen, og det kan tenkes at et tak over hodet uansett er bedre enn å være bostedsløs. Men det er ikke dette boligsosiale arbeid dreier seg om. Kjernen i sosialt arbeid handler om å fremme sosial endring og utvikling, sosial utjevning samt myndiggjøring og frigjøring av mennesker (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015). Det finnes ikke et entydig svar på hva som er den beste tilnærmingen for ROP-gruppen, da det er store variasjoner innen rusmisbruk og grad av psykisk helse. Spørsmålet blir heller hvordan boligsituasjonen kan fremme sosial endring og utvikling for individet. Enten om målet er rusfrihet og et «vanlig» hverdagsliv eller å bedre livskvaliteten for brukere som ikke har et mål om å bli rusfrie. Som Nielsen (2010) sier er det mulig for alle rus- og psykiatribrukere å få et bedre liv, men da må først fundamentet være noenlunde på plass. Dette fundamentet kan drøftes opp mot kommunenes boligtilbud for ROP-brukere. Diskusjonen tar for seg hvilket fundament boligtilbud, omgivelser, oppfølging i bolig og bosettingstidspunkt legger for muligheten til å benytte boligen som en ressurs.

4.1 Kommunenes boligtilbud

Ved kommunal bosetting kan ikke brukeren selv bestemme hvor hen skal bosettes, men kan komme med ønsker (Rambøll, 2012). Brukerens egne ønsker, livssituasjon og hjelpebehov er påvirkende faktorer for tildeling av bolig, men spesielt rusmisbruket og rusatferden er avgjørende. Mange kommuner har aversjon mot å bosette personer med rusproblemer, og personer med ROP-lidelse er spesielt utsatt. Tilliten til disse leietakerne er ofte lav, og mange kommuner helgarderer seg ved å lage midlertidige løsninger der kontraktperiodene er korte og personen bosettes i et bomiljø med høy toleranse for rusatferd og utagering (Øiern, u.d). For mange brukere samsvarer ikke tilbudet med hva de selv ønsker, og de opplever å bli satt i en avmaktssituasjon der de ikke har kontroll over egen bosetting eller mulighet til å endre kommunens viljeutøvelse ovenfor seg selv. Brukermedvirkningen strekker seg dermed ikke lenger enn at personen kan komme med ønsker, og en kan stille seg spørsmålet om dette i tråd med sosialfaglige verdier. En stor utfordring med aktive rusmisbrukere med eller uten samtidig psykisk lidelse er synlig rusatferd, utagering, bråk og trekking av rusmiljøet som kan være til sjenanse for et ordinært bomiljø. Mange kommuner har dermed valgt en løsning der disse leietakerne samles i egne miljø og opphopninger for å spare bydelene rundt (Molden &

Røe, 2018). Hensynet til omgivelsene trumfer brukerens selvbestemmelse og ønsker, og brukerne ender ofte opp med å bli bosatt i heleide kommunale bygg og samlokaliserte boliger.

4.1.1 Heleide kommunale bygg

Heleide kommunale boliger består av flere utleieleiligheter som kun tildeles kommunale leietakere, og som oftest til personer med problematikk som gjør at kommunen har vegring mot å plassere disse menneskene i et ordinært bomiljø. Dette resulterer ofte i mye uro og bomiljøproblemer. Undersøkelser viser at nær sagt alle som bor i disse heleide boligkonsentrasjonene, ønsker seg bort fra dette og inn i et ordinært borettslag langt unna rusmiljøet (Snertingdal, 2014). En av de største utfordringene med disse heleide bygningene er uønskede besøk. I disse urolige miljøene opplever leietakerne ofte at familie og andre de ønsker besøk av, ikke kommer. Og at andre rusmiddelbrukere som leietakeren i utgangspunktet ikke ønsker besøk av, oppsøker boligen (Snertingdal, 2014). Informanter med boliger sentralt i rusmiljøet forteller om et stadig mas fra folk som ville inn, dag og natt. De ønsker å kunne låse døren og ikke presses av andre i miljøet som vil overnatte, selge stoff, spørre om penger og lignende (Dyb & Holm, 2015).

4.1.2 Samlokaliserte boliger

I de samlokaliserte boligene med personale kan presset fra miljøet oppleves enda større. Dette er en tilpasset boligløsning der leietakeren har egen boenhet, men også tilgang på personalbase og fellesarealer. For ROP-gruppen er disse boligløsningene oftest benyttet av mennesker i aktiv rus, der mange har et ukritisk rusmisbruk og liten evne til å ivareta egen bolig (Jenset, 2010). Flere bofelleskap har store utfordring med hard rusing, konflikter, vold og en sterk indre justis. Det er alltid tilgang på et bredt spekter av rusmidler, og bygget blir et sentrum folk oppsøker for kjøp og salg (Dyb & Holm, 2015).

4.1.3 Er felles bosetting av mennesker med rus- og psykiske utfordringer en ressurs?

Undersøkelser konkluderer med at det kan være uheldig å samle mennesker med langvarige psykiske helseproblemer og andre sosiale problemer som for eksempel rus i egne boligkomplekser og bomiljø, slik som mange kommuner gjør. Dette skaper utrygghet og

dårlige boforhold. Denne samlokaliseringen av vanskeligstilte som vi ser både i bofelleskap og i heleide kommunale boligkonstruksjoner kan ifølge studier føre til videre ekskludering fra samfunnet, bidra til flere sosiale problemer og økt rusbruk (Andvig mfl., 2013). Også Nielsen (2010) og Rambøll (2012) understreker verdien av et rusfritt nettverk og miljø. Flere med ROP-lidelser har utfordrende angstproblematikk (Helsedirektoratet, 2012), og det er klart at en utrygg bosituasjon vil være en hindring for psykisk helsearbeid og forbedring av mental helse. Videre er det også svært uheldig at boligsituasjonen hindrer brukerens nettverk i å komme på besøk. Dette kan være et rusfritt nettverk bestående venner, familie og andre ressurspersoner. Et kjennetegn ved gruppen er at mange i utgangspunktet har ingen eller lite kontakt med rusfrie miljø (Helsedirektoratet, 2012). At brukeren har en bolig som nettverket føler seg komfortabel med å besøke vil være medvirkende for om relasjoner kan opprettes eller opprettholdes. Andvik mfl. (2013) understreker at samlokaliseringen også kan føre til videre ekskludering av samfunnet. Dette er i strid med en av de viktigste oppgavene vi har i sosialt arbeid, nemlig utjevne forskjeller og styrke følelsen av tilhørighet i samfunnet. Sosialt arbeid handler om å hjelpe blant annet marginaliserte grupper ut av en vanskelig livssituasjon, samt påvirke samfunnsforhold som bidrar til sosial ulikhet (Levin, 2015). Ved oppsamling av mennesker med langvarige sosiale problemer bidrar man systematisk til å skape og opprettholde ulikhet. Det å bli plassert i disse miljøene mot sin vilje kan oppleves som et stort maktovergrep, og mange blir satt i en avmaktssituasjon der de verken føler seg sett eller hørt. For mange kan det oppleves skamfullt å være bosatt i et område som andre ikke ønsker å oppsøke og som Molden og Røe (2018) definerer som et ghetto-område. Dette kan bidra til å forsterke stigma av ROP-gruppen, noe som innebærer at de blir ansett som mindre verdt og holdt avstand til (Tøssebro & Berg, 2015).

Samtidig må en sosialarbeider også huske å møte brukeren der den er. Dette er et utgangspunkt for alt hjelpearbeid, og innebærer å finne ut hva som er brukerens faktiske behov og situasjon (Levin, 2015). Innad i ROP-gruppen er det også mange som ikke har et ønske om å komme seg ut av rusen, rusmiljøet eller motta behandling (Helsedirektoratet, 2012). For disse kan samlokaliserte bolig være en ressurs. Spesielt brukere som har lav boevne og driver ukritisk rusing vil kunne benytte seg av måltider og tjenester som personale tilbyr. Bofellesskap for mennesker i aktiv rus har ofte et fokus på skadereduserende tiltak, der brukere kan få rent brukerutstyr, medisiner og for eksempel sårstell for å unngå infeksjoner (Dyb & Hol, 2015). Dette er faktorer som absolutt kan bidra til en bedre livskvalitet for mennesker som ikke ønsker seg ut av rusen. Endringsarbeid er en av nøklene i sosialt arbeid,

men for enkelte individer kan dette innebære å bedre livssituasjonen gjennom tak over hodet, rent brukerutstyr og et måltid om dagen. Det er også svært viktig at brukeren opplever en respekt og anerkjennelse for ens valg av levemåte, hvis valget om å bli i rusen er bevisst.

4.1.4 Borettslag og HF

Kommunen kan også ha boliger i private borettslag og sameier. Dette er boliger som ligger i ordinære bomiljø, men som sjelden ROP-gruppen blir tildelt (Øiern, u.d). Kommunen opplever dette som et stort dilemma, da mange brukere ønsker å bli bosatt i disse boligene for å komme seg unna rusmiljøet og inn i et mer ordinært bomiljø. Undersøkelser viser at leietakere med ruslidelser setter pris på anonymiteten fra rusmiljøet og opplever større kontroll over egen bolig og livssituasjon når de kommer inn i et ordinært bomiljø (Snertingdal, 2014). De får en pause fra et urolig miljø og mindre tilgang på stoff (Dyb & Holm, 2015). Likevel er det også kjent at rusen kan forårsake utagerende atferd, tiltrekke rusmiljø og kriminalitet og brudd på ro og ordensregler. Dette er atferd som kan gå utover nærmiljøet, og mange kommuner opplever naboprotester og naboklager når de bosetter mennesker i aktiv rus i borettslag og sameier (Rambøll, 2012). Her skiller HF metodikken seg ut. Modellen etterstreber å bosette brukerne i borettslag og ordinære bomiljø. En av de mest sentrale faktorene ved modellen er at brukeren selv skal få velge bolig, og at denne boligen skal være i et miljø brukeren ønsker. De begrunner dette nettopp med at brukeren får en avstand fra rusmiljøet, privatliv og integrere seg i et ordinært bomiljø. Jo mer medbestemmelse brukeren opplever i prosessen, desto mer stabilt vil boforholdet arte seg (Rambøll, 2012). Dette samsvarer med myndiggjøring som prosess. Myndiggjøring innebærer at brukeren får hjelp til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv (Ellingsen & Skjefstad, 2015). Gjennom brukermedvirkning får brukeren selv være med å velge bolig og opplever innflytelse og styring over eget liv. Det faktum at brukeren får mulighet til å integreres i et ordinært bomiljø tross aktiv rusing og psykisk sykdom bunner i en grunnleggende tro på at alle kan bo (Rambøll, 2012). Ofte kan man oppdage at problemer på individnivå kan ha sine årsaker i nærmiljøet eller samfunnet (Kleppe, 2015). Brukeren tilbys en trygg og stabil bolig basert på egen selvbestemmelse, som en står fritt til å benytte som en ressurs i eget liv. Sammen med oppfølging i bolig med et fokus på mobilisering av ressurser, legger dette er godt fundament for endringsarbeidet.

4.2 Bolig som arena for oppfølging og behandling

Sammen med bolig medfører også et stort ansvar. For å få muligheten til å bo i egen bolig, er mange avhengig av oppfølging i boligen. Fremfor institusjon eller samlokaliserte boliger blir boligtilbudet basisen for ulike tjenester, både i form av behandling og miljøarbeid (Fugletveit & Hansen, 2013).

4.2.1 Housing First

Oppfølgingen fra HF er både før, under og etter bosetting. Den er individuelt tilpasset og forsøkes å oppnås gjennom blant annet praktisk booppfølging, hjelp til å håndtere kontakt med systemet, stabilisering av økonomi og rus- og helsearbeid (Rambøll, 2012). Deltakelse i HF er frivillig, men man forplikter seg da til oppfølging i etterkant av bosetting. Dette gjør at også oppfølgingen er basert på frivillighet og en motivasjon til å gjøre endringer i livssituasjonen. Dette er et godt utgangspunkt for relasjonen mellom brukere og tjenesteutøvere, som er den viktigste faktoren i metodikken. Relasjonen skal baseres på et samarbeid, og i bunn ligger et helt spesielt tankesett hos tjenesteutøverne. Respekt, varme og medfølelse for brukeren skal komme til uttrykk i oppfølgingen. Oppfølgingen er også recovery-orientert, som innebærer at man baserer oppfølgingen på brukerens egne valg og selvbestemmelse (Rambøll, 2012). Dette er i samsvar med sentrale yrkesetiske prinsipper likeverd og respekt, samt verdier som tillit, omsorg og nestekjærlighet (Fellesorganisasjonen, 2015).

HF virker å fokusere på mobilisering av brukernes ressurser, slik at de selv sitter med makt og kontroll til å bedre egen situasjon. Endringsarbeid kan bare gjøres i samarbeid med brukeren (Schulman, 2003). I HF kan brukerne gjøre endringer i fellesskap med et tverrfaglig team som innehar riktig kompetanse. Det er nettopp dette som er myndiggjøring.

4.2.2 Oppfølging utenfor institusjon

Rop- brukere som bosettes av kommunen uten HF har også ofte oppfølging i boligen. Med egen bolig medfører også et ansvar og ulike forpliktelser. Mange i gruppen har liten eller ingen erfaring med å bo på egenhånd, og flere har misligholdt ulike boforhold tidligere. For mange er derfor oppfølgingen et vilkår for å få kommunal bolig (Øiern, u.d).

De som har tvungen oppfølging for å få kommunal bolig vil ha et annet utgangspunkt for samarbeidet enn deltakerne i HF. Hvis oppfølgingen ikke er basert på frivillighet, er det vanskelig å få til et godt samarbeid. Det kan derfor tenkes at tjenesteutøverne må jobbe hardere for å opprette en god relasjon med sine brukere, enn det trengs i HF. Oppfølgingen er varierende ut fra type problematikk og graden av den, men for ROP-gruppen gis oppfølgingen som oftest av et ambulerende team som for eksempel ACT-team eller uteteam. Også her er oppfølgingen basert på praktisk veiledning og bistand i boligen, men også mer behandlingsrettede samtaler og aktiviteter (Dyb & Holm, 2015). Hensikten er å sikre at boforholdet opprettholdes, forhindre utkastelse og bedre ivaretagelse av seg selv, sin helsetilstand, ernæring, hygiene, renhold og rusmestring (Jenset, 2010). Utenom veiledning i de hverdagslige oppgavene har teamet en svært viktig rolle i utføringen av rus- og psykisk helsearbeid. Relasjonen mellom tjenesteyter og brukeren karakteriseres av respekt og omtanke, der brukerens autonomi og frihet står i fokus og anerkjennelsen av at brukeren er ekspert på eget liv er grunnleggende (Fugletveit & Hansen, 2013). Dette er i tråd med Levin og Ellingsen (2015) sine betraktninger om relasjoner i sosialt arbeid, og hvordan dette er et av de viktigste fokusene i sosialt arbeid. Det som er unikt med denne typen oppfølging er varigheten og fleksibiliteten i relasjonen. Dette er en relasjon man ikke vil kunne skape i like stor grad ved institusjonsopphold eller poliklinisk behandling. Ambulant oppfølging benyttes ofte for mennesker som ikke responderer på nettopp den type behandling, og det kan tenkes at det er de fleksible rammene rundt ambulant oppfølging basert på tillit, respekt og samarbeid som er nøkkelen for at denne brukergruppen skal kunne etablere relasjonene som er helt sentrale for suksess. Flere brukere opplyser i undersøkelser at de opplever hjelpeapparatet mindre skremmende i etterkant av ambulant oppfølging (Borg & Karlsson, 2013). Videre viser undersøkelser at teamets akutte utrykning ved krisehåndteringen ofte forebygger akuttinnleggelser i psykiatrien, noe som er kostnadsbesparende men også ofte til det beste for brukeren. Ved jevnlig oppfølging kan innleggelser forebygges ved at teamet kommer tidlig inn på banen og bistår når det er en forverring i situasjonen eller om det skjer en spesiell hendelse i brukerens liv. Ved forhold som truer leieforholdet, som ubetalt husleie eller naboklager kan oppfølgingsteamet bistå for å forhindre utkastelse (Fugletveit & Hansen, 2013).

Også HF kan vise til undersøkelser om færre innleggelser og akuttinnleggelser for sine deltakere. Studier viser at deltakerne av HF har et lavere antall sykehusinnleggelser enn andre bosatte, og spesielt i den innledende fasen (Rambøll, 2012). Det kan tenkes at deltakerne

opplever en opptur i denne fasen. Mange har lenge vært bostedsløse eller uten egnet bolig, og ofte følt at de ikke har blitt tatt på alvor i systemet. Når de da får egen bolig kombinert med tett oppfølging basert på langvarig relasjon, respekt og forståelse vil dette for mange oppleves svært meningsfullt og som en stor oppnåelse. Et kritisk punkt i forløpet for mange vil være når hverdagen og dødtiden kommer tilbake. Her er oppfølgingen fra HF og ambulante-team svært viktig for å motivere og forebygge store tilbakefall (Rambøll, 2012). Både HF og ambulante team bør ha et fokus på å bistå og motivere brukeren til å finne meningsfull aktivitet for å forhindre ensomhet og kjedsomhet.

4.3 ROP, bolig og utfordringer

Ensomhet og isolasjon er en av de største utfordringene for mennesker med rus- og psykiske problemer i egen bolig (Andvig mfl., 2013). Mange bor for seg selv, og har lite eller ingen rusfritt nettverk og lite aktivitet på dagtid (Helsedirektoratet, 2012). Også her vil oppfølging være sentralt for å benytte boligen som en ressurs. Det kan tenkes at ensomhet og isolasjon kan resultere i en dårligere psykisk helse, og et behov for å ruse seg bort fra hverdagen. Undersøkelser viser at brukere legger vekt på at boligen skal være et sted for vekst og utvikling, et sted de har kontroll, kan balansere privatliv og sosial deltakelse (Fugletveit & Hansen, 2013). Hvis en bosetting utenfor rusmiljøet resulterer i ensomhet og isolasjon for brukeren, kan det ikke karakteriseres som en ressurs. Flere sier at de opplever mangelfull hjelp og støtte i boligen, og at de savner veiledning i blant annet matlaging, vedlikehold av boligen, i å hevde sine meninger og integrere seg i nærmiljøet (Andvig mfl., 2013). Dette belyser at boligtilbudet ikke er det avgjørende for suksess, men at tjenestetilbudet er vel så viktig. Både boligtilbud og oppfølging bør tilpasses den enkeltes behov og ønsker (Fugletveit & Hansen, 2013).

4.3.1 Overgangsboliger

Kommuner opplever mangler i tjenestetilbudet sitt, og flere etterlyser overgangsboliger (Dyb & Holm, 2015). Dette er spesielt tiltenkt for personer som kommer ut fra behandling eller soning. Underveis i soning og institusjonsopphold brukes det masse ressurser på pasienter og innsatte for å motivere til endring og skape innsikt over egen situasjon. Mange blir motiverte til å gjøre store livsendringer, som å slutte med rus eller komme seg ut av et kriminelt miljø. Problemet er at disse personene ofte kommer ut fra institusjon og soning til det samme

bomiljøet de hadde tidligere, eller blir avhengig av dette miljøet for å finne et sted å overnatte. Dette skjer også med ROP-brukere, og er en stor utfordring siden mange vil falle tilbake i gamle spor. For mange blir dermed soning eller institusjonsopphold kun er pause fra rusen, fremfor begynnelsen på en ny start (Dyb & Holm, 2015). Helsedirektoratet nevner noe av denne problematikken i sine retningslinjer for mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk sykdom. Der legger de særlig vekt på at det må jobbes aktivt for at pasienten skal kunne beholde boligen sin under behandlingsopphold, og at det skal jobbes med å skaffe bolig til bostedsløse (Helsedirektoratet, 2012). Det nevnes derimot ikke noe om egnet bolig og bomiljø for pasienter som ønsker å bli rusfrie. Flere kommuner etterlyser overgangsboliger der motiverte personer kan få muligheten til å øve seg på å bo, være rusfri og foreta andre livsstilsendringer med oppfølging fra kvalifisert personale. Videre vil de i denne overgangsfasen kunne få bistand i å finne et eget sted å bo, rydde opp i økonomien eller begynne å søke arbeid. Flere kommuner har et slikt tilbud og opplever stor suksess med dette, men opplever et stort underskudd på antall boliger (Dyb & Holm, 2015). Motivasjonen for brukerne kan være svært kortvarig, og det er avgjørende at kommunens respons er rask for å oppnå denne suksessen.

4.4 Bolig først eller etterpå?

Overgangsboliger passer godt til kommunens bosettingsmodell. Som tidligere nevnt har kommunene ofte en motvilje til å bosette mennesker med problemer knyttet til rus og psykisk helse i egne boliger i ordinære bomiljø. Ofte ønsker de å prøve seg frem med midlertidige løsninger for å teste ut om personen har evnen til å ivareta en bolig. Dette er den såkalte Housing Ready tilnærmingen, også kalt trinnmodell. Her må brukeren kvalifisere seg for å få egen bolig ved blant annet gjennomføre behandling og bevise at de har boevne på et lavere trinn, som for eksempel i samlokaliserte boliger med bemanning og stor grad av regelstyring. Ønsket bolig er det siste trinnet på modellen (Rambøll, 2012). Her kan overgangsbolig være en ressurs, men man ser også flere utfordringer ved denne modellen. Blant annet kan det være at brukeren ikke våger å være åpen om sine utfordringer grunnet redsel for å ikke kvalifisere seg videre. Mange sliter også med å komme seg oppover i trinnene, og faller av på veien før de oppnår selvstendig bolig (Snertingdal, 2014). Dette vil for mange bety at de blir boende i kommunale boligtilbud preget av aktiv rus og et urolig bomiljø. Det kan også tenkes at det kan være utfordrende å vise god boevne fra disse boligene, da rusen og miljøet er så tett på. Her hadde overgangsboliger med streng ruskontroll for å bevare et godt bomiljø vært en stor

ressurs. Ved å ta motivasjonen til å gjøre endringer på alvor, og legge til rette for at brukeren skal kunne lykkes ved å gi de egnede omstendigheter for å kunne jobbe med seg selv, starter man en myndiggjørende prosess. Grunnleggende for myndiggjøringen er troen på at individet kan kontrollere sin egen verden og får makten til å endre og påvirke forhold i sitt eget liv (Ellingsen & Skjefstad, 2015). Ved å plassere mennesker som uttrykker et ønske om å endre sine liv, i skadelige miljø preget av rus og uro, tar man fra dem makten og kontrollen til å gjøre nødvendige endringer og umyndiggjør deres ønske om forandring.

HF metodikken er motpolen til Housing Ready/trinnmodellen. Selve basisen for metodikken er tilliten til at alle kan bo, og baserer seg derfor på en rask stabilisering av boligsituasjonen for brukerne (Snertingdal, 2014). Brukerne får umiddelbar tilgang til egen bolig, og det stilles ingen krav til rusfrihet. Først i etterkant av en stabilisert bosituasjon kan deltakerne i samarbeid med HF teamet begynne å jobbe med viktige problemstillinger innen rushåndtering, boevne, økonomi og nettverk (Rambøll, 2012). Deltakerne opplever en unik tillit fra HF ved å få ansvaret for egen bolig. Denne tilliten, maktoverføringen og ansvaret er helt sentralt for en myndiggjørende prosess. For mange vil nok dette ansvaret utløse et fremtidshåp, optimisme og motivasjon til å gjøre livsstilsendringer. Denne motivasjonen kan være en viktig forutsetning for suksess. Dette bekreftes også i erfaringene som er gjort av HF modellen (Øiern, u.d).

5.0 Oppsummering

I sosialt arbeid er endringsarbeidet helt sentralt, men det er flere ting som spiller inn på mulighetene for å mobilisere ressurser til å gjøre endring (Berg mfl., 2015). De fleste i ROP-gruppen har en omfattende problematikk som påvirker flere livsområder, og livet er ofte svært kaotisk. Endringsarbeid er svært relevant for brukergruppen, men det er tydelig at bolig og stabile rammer er et viktig fundament for suksess (Nielsen, 2010)

Kommuners løsninger der mennesker med problematikk innen rus og psykisk helse samles i egne miljø for å spare bydelene rundt hindrer mange i å benytte boligen som en ressurs. Dette er bomiljø som er ødeleggende for brukernes psykiske helse og opplevelse av trygghet, og fører ofte til et økt rusmisbruk (Andvik mfl., 2013). Flere kommuner baserer seg på en trinnmodell der brukerne må kvalifisere seg til bolig i et ordinært miljø ved å vise at de har evnen til å ivareta boligen og holde seg rusfri. Housing First har derimot en annen tilnærming til bolig som ressurs, der en grunnleggende tro på at alle har evnen til å bo dominerer (Rambøll, 2012). En trygg bolig i et ordinært bomiljø legger selve fundamentet for endringsarbeidet. Brukerne opplever å få tillit og muligheten til å benytte boligen som ressurs, og endre sin levemåte om det er ønskelig.

Oppfølging i bolig er også helt sentralt for mange av ROP-brukerne. Felles for brukere plassert både med og uten Housing First, er at oppfølgingen er basert på en likeverdig relasjon mellom tjenesteyter og bruker (Dyb & Holm, 2015). Dette er i tråd med sentrale verdier i sosialt arbeid der relasjoner, tillit, respekt og omsorg er helt sentralt (Fellesorganisasjonen, 2015). En gjentager for mange ROP-brukere er at de ofte faller ut av behandlingstilbud, men at dette relasjonsarbeidet over tid i brukerens eget hjem kanskje er nøkkelen for selve endringsarbeidet og kontinuitet i prosessen. Gjennom oppfølging mobiliseres brukerens egne ressurser til å ta tak i flere utfordringer i eget liv, som somatisk helse, økonomiske problemer, brutte relasjoner og rusmisbruk. Mange opplever også en større tillit til hjelpeapparatet generelt, ved at oppfølgingen blir ufarliggjort i eget hjem (Borg & Karlsson, 2013).

En av de største hindringene for brukerens benyttelse av bolig som ressurs virker å være den grunnleggende mistilliten til at gruppen ikke kan bo i et ordinært miljø, og en sentral oppgave i sosialt arbeid er å belyse samfunnsforhold som bidrar til sosial ulikhet og opprettholder sosiale problemer for brukere (Levin, 2015). Gjennom litteraturstudiet virker det som en

opsamling av ROP-brukere i egne områder er et stort hinder for å benytte boligen som ressurs og annet endringsarbeid. Faktorer som derimot virker å påvirke positivt er trygt bomiljø, myndiggjøring, tillit og tilpasset oppfølging der oppfølgingen skaper et helhetlig tilbud for brukeren. Å sikre en stabil bolig som førsteprioritet og utgangspunkt for videre arbeid virker som en suksessfaktor for HF, og er kanskje også noe kommuner bør undersøke. Gjennom brukermedvirkning, tillit og myndiggjøring får personer med ROP-lidelse muligheten til å benytte bolig som en ressurs for eget endringsarbeid.

6.0 Litteraturliste

- Andvig, E., Lyberg, A., & Gonzalez, M.T. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 115-238. Hentet fra <https://idunn.no>
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L.C. (2015). Hva er sosialt arbeid, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 105-113. Hentet fra <https://idunn.no>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Departementene (2014): *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid* (2014- 2020). Oslo: Departementene
- Dyb, E. & Holm, A. (2015). *Rus og bolig* (NIBR rapport 15:5). Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2015-5.pdf>
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad N.S (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukervedvirkning, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s. 97-111). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Revidert mars 2015. Oslo.
- Frantzen, C. & Karagöz, E, M, N. (2011). *Min bolig mitt hjem. Booppfølging av pasienter med dobbeltdiagnose*. Hentet fra http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Min%20bolig_mitt%20hjem_dd.pdf
- Fugletveit, R. & Hansen, G.V. (2013). Flexibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(03), 209-276. Hentet fra <https://idunn.no>
- Helsedirektoratet (2012): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>

- Husbanken. (2010, 9. november).
Retten til bolig. Hentet fra <https://www.husbanken.no/boligrett/retten-til-bolig/>
- Jenset, E. (2010).
Når bolig ikke er nok. En kartlegging av personer med tung rus- og /eller psykiatriproblematikk og som har behov for omfattende bistand til å mestre og beholde sitt boforhold. Hentet fra http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3502/nar_bolig_ikke_er_nok.pdf
- Kleppe, L.C. (2015).
Kunnskap i sosialt arbeid, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s. 125-138). Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I. & Ellingsen I. T. (2015).
Relasjoner i sosialt arbeid, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s. 112-124). Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I. (2015).
Sosialt arbeid som spenningsfelt, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s. 36-46). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molden, T.H. & Røe, M. (2018).
Et felles ansvar, gode arbeidsprosesser i bo- og tjenestetilbudet til personer med rus- og psykiske lidelser (ROP). Hentet fra https://samforsk.no/Publikasjoner/2018/Et%20felles%20ansvar_web.pdf
- Nielsen, E.K. (2010).
Fullt og helt, ikke stykkevis og delt, Sosialt arbeid i en fragmentert sosialtjeneste. (Mastergradsavhandling). Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Norvoll, R. (2009).
Makt og avmakt, I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn* (2. utg, s.67-92). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2011: 15. (2001).
Rom for alle, en sosial boligpolitikk or framtiden. Hentet fra <https://regjeringen.no>
- Polden, E. (2017).
Rop pasienters problematiske møte med behandlingssystemet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 227-233. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-08>
- Rambøll (2012).
Housing first- muligheter og hindringer for implementering I Norge. Hentet fra http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/FOU/Housingfirst_2012.pdf
- Regjeringen. (2014, 10. juni).
Vanskeligstilte på boligmarkedet. *Kommunal- og moderniseringsdepartementet.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og->

[eiendom/boligmarkedet/boligsosialt_arbeid/vanskeligstilte-pa-boligmarkedet/id749714/](https://www.rop.no/tema/eiendom/boligmarkedet/boligsosialt_arbeid/vanskeligstilte-pa-boligmarkedet/id749714/)

ROP/Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2017, 23. juni).

Om rop. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/om-rop/>

Schulman, L. (2003).

Kunsten å hjelpe individer og familier. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snertingdal, M.I. (2014).

Housing First I Norge- en kartlegging. (FAFO-rapport 2014:52). Hentet fra

<https://www.faf.no/images/pub/2014/20399.pdf>

Sosial- og helsedepartementet. (1997).

Åpenhet og helhet. (Meld. St. 25 (1996-97)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Sosialtjenesteloven. (2009).

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131).

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

Støren, I. (2013).

Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier. Oslo, Norge: Cappelen Damm AS.

Tøssbro, J. & Berg, B. (2015).

Sosiale forskjeller, avvik og samfunn, I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid - en grunnbok* (s. 227-243). Oslo: Universitetsforlaget.

Ulfrstad, L.M. (2011).

Velferd og bolig, om boligsosialt (sam-)arbeid. Oslo, Norge: Kommuneforlaget AS

Veiviseren (2020, 25. februar).

Ulike bo- og tjenestetilbud. Hentet fra <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/tjenester-og-bo-oppfolging/bo-og-tjenestetilbud-til-personer-med-rop/ulike-bo-og-tjenestetilbud>

Wiig, F.L. (2018, 15. januar).

Stort gap i levealder. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/stort-gap-i-levaalder2/>

Øiern, T. (u.d).

Housing first. Hentet fra <https://www.idunn.no/file/pdf/53124349/art17.pdf>

