

Christine Frantzen

Eli M Nielsen Karagøz

# MIN BOLIG - MITT HJEM

Booppfølging av pasienter med dobbeldiagnose

## PROSJEKTRAPPORT



Et samarbeidsprosjekt mellom  
Diakonhjemmet sykehus, Vinderen DPS, TEDD og  
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, ByBo.

Med støtte fra Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri  
RKDD, Sykehuset Innlandet HF og fra Husbanken, Region Øst.



**Denne rapporten er utgitt av**

Diakonhjemmet sykehus, DPS Vinderen  
Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD)  
Postboks 85 Vinderen  
N-0319 Oslo  
<http://www.diaconhjemmet.no>

Elektronisk distribusjon:

- Diakonhjemmet sykehus AS
- Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo
- Husbanken og databasen Bibsys
- Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose

Forside: Kunst på Murvegg-Døren ut. Se s.76.

Bakside: Maleri av Marianne Thoresen Fjeld

Trykkeri: Hustrykkeriet Diakonhjemmet

**Opphavsrettigheter**

Forfatterne har opphavsrettigheter til denne rapporten.

Nedlasting til privat bruk er tillatt.

Nedlasting til faglig bruk er tillatt såfremt det ved bruk henvises til kilde etter vanlige regler.

Mangfoldiggjøring og videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatteren eller Diakonhjemmet sykehus AS.

## FORORD

Å ha et sted å bo er en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse. (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011)

De fleste borgere som blir pasienter har en bolig. Pasientene i denne rapporten har det i hovedsak ikke. Dersom pasientene har det, mangler de gjerne tilpasset oppfølging, som for denne pasientgruppen er nødvendig for å opprettholde boforholdet. Dermed står leieforholdet stadig i fare for å falle bort.

I denne rapporten oppsummerer vi erfaringer fra tre års arbeid i perioden 2008 – 2011 i prosjektet *Min bolig - Mitt hjem*, vurdert fra spesialisthelsetjenestens side, som har tatt samhandlingsbrillene på. Rapporten beskriver muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten (her: psykisk helsevern) og bydeler i Oslo, omkring bosetting av ti hjemløse pasienter med dobbeldiagnose; alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, hvorav flere med svært lavt funksjonsnivå. I rapporten omtaler vi eksempler på gode samhandlingserfaringer mellom spesialisthelsetjeneste og bydel, samtidig som vi identifiserer utfordringer i samhandlingen på individ- og systemnivå. Prosjektet understreker behovet for tett og fleksibel samhandling mellom bydel både før, under og etter et behandlingsopphold. Et viktig funn er at en tett kontakt med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at bydelene skal lykkes i å bosette personer med så lavt funksjonsnivå. De fleste av pasientene med dobbeldiagnose vil ikke kunne nyttiggjøre seg bolig og booppfølgingstjenester – og andre ambulante tjenester fra bydel og DPS – uten en robust og fleksibel sengepost ”i ryggen”.

Samhandlingsreformens intensjon er at befolkningen skal motta "Rett behandling - på rett sted - til rett tid" (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s.1). Dette krever tettere samhandling mellom forvaltningsnivåene kommune og stat, og det krever at den som skal motta behandlingen har et sted å bo. Uten varig bolig med riktig tilpasset oppfølging til personer med dobbeldiagnose, vil vi ikke nå samhandlingsreformens intensjoner.

De fleste av pasientene i denne undersøkelsen har vært hjemløse i mange år, uten fast bolig (u.f.b.). De har levd en omflakkende tilværelse med opphold hos venner, på gata, hos familie, i midlertidige boligiltak eller i rehabiliterings- og behandlingsinstitusjoner og lignende. I tillegg - og samtidig med sin bostedsløshet - har de i lange perioder vært svært plaget av psykiske og somatiske lidelser og av skadelig rusmiddelbruk.

*Rom for alle – en boligpolitikk for framtiden* (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011) er ute på høring idet denne rapporten avsluttes. Prosjektets erfaringer har bidratt aktivt til Diakonhjemmet sykehus sin høringsuttalelse. I utredningen oppsummeres det bl.a.:

Det er god samfunnsøkonomi å føre en aktiv og sosial boligpolitikk. Det viktigste er imidlertid anerkjennelsen av at alle trenger en bolig og et hjem for å kunne leve et verdig liv. Det skal være rom for alle.” (Kap 2.1, s.15).

## **TAKK**

- Takk til Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose og Husbanken, Region Øst, for økonomisk støtte og faglige innspill til dette prosjektet.
- Takk til våre samarbeidspartnere i bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern; deres engasjement merkes i innsatsen som utføres i forhold til hver enkelt bruker.
- Takk til prosjektets referansegruppe for engasjement og nyttig innspill underveis. Gruppen har hatt bestått av: Karin Gulliksen, Ullern sosialtjeneste, Ane Stabel, Vestre Aker sosialtjeneste, Jan Erik Hermansen, Frogner sosialsenter, Per Erik Hammerstad og nå avdøde Stein Rønnow, DPS Vinderen, Oddrun Remvik, Kirkens Bymisjon Oslo, Kari Elisabeth Fjærli, Rusmiddeletaten Oslo kommune, Reidar Holst Christensen, Bydel St.Hanshaugen, Sentrumsavdelingen, Anne-Grethe Skjerve, Rådet for psykisk helse og Grete Abel Løvmo, brukerrepresentant.
- Takk til prosjektets styringsgruppe for mange utfordrende diskusjoner og faglige funderinger: Tove Korneliussen og Marit Nybø i Kirkens Bymisjon og Grete Larsen, TEDD. Forskningsansvarlig prosjektleder har vært Torkil Berge: Spesielt takk for faglig veiledning, varmt engasjement og stor tålmodighet.
- Takk til prosjektmedarbeidere / boudviklingskonsulentene Siv Kløvfjell og Christine Frantzen for stort engasjement og dyktig innsats.

Spesielt varm takk til våre ti informanter som raust har tillatt at akkurat deres erfaringer og deres historie kan bli brukt for å synliggjøre mulighetene og utfordringene i arbeidet med bosetting og booppfølging for denne brukergruppa.

Oslo, juni/november 2011.

Eli Margrete Nielsen Karagöz

Prosjektleder

## INNHold

FORORD.....	3
1 SAMMENDRAG.....	8
2 BAKGRUNN.....	14
2.1 Innledning.....	14
2.2 ByBo.....	15
2.3 TEDD.....	17
3 ORGANISERING.....	21
3.1 Min bolig – Mitt hjem.....	21
3.2 Målgruppe.....	21
3.3 Prosjektets mål.....	21
3.4 Prosjektets relevans.....	22
3.5 Tidsperiode og ansatte.....	22
3.6 Samarbeidspartnere.....	22
3.7 Styringsgruppe og referansegruppe.....	24
4 METODE.....	26
4.1 Deltakende observasjon.....	26
4.2 Intervju av informanter.....	26
4.3 Fokusgruppeintervjuer.....	27
4.4 Intervjuer og samtaler med ressurspersoner.....	27
5 RESULTATER AV BOSETTING SARBEIDET.....	28
5.1 Varig bolig – eiet eller leiet.....	28
5.2 Bo- og rehabiliteringsinstitusjon.....	28

5.3	Fortsatt hjemløs – u.f.b. ....	28
6	KRITISKE FAKTORER I BOSETTINGSARBEIDET .....	29
7	INDIVID .....	29
7.1	Generell kunnskap - individuell kjennskap .....	29
7.2	Diagnose, hva innebærer det? .....	30
7.3	Ruslidelse .....	30
7.4	Rusmidlene .....	31
7.5	Alvorlig psykisk lidelse .....	31
7.6	Kognitiv funksjon .....	32
7.7	Forstyrret døgnrytme .....	33
7.8	Relasjoner .....	34
7.9	Oppsummering .....	35
8	BOLIG, BOLIGVIRKEMIDLER OG OPPFØLGING .....	36
8.1	Er ordinære boligsosiale virkemidler virksomme for pasientene i prosjektet? .....	37
8.2	Privat leie med sosial garanti .....	37
8.3	Kommunal leiebolig .....	37
8.4	Husbankens virkemidler .....	38
8.5	Boligpriser i Oslo vest .....	39
8.6	Differensierte tilbud - funksjonelle boligløsninger .....	40
9	PASIENTENE OG BOLIGENE .....	42
9.1	Normaliseringsmodellen .....	42
9.2	Kjedemodellen .....	46
9.3	Ikke bare varig bolig, men varig tilpasset bolig .....	50
9.4	De mest sårbare av de sårbare .....	51

9.5	Oppsummering .....	52
10	HJELPERNE .....	54
10.1	Fleksibel pasient-hjelper-relasjon.....	54
10.2	Kollegial fleksibilitet.....	55
10.3	Fleksibilitet på systemnivå .....	56
10.4	"Samsnakking" - å være der alle de andre er .....	57
10.5	Aktiviteter .....	57
10.6	Informasjon og informasjonsansvar .....	58
10.7	Kognitiv svikt i praktisk hverdag .....	59
10.8	Gradvis utskrivning fra sykehus til bolig .....	59
10.9	Reinnleggelser.....	60
10.10	Ansvarsgrupper og Individuell plan (IP).....	60
10.11	Boliggruppe som arbeidsverktøy? .....	61
10.12	Kompetanse.....	62
11	RAMMER .....	65
11.1	Varig bolig.....	65
11.2	Hjem på anbud .....	66
11.3	Bolig som forebygging .....	67
11.4	Uhåndterlige hindringer i lovverkets gråsoner .....	67
12	KONKLUSJON.....	69
13	ETTERORD - Og hva skjedde senere?.....	72
14	LITTERATUR.....	73
15	VEDLEGG Kunst på murvegg .....	76

## 1 SAMMENDRAG

Prosjektet *Min bolig - Mitt hjem* har dokumentert ti pasientforløp for personer med dobbeldiagnose, dvs. alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, ved utskrivning fra døgnbehandling til varig bolig i perioden 2008 – 2011. Prosjektet er et samarbeid mellom Bymisjonens boligsatsing - By Bo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) ved DPS Vinderen, Diakonhjemmet sykehus i Oslo. I rapporten omtales eksempler på gode samhandlingserfaringer mellom spesialisthelsetjeneste og bydel. Videre identifiseres utfordringer i samhandlingen på individ- og systemnivå. Prosjektet understreker et behov for tett og fleksibel samhandling mellom kommune/bydel både før, under og etter et behandlingsopphold. Sengeplasser som kan supplere og understøtte polikliniske/ambulante tjenester, er en nødvendig forutsetning for å oppnå Samhandlingsreformens intensjoner.

### **Målsetting og målgruppe**

Hovedmålet med prosjektet var etablering og oppfølging i varig bolig for personer med dobbeldiagnose. Man ønsket å finne kritiske faktorer ved boligetablering og peke på virksomme arbeidsmetoder for å styrke det boligsosiale samhandlingsarbeidet for denne pasientgruppen. Prosjektet har stor relevans i forhold til målgruppen i det to tredjedeler av pasientene på TEDD er hjemløse, uten fast bolig (u.f.b.).

Informantene i prosjektet ble rekruttert mens de var innlagt som pasienter ved TEDD. De fleste hadde vært hjemløse i mange år, uten fast bolig. De hadde levd en omflakkende tilværelse med opphold hos venner, på gata, hos familie, i midlertidige boligtiltak eller i rehabiliterings- og behandlingsinstitusjoner og lignende. I tillegg - og samtidig med sin bostedsløshet - hadde de i lange perioder vært svært plaget av psykiske og somatiske lidelser, og av skadelig rusmiddelbruk.

### **Metode**

Det har vært samarbeidet tett med pasientenes bydeler; Frogner, Ullern og Vestre Aker. Prosjektets medarbeidere har i noen av sakene jobbet aktivt deltakende i bosettingsarbeidet. I andre saker har man benyttet seg av metoden deltakende observasjon. I prosjektets slutfase ble det foretatt intervjuer og samtaler med noen av prosjektets informanter og med ressurspersoner innenfor boligsosialt arbeid og samhandling. I tillegg ble det holdt tre fokusgruppeintervjuer.



## Resultater

Av de ti informantene var seks etablert i egen "varig" bolig (eiet eller leiet) ved prosjektets avslutning. Av de fire uten fast bolig hadde tre personer opphold i ulike bo- og rehabiliteringsinstitusjoner. En var fortsatt uten bolig og innlagt i psykiatrisk sykehus i påvente av en løsning på boligspørsmålet. Utfordringene omkring denne pasientens bosetting er grundig beskrevet og belyser mange generelle dilemmaer i dette arbeidet. Pasienthistoriene illustrerer arbeidet gjennom hele rapporten.

## Kritiske faktorer i bosettingsarbeidet

Prosjektet har identifisert fire kritiske hovedfaktorer: *Individ, bolig, hjelperne og rammene*.

### *Individ*

Pasientene i prosjektet *Min Bolig - Mitt Hjem* har en kombinasjon av lidelser som gjør dem svært sårbare. Atferdsavvik gjør personer med dobbeldiagnose til lite attraktive leieboere. Opphopingen av lidelser og de sosiale følgene gjør også hjelper- og behandlerrollen ytterst krevende. Kunnskap om atferd som en følge av lidelsene og av funksjonsnedsettelsene, og kunnskap om hvilke tiltak som kan kompensere for slik atferd, er det *generelle* bakteppet vi trenger for å tilrettelegge den *individuelle* bistanden den enkelte har behov for i boligen. I planleggingen av tilpasset bolig er kunnskap om hva alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse kan innebære for funksjon i dagliglivet, et nyttig redskap. Den generelle kunnskapen bistår hjelperne i å identifisere pasientens spesielle vansker, men også vedkommendes spesielle styrke.

Blant de ti pasientene i prosjektet finner vi stor variasjon i kognitiv funksjonsevne. Eksekutivfunksjoner betyr evne til å lære noe nytt, huske det som er lært, forutse konsekvenser, planlegge og agere ut fra det som er planlagt. Psykoselidelser, depresjon og skader fra overdoser kan føre til problemer med dette. Det å bo selvstendig og klare seg selv krever rimelig gode eksekutivfunksjoner. Vi ser at behovet for tett og hyppig oppfølging i bosituasjonen øker med skadeomfanget. Flere av pasientene har forstyrret døgnrytme, noe som påvirker hans eller hennes muligheter til et aktivt liv på dagtid.

### *Bolig og oppfølging*

I Oslo er det mangel på kommunale boliger, spesielt i de tre vestlige bydelene. Dette er en stor utfordring for personer med dobbeltdiagnose. Privat leie blir sjelden en løsning for personer i denne pasientgruppen. De fleste personene faller utenfor de statlige og kommunale støtteordningene til å eie egen bolig; startlån og boligtilskudd. Inntekter som sosialhjelp og midlertidige trygdeytelser hindrer lånefinansiering som krever stabile inntekter.

Privatgjeld, som konsekvens av rusmiddelproblemer, kan også være en hindring. For å få innvilget startlån, kreves det at boligen skal være rimelig i forhold til prisnivået der man bor. Prisnivået i Oslo vest er høyt og låntakere med tilhørighet i Diakonhjemmet sektor, må ved kjøp flytte til andre kanter av byen for å oppfylle kravet om rimelig prisnivå. Ved flytting ut av bydel til annen sykehussektor, vil det kjente tjenesteapparatet falle bort. Dette er spesielt utfordrende for personer med dobbeldiagnose som ofte er svært sårbare for endringer. Vi ser behov for et sterkere fokus på individuelle behov og individuelle løsninger. Boligvirkemidlene kan på denne måten bli virksomme for flere, også i vår målgruppe.

Rapporten omtaler ulike boligløsninger basert på leiekontrakt og samarbeidsavtale om oppfølging. Målet med alle tiltakene er å gi leietakerne et varig og riktig tilpasset sted å bo uten krav om rusfrihet. Dette er i tråd med modellen *Fast bolig først*. Oppfølgingsbehovene er ikke konstante verken i tid eller omfang. Variasjonen i boligtyper sammen med individuell variasjon i oppfølging gir det vi velger å kalle *funksjonelle boligløsninger*. Det er ikke bare en bolig, det er en bolig som fungerer for den som skal bo der.

### *Pasientene og boligene*

Boligløsningene i dette prosjektet kan plasseres i to teoretiske modeller: I den såkalte *normaliseringsmodellen* er målet innflytting i bolig med en gang. Dette er en modell hvor støttetjenester og metoder for booppfølging skal bidra til at brukeren skal kunne opprettholde boforholdet. Den andre, *kjedemodellen*, har også etablering i egen bolig som endelig mål, men opererer med overgangsfaser mellom for eksempel lavterskelhus, institusjon og vanlig bolig. Tanken er at en kjede av overgangstilbud og hjelpetiltak skal bryte den onde sirkelen personen befinner seg i. Seks av pasientene i vårt prosjekt bor i løsninger som samsvarer med normaliseringsmodellen. Tre informanter oppholder seg i løsninger nærmere kjedemodellen, mens en fremdeles er bostedsløs. Rapporten beskriver nærmere hvordan løsningene fungerer for den enkelte.

Alle informantene mottar oppfølging i boligen. Hvilken type booppfølging varierer. Vi erfarer at jo bedre lidelsene lar seg kontrollere og jo høyere funksjonsnivået er, desto mindre ressurskrevende oppfølging skal til. Personer med store relasjonsvansker foretrekker bolig med ansatte, det samme gjør personer som er sterkt preget av sin psykiske lidelse og i tillegg har et lavt funksjonsnivå. Prosjektets erfaringer viser at for de som aller mest trenger samhandling, har det vært vanskeligst å få på plass gode boligløsninger. Det denne forholdsvis begrensede gruppen trenger av tilsyn og omsorg, minner om det man fant i de nå nedlagte psykiatriske sykehjemmene. Forskjellen er at disse trenger en husleiekontrakt og

toleranse for bruk av rusmidler. Det finnes ikke kommunale boligtiltak i Oslo for denne omsorgskrevende gruppen. Bolig med tjenester kan kjøpes av private aktører, men bydelenes budsjetter dekker kun utgifter til noen få personer, langt færre enn det behovet tilsier. Forlengede sykehusopphold og stadig nye midlertidige botiltak eller rehabiliteringsinstitusjoner i kjede blir dermed "løsningen" for psykiatriske pasienter med og uten ruslidelse.

### *Hjelperne*

Fleksibilitet synes å være viktigste nøkkel mellom pasient og hjelper, mellom kollegaer og mellom ansatte og systemet de er ansatt i. Jo dårligere funksjon pasienten har, desto større fleksibilitet synes påkrevet for å få til en god boligløsning. I disse sakene er det også utvist høy grad av fleksibilitet på systemnivå. Økonomisk og organisatorisk har bolig, bydel og spesialisthelsetjeneste tøyet de rammer som vanligvis gjelder.

Det er behov for god informasjonsflyt mellom de ulike instansene og hjelperne. Bydelenes erfaringer er viktige bidrag til utredninger, og til behandlings- og oppfølgingsplaner. Spesielt er det i denne sammenhengen nyttig med kunnskap om pasientens bolighistorie.

Taushetsplikt på tvers av nivåer og avdelinger har ikke vært til nevneverdig hinder for samarbeid i prosjektet. Pasientene har i hovedsak vært inneforstått med hjelpernes behov for informasjonsflyt og gitt samtykke til at opplysninger deles. Utredning av kognitive funksjoner gjøres i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å forstå hva man kan og ikke kan forvente av pasienten, og hva som kan gjøres av oppfølging i boligen for å kompensere for svikten i ferdigheter. Dette kan være et godt redskap for bydelens søknadskontor når de skal vurdere søknad om oppfølging og hjelpemidler

Personer i bydelen som skal vurdere behov for oppfølging etter utskrivning, må inn i samarbeidet mye tidligere enn i dag. Personlig kjennskap til pasienten øker forståelsen for kompleksiteten og gjør det enklere å ta gode avgjørelser før pasienten etableres i boligen. Under behandlingens gang på sykehuset bør bydelens ulike oppfølgingstjenester jevnlig informeres og innkalles til møter, slik at de tidlig kan begynne å planlegge oppfølgingstiltak. Sykehuspersonalet kan innkalle sentrale hjelpere til boligarbeidsgruppe like etter pasientens innleggelse for å arbeide frem et felles skriftlig forslag til boligløsning. Ved å møtes jevnlig med dette som fokus vil fagfolkene kunne komme til en enighet om bolig og oppfølging før det krevende overføringsarbeidet fra sykehus til bolig skal finne sted.

For de fleste pasientene i prosjektet har gradvis utskrivning til bolig vært nødvendig for å få en god overgang. Bydelen har da i en periode betalt for leilighet og oppfølgingstjenester mens

pasienten fortsatt er innlagt i sykehus, og pasienten beholder sykehusplassen og får behandling og oppfølging mens han/hun gradvis er mer og mer i boligene. Dermed kan "rett behandling på riktig sted til riktig tid" noen ganger bety at det riktige stedet er på to steder til samme tid. Flere av pasientene i prosjektet har også hatt avtale om reinnleggelse på TEDD ved behov.

De aller fleste personene med dobbeldiagnose har behov for koordinerte og sammensatte tjenester. Erfaringene våre er at mange ikke har (oppdatert) Individuell plan (IP) ved innleggelsen, og IP skrives eller oppdateres under innleggelsen. Vi ser behov for å styrke kommunens plikt til å utarbeide og oppdatere IP, være koordinator og følge opp brukerens behov. En plikt til å begrunne vedtak opp mot pasientens IP, ville kunne være et skritt på veien mot å styrke pasientens rettigheter til tjenester som er forankret i Individuell plan.

Pasientene i prosjektet ønsker informasjon om bolig og boligvirkemidler. De etterlyser bedre kunnskap om dette i feltet. Prosjektet har benyttet ulike tiltak for kompetanseheving og kompetanseutveksling: Videreutdanning i boligsosialt arbeid, felles seminarer for ansatte i bydelene, TEDD og i booppfølgingstjenester, gjensidig hospitering samt undervisning fra ansatte på TEDD til ansatte i bolig. Opplæring til personer som skal følge pasientene utenfor sykehusets vegger, ivaretar samhandlingsreformens krav til "rett behandling - på rett sted - til rett tid". Det er et ledelsesansvar både i bydel og i DPS å prioritere dette, og det krever samhandling også på ledelsesnivå.

### *Rammer*

Stabilitet og varighet i bosituasjonen kombinert med individuelt tilpasset oppfølging, er nøkler til funksjonelle boligløsninger. Ytre forhold som ikke har med fagfolkens samarbeidsvilje å gjøre, skaper hindringer for stabilitet og tilrettelagt oppfølging. Dette gjelder spesielt i de mest samhandlingskrevende sakene. Rapporten peker på noen av disse strukturelle hindringene.

### **Varig bolig**

En eiet bolig er det som kommer nærmest betegnelsen varig bolig. Ikke mange personer med dobbeldiagnose oppnår dette. Privat leie er ofte ikke varig. Kommunal utleiebolig gir tidsbestemte leiekontrakter, i Oslo vanligvis tre til fem år. Fornyelse av kontrakten avhenger av hvordan tidligere leieforhold er forvaltet, og mislighold av husleie og bråk forekommer ofte som hindringer. Pasientene i vår målgruppe blir i mangel eller påvente av varig bolig, gjerne tilbudt (gjentatte) opphold i rehabiliteringsinstitusjoner eller lavterskel boligtiltak. Dette er ofte billigere for bydelene, men gir ingen stabil og varig bosituasjon.

Bolig med husleiekontrakt og tilknyttet individuelt tilpasset oppfølging fungerer godt. Det er i hovedsak ideelle organisasjoner som drifter slike boligløsninger i Oslo. Oppfølgingen oppleves kostbar for bydelene. Likevel velger bydelene å benytte tiltakene i noen tilfeller, i hovedsak fordi dette gir den fleksible tilpassingen som er nødvendig.

Krav til anbudsutsetting av private oppfølgingstjenester over en viss sum, er et hinder for stabilitet, trygghet og varighet i bosituasjonen. Det er personer med store omsorgsbehov som bor i denne typen boligtiltak. Anbudssystemet virker negativt på brukermedvirkning, og vi ser også at taushetspliktens regler tøyes i slike saker. Det finnes muligheter for unntak i Oslo kommunes anskaffelsesreglement, men det skal det mye til før unntakene benyttes.

Bydelenes økonomi er en utfordring som i mange saker hemmer gode løsninger. I prosjektet har vi registrert en del spenning knyttet til hvem som, i et system med knappe ressurser, har myndighet til å definere pasientenes behov. Det har oppstått konflikter mellom ansatte i spesialisthelsetjenesten og deres oppfatning av hva som kan godtas som "forsvarlig behandling", og bydelens ansatte i oppfatning av hva som kan godtas som "godt nok". Dette har gitt store utfordringer i det konkrete samarbeidet i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter.

### **Konklusjon**

Bosetting av personer med dobbeldiagnose (alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse) krever god kompetanse og stor fleksibilitet i alle deler av hjelpeapparatet. Et viktig funn er at en tett kontakt med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at kommunen / bydelene skal lykkes i å bosette personer med så lavt funksjonsnivå. Informantene i dette prosjektet, og de fleste av TEDD's pasienter, vil ikke kunne nyttiggjøre seg bolig- og booppfølgingstjenester og andre ambulante tjenester fra bydel og DPS, uten en robust og fleksibel sengepost "i ryggen".

For personer med dobbeldiagnose er det overordnet viktig at de får en *stabil, varig og trygg* bosituasjon. De trenger bolig før, under og etter behandlings- og rehabiliteringsopphold. Metodikken *Fast bolig først (Housing first)* er etter våre erfaringer det som best ivaretar behovene til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse.

## 2 BAKGRUNN

### 2.1 Innledning

*Min bolig – Mitt hjem* er et samarbeidsprosjekt mellom Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Vinderen, Diakonhjemmet sykehus AS i Oslo og Bymisjonens boligsatsning - ByBo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo. Prosjektet har samarbeidet med bydelene i Diakonhjemmets sektor (Frogner, Vestre Aker og Ullern) om bosetting av den enkelte pasient. I hovedsak har dette vært samarbeid med sosialtjenesten, bestiller- eller søknadskontoret, hjemmetjenestene og andre aktuelle oppfølgingstjenester på førstelinjenivå.

Prosjektet har systematisert erfaringene med bosetting av ti bostedsløse pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse som var innlagt på TEDD i perioden 2008-2011. De fleste pasientene hadde vært hjemløse i mange år, uten fast bolig (u.f.b.), og levd en omflakkende tilværelse med opphold hos venner, på gata, hos familie, i midlertidige boligtiltak eller i rehabiliterings- og behandlingstilbud og lignende. I tillegg - og samtidig med sin bostedsløshet - har de i lange perioder vært svært plaget av psykiske og somatiske lidelser, og av skadelig rusmiddelbruk.

Prosjektet har hatt forankring i to ulike fagmiljøer, nemlig Bymisjonens boligsatsning – ByBo; et fagmiljø med lang erfaring i å etablere bolig med individuelt tilpasset oppfølging til vanskeligstilte på boligmarkedet, mange av disse med dobbeldiagnosedobbeltdiagnose; og Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD), ved DPS Vinderen; et nyetablert fagmiljø innen psykisk helsevern med spesialkompetanse i utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse. Informantene i prosjektet ble rekruttert mens de var innlagt som pasienter ved TEDD.

Dette samarbeidsprosjektet ble planlagt i forbindelse med utredningen av det nye behandlingstilbudet TEDD. Man antok at et prosjektsamarbeid med ByBo ville styrke arbeidet med å skaffe bolig til pasientene i etterkant av en utredning og behandling på TEDD. Det var et felles engasjement omkring disse personenes totale livssituasjon. I samtalen mellom daværende leder ved H7, et kortidstilbud til rusmiddelbrukere innen Kirkens Bymisjon, og påtroppende leder for TEDD, var det en erkjennelse av at den nye behandlingseenheten nok ville få mange pasienter "fra gata" og fra midlertidige botilbud.

Fra ByBos side handlet det om at man ønsket et samarbeid med spesialisthelsetjenesten omkring personer som allerede hadde oppfølgingstjenester fra ByBo. Erfaringer så langt hadde vist at beboerne ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra psykisk helsevern. Man opplevde at akuttavdelingene skrev ut disse pasientene etter svært kort tid uten at man hadde fått gjennomført en grundig og helhetlig vurdering og/eller tilrettelegging for videre behandling innen psykisk helsevern. Man savnet forutsigbare samarbeidsrelasjoner.

I tillegg mente man at det ville være i begge organisasjoners interesse å samarbeide for å utvikle kompetanse i arbeidet med personer med dobbeldiagnose i de sårbare overgangene mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og boligtilbud. Innenfor arbeid med bostedsløse hadde man avdekket manglende kunnskap om og forståelse for brukernes liv og hvilken bosituasjon som kan være egnet for den enkelte ut fra hans eller hennes problemer og ressurser. I rapporten *"På randen av å bo"* var det blitt påpekt svikt og store mangler i hjelpeapparatet:

Arbeid med boligsituasjonen står ikke høyt nok på dagsorden verken i behandlingsapparatet eller sosialtjenesten. Aktuelle etater og virksomheter opererer gjerne med ulike tilnærminger og mangler ofte gode rutiner for samarbeid og koordinering. (Taksdal, Breivik, Ludviksen og Ravneberg, 2006, s. IX)

I prosjektet *Min bolig – Mitt hjem* ønsket man å finne kritiske faktorer ved boligetablering av pasienter med dobbeldiagnose, og å peke på virksomme arbeidsmetoder for å styrke det boligsosiale samhandlingsarbeidet for denne pasientgruppen.

## **2.2 ByBo**

Bymisjonens boligsatsing - ByBo er Kirkens Bymisjons virksomhet for drift og utvikling av tilbud på det boligsosiale området. Stiftelsen Kirkens Bymisjonen Oslo (SKBO) har lang erfaring fra arbeid med personer med rusavhengighet og psykisk lidelse, og har i en tiårsperiode jobbet aktivt med utvikling og etablering av nye boligtilbud for vanskeligstilte på boligmarkedet. ByBo kan tilby disse et fleksibelt oppfølgingsopplegg i nært samarbeid med sosialtjenesten, hvor målet er tilbakeføring til bydelens ordinære oppfølgingstjenester når beboer er stabilisert med nødvendig oppfølging. Oppfølgingen kan da ivaretas fra bydel eller videre fra ByBo på bestilling fra bydel.

ByBo drifter boliger og oppfølgingstjenester på ulike adresser i Oslo. ByBo leier ut boliger på vanlig måte, hvor leietaker inngår leiekontrakt og betaler husleie og utleieforholdet reguleres av en ordinær leiekontrakt. I tillegg tilbys det oppfølging for personer som bor i egen leilighet eller kommunal bolig. Det inngås en avtale med sosialtjenesten om kjøp av oppfølgingstjenester og det lages det en samarbeidsavtale med beboer.

Oppfølgingen er forankret i et bredt sosialfaglig fellesskap, og skal være et supplement til ordinære kommunale tjenester. Det samarbeides med beboer og sosialtjeneste om å utarbeide et individuelt tilpasset opplegg, som i utgangspunktet skal ha et langsiktig perspektiv (minst 1 år), være basert på frivillighet og ha et minimum på 20 timers oppfølging pr. måned. Oppfølgingstjenestene varierer i innhold og omfang og finansieres av leietakers bydel gjennom vedtak fra bydelenes bestillerkontor eller NAV.

ByBos tilbud fungerer som et hjelpemiddel for å skaffe seg bolig, men også som et viktig bidrag for at de samme menneskene skal være i stand til å beholde boligen sin. Mange har liten erfaring i å bo på egen hånd, og trenger praktisk hjelp til innflytting, bistand for å etablere seg i nærmiljøet og til å finne alternative sosiale miljøer. Alle trenger å avklare sin økonomiske situasjon og sitt forhold til en rekke offentlige instanser. Mange trenger praktisk hjelp til renhold, møblering og vedlikehold. Disse beboerne vil ha et oppfølgingsbehov som ofte overstiger kapasiteten til den enkelte bydels hjemmetjeneste eller sosialtjeneste. For noen gjelder dette i en etableringsfase, mens det for andre vil gjelde over tid. Med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet er det foretatt en evaluering av booppfølgingstjenesten i Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, i rapporten *Rom for refleksjon* (Ravneberg og Breivik, 2008).

#### *Fast bolig først ("Housing first")*

ByBos boligmodell tar utgangspunkt i modellen *Fast bolig først*, eller "Housing first", som ble utviklet ved *Pathways til Housing* i New York for å ivareta bolig- og behandlingsbehov for en gruppe kronisk bostedsløse personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (Tsembers, Gulgur og Nakae, 2004). Erfaringer fra ByBo med denne boligmodellen er beskrevet i et intervju med beboer og bo-oppfølger i tidsskriftet *Fontene: «Housing first» – Intelligent liv bak fire vegger* (Viggen, 2011).

#### *Utviklingsarbeid*

ByBo er i tillegg engasjert i videre boligsatsing og arbeider aktivt med undervisning, idéutvikling, politisk påvirkning og prosjektering av nye tilbud. ByBo har med støtte fra



Husbanken etablert et femårig utviklingsprogram der målet er å utvikle tiltak og metoder slik at enkeltpersoner og grupper kan få tilbud om adekvate og tilrettelagte boliger og tjenester.

Utviklingsprogrammet omfatter arbeid på følgende områder:

- Utvikling og iverksetting av boligtilbud for mennesker som har behov for tilrettelagt bolig og oppfølgingstjenester.
- Utvikling av metodikk for etablering og oppfølging.
- Utvikling av modeller for samarbeid mellom frivillige organisasjoner og kommune/stat som kan forebygge og bekjempe bostedsløshet.
- Kompetanseheving og -spredning på bakgrunn av resultater fra arbeidet ut mot kommuner og andre sentrale aktører.

ByBos deltakelse i prosjektet *Min bolig – Mitt hjem* er en del av dette utviklingsarbeidet.

## 2.3 TEDD

Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) er en del av Distriktpsikiatriske senter (DPS) Vinderen, Diakonhjemmet sykehus i Oslo. DPS Vinderen har sektoransvar for innbyggerne i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker i Oslo kommune. TEDD ble opprettet i 2007 etter en bred og grundig behovsvurdering hvor både kommunalt hjelpeapparat og spesialisthelsetjenesten var involvert. Det var en tydelig etterspørsel etter psykiatrisk utredning og behandling til personer med dobbeldiagnose, dvs. alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse.

TEDD ble etablert innenfor DPS Vinderen, med nærhet til sykehusets tjenester og tjenestene i bydelene. Den er en robust enhet med solid psykiatrisk og rusfaglig kompetanse og med faglige rammer for virksomheten som inkluderer godkjenning for tvungent psykisk helsevern. Enheten er godkjent for spesialistutdanning i psykiatri for leger og psykologer. Enheten har 12 sengeplasser inkludert en kriseseng/skjermingsplass.

### *Populasjon og hjelpebehov*

Det er dessverre slik at de dobbeldiagnosepasientene som har de mest omfattende behovene, i mange tilfeller ikke får den helsehjelpen de trenger. Sosial- og helsedirektoratet har rapportert at målgruppens omfang er størst i de store byene. Oslo skiller seg her klart ut med en forekomst på 2,9 pr.1000 innbyggere, småkommuner har en forekomst på 0,3, mens

andre storbyer og kommuner med mer enn 10.000 innbyggere har en forekomst på 0,55 pr. 1000 innbyggere (Huus, Storm–Olsen og Herheim, 2008).

Oslo kommune, Rusmiddelstaten, er i sin behovsvurdering for årene 2011 – 2015 særlig opptatt av at "brukere med sammensatte og omfattende hjelpebehov – dobbeldiagnoser" representerer en stadig større utfordring for det kommunale hjelpeapparat (Rusmiddelstaten, 2011).

#### *Sammensatte lidelser og svekket livskvalitet*

TEDD har hatt mange pasienter som i årevis ikke har fått adekvat utredning eller behandling for sine rusmiddelproblemer og psykiske og somatiske lidelser, nettopp fordi deres sammensatte problematikk har medført at de ikke er i stand til å nyttiggjøre seg de vanlige tjenestene og/eller fordi de av ulike grunner blir avvist når de søker hjelp. De fleste er marginaliserte og fattige, flere mottar kun økonomisk sosialhjelp, de øvrige har lave trygdeytelser. Mange har mistet tillit til hjelpe- og behandlingsapparatet, og de unngår så langt de kan kontakt med psykisk helsevern. Andre har hatt gjentatte (akutt-)innleggelse, ofte på tvang, uten at dette har ført til etterfølgende poliklinisk oppfølging. De har ofte omfattende og utilstrekkelig behandlede somatiske sykdommer.

#### *Evidensbasert behandling*

Behandlingen er evidensbasert etter inspirasjon fra Danmark, Italia og USA. Enheten driver integrert behandling med motiverende intervju, kognitiv miljøterapi og psykosebehandling i kombinasjon med somatisk behandling, aktivt psykososialt arbeid og fysisk aktivitet. Fagmiljøet ved TEDD er anerkjent innen dobbeldiagnosebehandling i Norge. Dette kom til uttrykk i 2010, da enhetens leder ble tildelt "Godt gjort"-prisen av Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose rus og psykiatri (RKDD). I begrunnelsen heter det bl.a.: "TEDD er blitt et forbilde for andre fagmiljøer i forhold til fagutvikling og behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse." (Kvaal, 2010). Forskere ved Diakonhjemmets høyskole har fulgt utviklingen av TEDD siden etableringen, og resultatene fra første fase i denne følgeforskningen ble offentliggjort i februar 2011 (Sverdrup, Borge, Angell og Fyrand, 2011).

#### *Behandlingsopphold*

TEDD tar imot pasienter både på frivillig grunnlag og på tvang etter Psykisk helsevernloven (1999) og oppholdene varierer fra to uker til seks måneder, noen ganger mer. Målet for de kortvarige oppholdene er skadereduksjon, forebygging av funksjonsfall og motivering for endring og behandling. Utrednings- og behandlingsoppholdene på 3 – 6 måneder tilbys

pasienter som ikke tidligere har vært tilfredsstillende utredet, eller som trenger ny utredning. Utredningen ender i en plan for videre rehabilitering og behandling. For å sikre at tiltakene settes i verk etter utskrivning kreves et nært samarbeid med hjelpapparatet i bydelene. Dette samhandlingsarbeidet er ikke minst viktig fordi forskning på området viser at det først og fremst er tiltak *utenfor* institusjon som virker endrings-skapende for mennesker med alvorlige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006, og Randby, 2010).

### *Sammensatte og helhetlige tjenester*

TEDDs erfaringer viser at det er avgjørende nødvendig at disse pasientene utredes og behandles innenfor rammen av en sengepost, for deretter å fortsette videre behandling i et samspill mellom polikliniske og ambulante tjenester, ofte kombinert med nødvendige, men ofte kortvarige døgnopphold (Larsen og Berge, 2011). De fleste pasienter med dobbeldiagnose vil ikke kunne nyttiggjøre seg de vanlig ambulante tjenestene (bydel og DPS) uten en sengepost "i ryggen". TEDDs konsept med døgnbasert utredning og behandling med muligheter for planlagte reinnleggelser for å forhindre store kriser, er en forutsetning for at mange av disse skal kunne nyttiggjøre seg polikliniske og ambulante tjenester og et tilpasset omsorgsnivå innenfor rammen av førstelinjens tjenestetilbud, og for at førstelinjen skal lykkes med det kompliserte arbeidet de utfører.

En viktig del av arbeidet er å bidra til at pasientene blir utskrevet på en måte som omfatter en oppfølging som pasienten kan nyttiggjøre seg. Dette har medført tett samhandling med ulike aktører i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten i Oslo for nettopp å bidra til et helhetlig og forsvarlig behandlings- og omsorgstilbud for disse menneskene.

### *Hva med bolig?*

En registrering av pasientene på TEDD det første driftsåret viste at ved inntak til behandlingen var omlag to tredeler av pasientene hjemløse (u.f.b.) og hadde vært det over år (Karagøz, 2010). Fra august 2007 til september 2008 ble det registrert 51 behandlingsopphold for til sammen 34 personer innlagt ved TEDD. Ved bruk av Pasient – klientkartleggingsskjema<sup>1</sup> ble pasientenes boligsituasjon de siste 4 uker før inntak kartlagt. Oppsummert hadde om lag en tredel av pasientene egen bolig, knapt en tredel ble overført fra annen institusjon uten å ha annen bolig og en tredel av pasientene var helt uten bolig. To tredeler av pasientene (25 av 34 pasienter) hadde altså ikke egen bolig før innleggelsen. For de av pasientene som hadde egen bolig, var problemer med å opprettholde boforholdet en

---

<sup>1</sup> Nasjonalt pasient-/klientkartleggingssystem for rusmiddelmisbrukere

del av bakgrunnen for innleggelsen. Noen pasienter mistet, eller sto i fare for å miste boligen sin kort tid før inntak i behandlingen. To personer mistet boligen mellom første og andre opphold på TEDD. To personer fikk ny eiet eller leiet bolig i løpet av oppholdet.

Pasienter med alvorlig psykoselidelse tåler i mindre grad rusmidler enn personer som ikke har denne typen lidelse (Randby, 2010). Den mest alvorlige konsekvensen er at rusmiddelbruken av organiske årsaker kan utløse psykotiske tilbakefall. I tillegg vet vi at personer med schizofrenilidelse er svært sårbare for stress. Et liv som bostedsløs i rusmiljøene er definitivt preget av stress og utrygghet. Psykosesymptomer og symptomer som følger av andre psykiske og somatiske lidelser, kan dempes ved tilpasset og stabil medisinsk behandling, også når man bruker rusmidler. Ved å dempe psykosesymptomene gis pasienten mulighet til å arbeide for å få bedre kontroll over sitt bruk av rusmidler. Dette er vanskelig å gjennomføre uten stabil bostedssituasjon og stabile hjelperelasjoner.

Fra spesialisthelsetjenestens side er det svært uheldig å skrive ut ferdig utredede og behandlede pasienter til bostedsløshet og utilstrekkelig oppfølging. Det fører til at pasientenes forbruk av sykehustjenester øker i form av hyppigere akuttinnleggelses og flere liggedøgn. Helsetjenestene blir mer fragmenterte og mindre koordinerte, stikk i strid med samhandlingsreformens intensjon. Prosjektet *Min bolig - Mitt hjem* utforsker hvordan vi i samarbeid med bydeler og boligtilbud kan gjøre noe med dette.

### **3 ORGANISERING**

#### **3.1 Min bolig – Mitt hjem**

*Min bolig – Mitt hjem* er et samarbeidsprosjekt mellom Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Vinderen, Diakonhjemmet sykehus AS og Bymisjonens boligsatsning - ByBo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo. Prosjektet har vært lokalisert på TEDD som har innehatt prosjektledelse og arbeidsgiveransvar for prosjektmedarbeiderne.

#### **3.2 Målgruppe**

Målgruppen for prosjektet var personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse; dobbeldiagnose. Deltakerne i dette prosjektet var i tillegg hjemløse (u.f.b.) eller de hadde en ustabil bosituasjon som følge av sine samtidige lidelser.

Informantene ble rekruttert mens de var innlagt som pasienter ved TEDD. De fleste hadde vært hjemløse i mange år, uten fast bolig (u.f.b.). De har levd en omflakkende tilværelse med opphold hos venner, på gata, hos familie, i midlertidige boligtiltak eller i rehabiliterings- og behandlingsinstitusjoner og lignende. I tillegg - og samtidig med sin bostedsløshet - har de i lange perioder vært svært plaget av psykiske og somatiske lidelser, og av skadelig rusmiddelbruk.

#### **3.3 Prosjektets mål**

Prosjektet har tre sentrale mål:

- Etablering og oppfølging i varig tilpasset bolig for ti enkeltpersoner innlagt ved Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) i løpet av prosjektperioden.
- Finne kritiske faktorer ved boligetablering av pasienter med dobbeldiagnose – *hvilke* faktorer aktørene opplever som viktige for resultatet og *hvor* i samhandlingen de oppstår.
- Fremheve virksomme arbeidsmåter det kan bygges videre på for å styrke det boligsosiale samhandlingsarbeidet for denne gruppen pasienter.

### 3.4 Prosjektets relevans

Erfaringene fra oppstarten på TEDD viste at omlag to tredjedeler av pasientene (25 av 34 pasienter) var bostedsløse ved inntak i behandling (se p.2.3.). På forhånd hadde man antatt at "mange" ville være hjemløse (uten fast bolig), men at dette skulle gjelde hele to tredjedeler av pasientene, var langt over hva man hadde tenkt i utgangspunktet. En tilsvarende undersøkelse av pasientenes boligsituasjon før innleggelse på en tilfeldig dag i november 2011<sup>2</sup>, viste at av 13 innskrevne pasienter på TEDD hadde 30 % (4 pasienter) egen eiet/leiet bolig, mens 69 % (9 pasienter) var uten fast bolig. De fleste av disse, 39 % (5 pasienter), hadde hatt opphold i andre behandlings- eller rehabiliteringsinstitusjoner, mens de resterende 4 % hadde bodd hos foreldre eller hatt tilfeldig opphold hos en venn i de siste 4 ukene før innleggelse. Dette viser at erfaringene fra prosjektet har stor relevans for målgruppen.

### 3.5 Tidsperiode og ansatte

Prosjektets aktive arbeidsperiode med informanter har vært fra 1.12.2008 – 30.6.2011.

Prosjektet har hatt følgende ansatte medarbeidere:

Siv Kløvfjell, boutviklingskonsulent 100 % stilling 1.12.2008 – 31.7.2010

Christine Frantzen, boutviklingskonsulent 100 % stilling 21.5.2010 – 30.5.2011.

I tillegg har to miljøterapeuter på TEDD vikariert som prosjektmedarbeider i korte perioder:

Carina Danielsen Arntzen 15 - 50 % stilling 1.12.2009 - 31.3.2011

Karianne Lunder 50 % stilling 19.4. - 31.5.2010.

### 3.6 Samarbeidspartnere

*Bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern*

Det er den enkelte pasients bydel (kommune) som har ansvaret for bosetting og for hjelpe- og oppfølgingstjenester i tilknytning til bolig etter sykehusopphold. Prosjektet har hatt et tett samarbeid med bydelene i Diakonhjemmets sektor; Frogner, Vestre Aker og Ullern. Alle bydelene har vært invitert med og hatt representanter i referansegruppen. Der ble det problematisert at dette prosjektet ikke hadde en formell forankring på ledernivå i bydelene, og dette skapte noe uklarhet med hensyn til hvilken rolle bydelenes og Rusmiddelstatens

---

<sup>2</sup> 28.11.2011

representanter skulle ha i denne sammenheng. Referansegruppen drøftet også utfordringene ved at dette prosjektet var forankret i to frivillige diakonale organisasjoner, Diakonhjemmet sykehus og Kirkens Bymisjon, mens det formelle ansvaret for bosetting og oppfølging - og bevilgende instans for disse tjenestene - ligger hos bydel/kommune.

På individnivå har samarbeidet i hovedsak vært med sosialtjenesten, bestiller-/søknadskontoret, hjemmetjenestene og andre aktuelle oppfølgingstjenester på førstelinjenivå. Saksbehandler og ruskonsulent har ofte vært sentrale aktører i pasientenes ansvarsgruppe og for utarbeidelse og oppdateringer av Individuell plan.

Bydel Frogner inngikk i 2009 en avtale med ByBo om samarbeid om seks boliger med booppfølging rettet mot brukere med dobbeldiagnoseproblematikk. En av prosjektets informanter fikk benytte dette tilbudet. I *Boligsosial handlingsplan for Frogner (2009 – 2013)* (Oslo kommune, bydel Frogner, 2009) er *Min bolig – Mitt hjem* nevnt som en av bydelenes samarbeidspartnere vedrørende boliger for vanskeligstilte. For en annen av informantene har bydel Frogner selv all booppfølging med supplement fra Enhet for ambulant samhandling, DPS Vinderen.

Vestre Aker hadde allerede før prosjektets oppstart en avtale om bolig- og oppfølgingstjenester fra ByBo for en av prosjektets informanter. Underveis i prosjektperioden inngikk de avtaler for ytterligere en av informantene.

Ullern bydel inngikk i 2011 en avtale om bolig med oppfølgingstjeneste for en av informantene.

I løpet av prosjektperioden har to miljøterapeuter på TEDD hospitert en uke ved sosialtjenesten i henholdsvis Frogner og Vestre Aker. De rapporterte om stort læringsutbytte og godt planlagte opplegg hvor de fikk innblikk i store deler av sosialtjenestens arbeidsfelt. Dette har utvilsomt bidratt til lettere samhandling mellom TEDD og bydelene omkring den enkelte pasienten.

### *PSYKSAM*

Bydelene Ullern, Frogner og Vestre Aker har i samarbeid med Diakonhjemmet sykehus etablert et felles prosjekt PSYKSAM, hvis formål er å utvikle et helhetlig bolig- og behandlingstilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte med tilleggslidelser som for eksempel rusmiddelmissbruk, kognitiv svikt og/eller somatiske lidelser. PSYKSAM har

finansiell støtte fra Oslo kommune og helsedirektoratet. *Min bolig - Mitt hjem* bidrar med erfaringer inn i dette samarbeidet.

#### *Husbanken og RKDD*

Prosjektet hatt stor nytte av Husbankens kompetanse innen boligsosialt arbeid. Husbanken bidro med rådgiving ved planlegging og oppstart av prosjektet, spesielt med fokus på *varig* bolig. To av prosjektets medarbeidere har fått støtte fra Husbankens kompetansemidler til videreutdanning ved Høyskolen i Oslo i "Prosjekt-, team- og prosessledelse" og "Boligsosialt arbeid, Rus og psykiatri". Prosjektmedarbeidere har deltatt ved ulike seminarer både som deltakere og som foredragsholdere.

Regionalt kompetansesenter for dobbeltdiagnose (RKDD), Sykehuset Innlandet HF har bidratt til prosjektets finansiering. TEDD er en del av kompetansesenterets nettverk og har stor nytte av den fagutveksling og fagutvikling som foregår innenfor dette nettverket. RKDD holder årlige erfaringskonferanser. Prosjektets medarbeidere har deltatt i disse og lagt fram funn fra prosjektet.

### **3.7 Styringsgruppe og referansegruppe**

Prosjektets styringsgruppe har bestått av:

- Enhetsleder/seksjonsoverlege Grete Larsen, TEDD.
- Rådgiver Tove Korneliussen, Avdeling Helse & Sosial, SKBO.
- Daglig leder Marit Nybø, Avdeling ByBo, SKBO.
- Forskningsansvarlig prosjektleder er Torkil Berge, psykologspesialist og forsknings- og fagutviklingskoordinator ved DPS Vinderen.
- Prosjektleder Eli M. Nielsen Karagøz, ledende klinisk sosionom, TEDD.

Prosjektets referansegruppe har hatt representanter fra ulike fagmiljøer og bydeler og har bestått av:

- Nestleder Karin Gulliksen, Ullern sosialtjeneste
- Ruskonsulent Ane Stabel, Vestre Aker sosialtjeneste
- Teamleder for rus, psykisk helse og booppfølging (RPB) Jan Erik Hermansen, Frogner sosialsenter
- Seniorpsykolog, nå avdøde Stein Rønnow, DPS Vinderen, poliklinikken
- Prosjektleder Per Erik Hammerstad, DPS Vinderen, Samarbeidsprosjekt psykisk helse, Diakonhjemmets sektor (inntil 2009)



- Avdelingsdirektør Oddrun Remvik, Avdeling Helse & sosial, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo
- Spesialkonsulent Kari Elisabeth Fjærli, Rusmiddeletaten, Oslo kommune.
- Prosjektleder Reidar Holst Christensen, Bydel St.Hanshaugen, Sentrumsavdelingen, senere fagsjef i Aleris Boi
- Anne-Grete Skjerve, Rådet for psykisk helse, Oslo
- Brukerrepresentant/pårørende Grete Abel Løvmo

## **4 METODE**

Vi valgte å delta aktivt i pasientsakene ut over det som er vanlig fra en sengepost i spesialisthelsetjenesten. Slik fikk vi en bedre forståelse for hvilke prosesser og arbeidsmetoder som oppstår og brukes i samarbeidet med bydel og boligtiltak. Vår involvering innebar initiering av tiltak for å skaffe bolig, praktisk deltakelse ved koordinering av hjelpetiltak samt å delta praktisk ved oppfølging. Arbeidet med den enkelte pasient bar preg av "skreddersøm", der tilbudet og omfanget av oppfølgingen ble tilpasset den enkeltes behov, og hvor prosjektmedarbeider var koordinator når dette var ønskelig.

### **4.1 Deltakende observasjon**

I tillegg til aktiv deltakelse har prosjektmedarbeider fulgt enkelte saker mer fra sidelinjen. Dette har i hovedsak vært i saker hvor pasienten enten har hatt for omfattende problemer til å dra nytte av enda en hjelper, eller der hvor hjelpeapparatet rundt pasienten allerede fungerte.

### **4.2 Intervju av informanter**

I prosjektets slutfase ble det gjennomført intervju med tre pasienter som hadde deltatt i prosjektet. Disse tre pasientene var blant de seks som hadde flyttet inn i varig bolig i løpet av prosjektperioden. De resterende tre var det ikke mulig å intervju på grunn av helsetilstanden på intervjutidspunktet. Den ene av disse tre var senere innlagt på TEDD, men hans energinivå er konstant lavt og begrenser hans døgnrytme og oppmerksomhetsevne slik at han ikke orket å gjennomføre en slik samtale selv under innleggelsen.

De fire siste informantene var ikke i varige boligtiltak ved prosjektslutt, men ble likevel spurt om å la seg intervju. Tre avslo. En var ikke mulig å intervju på grunn av massiv bruk av rusmidler på intervjutidspunktet. Prosjektmedarbeider har likevel hatt flere kortere samtaler med vedkommende under prosjektets gang. Ved avslutningen av prosjektet var denne informanten fremdeles uten fast bopel, og innlagt ved et annet sykehus i psykisk helsevern.

### **4.3 Fokusgruppeintervjuer**

Informantenes offentlige hjelpere fra bydel, bolig og spesialisthelsetjeneste har reflektert over nøkler til suksess i disse sakene. Ansvarsgruppene til tre av de bosatte informantene ble samlet i fokusgrupper. De reflekterte rundt bosettingsprosessen og kom med dette frem til det de anser som nøkler til gode løsninger i det utførte arbeidet.

### **4.4 Intervjuer og samtaler med ressurspersoner**

Prosjektmedarbeider har hatt samtaler med erfarne personer innenfor boligsosialt arbeid og samhandling. Dette har vært kommunalt ansatte, ansatte i spesialisthelsetjenesten, i frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og andre som har tenkt kloke tanker rundt temaet. Vi ønsket også å intervju pårørende, men informantene var tilbakeholdne med å gi tillatelse til dette, og pårørende er derfor ikke intervjuet.

## **5 RESULTATER AV BOSETTINGSARBEIDET**

### **5.1 Varig bolig – eiet eller leiet**

Ved avslutning av prosjektarbeidet i juni 2011 bodde seks av ti informanter i eiet eller leiet bolig med tilpasset oppfølging. Av disse hadde en kjøpt leilighet ved å benytte seg av Husbankens startlån og boligtilskudd. En annen leier kommunal leilighet for funksjonshemmet (HC leilighet), og en tredje har flyttet inn i ordinær kommunal leilighet i bydelen. Alle de nevnte pasientene mottar ulike former for oppfølging. Tre informanter leier bolig i tre forskjellige ByBo-løsninger med individuelle avtaler om booppfølging i et omfang av 20 eller 40 timer pr. måned.

### **5.2 Bo- og rehabiliteringsinstitusjon**

Tre informanter oppholder seg i to ulike bo- og rehabiliteringsinstitusjoner, den ene drevet av Rusmiddeletaten, den andre av Diakonhjemmet sykehus, DPS Vinderen. Dette er midlertidige rehabiliteringsinstitusjoner som har til formål å være til støtte i overgangen mot "en selvstendig tilværelse".

### **5.3 Fortsatt hjemløs – u.f.b.**

Den siste og mest hjelpetrengende informant, *Emine*, var fremdeles bostedsløs og innlagt i spesialisthelsetjenesten med hjemmel i tvungent psykisk helsevern ved avslutningen av prosjektarbeidet. Utfordringene omkring denne bosettingen er grundig beskrevet og belyser mange generelle dilemmaer i dette arbeidet.

## 6 KRITISKE FAKTORER I BOSETTINGSARBEIDET

Til tross for at det er nedlagt store mengder av arbeid av dyktige ansatte i bydelene og spesialisthelsetjenesten, er målet om varig bolig ikke nådd for alle ti informantene. Årsakene til dette ligger i kombinasjonen av de kritiske faktorene vi ønsket å utforske nærmere.

Vi har identifisert fire kritiske hovedfaktorer: *Individ*, *bolig*, *hjelperne* og *rammene*, og vil nå beskrive hva det er som kjennetegner faktorene, hindringer for løsning, hva som er gjort for å håndtere hindringene og utfallet av arbeidet. Pasienthistoriene illustrerer arbeidet gjennom hele rapporten.

## 7 INDIVID

### 7.1 Generell kunnskap - individuell kjennskap

Fagkunnskapen kan si oss noe om det generelle. Den kan løfte problemstillinger opp og gi forslag til løsninger når enkeltpersoner har kjørt seg fast, og den kan gi råd om hvordan lignende problemer har blitt håndtert tidligere. Erfaringskunnskapen utfyller med opplysninger om det spesielle, om hvilke typer løsninger som fungerer best for akkurat dette mennesket. Det ene er nødvendig, det andre kan ikke unnværes, og når begge kunnskapskildene settes sammen, gjør de bildet helt, med både detaljer og oversikt. (Lauveng, 2008, s.124).

Pasienter med dobbeldiagnose har en kombinasjon av lidelser som gjør dem sårbare på annet vis enn pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller tradisjonell psykiatrisk behandling. De er i forskjellig grad og på forskjellig måte, spesielt sårbare i forhold til å mangle et varig sted å bo. Psykotiske symptomer fremmer verken god egenpleie, godt naboskap eller samhandling. Det gjør heller ikke atferd som kjennetegner ruslidelse. Dette taler for at pasientene som gruppe vil trenge bistand både til anskaffelse av bolig og til opprettholdelse av boligforholdet.

Kunnskap om atferd som en følge av lidelsene, og om hvilke tiltak som kan kompensere for slik atferd, er det *generelle* bakteppet vi trenger for å tilrettelegge den *individuelle* bistanden den enkelte har behov for i boligen. Vi vil derfor vie noe plass til å beskrive symptomer ved lidelsene og derav mulig innvirkning på den enkeltes dagligliv.

## 7.2 Diagnose, hva innebærer det?

Ulike lidelser krever ulik behandling, og det er derfor viktig å stille riktige diagnoser. Diagnostisering er å beskrive det som allerede er der, ikke skape noe nytt. En diagnose er ikke en individuell utfyllende personlighetsbeskrivelse. Den er ment som et redskap for kunnskap om egen tilstand (Møller, 2005). Denne kunnskapen er også et hjelpemiddel hjelperne rundt pasienten kan benytte for å bistå på en hensiktsmessig måte. I planleggingen av tilpasset bolig er kunnskap om hva alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse kan innebære for funksjon i dagliglivet, et nyttig redskap. Den generelle kunnskapen bistår hjelperne i å identifisere pasientens spesielle vansker, men også vedkommendes spesielle styrke.

## 7.3 Ruslidelse

Betegnelsen *rusmiddelavhengighet* anvendes om bruk av rusmidler som oppfyller kriteriene for enten psykologisk og/eller fysiologisk avhengighet. Ved psykologisk avhengighet preges tilværelsen av omfattende rusmiddelbruk og gjentatte mislykkede forsøk på å redusere bruken. Den avhengige gir gjerne avkall på nære relasjoner og viktige gjøremål for å bruke eller skaffe seg rusmidler. Ved fysiologisk avhengighet fører vedvarende rusmiddelbruk til utvikling av fysisk toleranse. Ved opphold får personen abstinens og unngår derfor dette. Bruk av rusmidler kan også gi helseskade uten at det behøver å foreligge avhengighet. I Helsedirektoratets retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykiske lidelser og ruslidelser brukes *ruslidelse* som samlebegrep for *både* skadelig bruk og avhengighet (Helsedirektoratet, 2010). Pasientene på TEDD og i prosjektet, har i de aller fleste tilfeller utviklet ruslidelse. Det å bo krever daglig utførelse av en mengde uunnværlige gjøremål. Stanser disse aktivitetene opp som en følge av ruslidelsen eller den psykiske lidelsen, kan boforholdet etter kort tid være i fare, for til sist å opphøre. Flere av pasientene i prosjektet har gjentatte ganger erfart dette.

## **7.4 Rusmidlene**

Personer med dobbeldiagnose kan bruke en eller flere typer rusmidler. Erfaringene fra TEDD er at de fleste pasientene bruker flere typer rusmidler. Sentralstimulerende midler og cannabis er ofte førstevalg, mens benzodiazepiner, alkohol, opiater eller andre rusmidler er vanlig å innta i tillegg. Generelt viser psykosesyntomer utløst av sentralstimulerende midler seg som vrangforestillinger omkring forfølgelse og en grunnleggende redsel og terrorfølelse. Auditive, taktile og visuelle hallusinasjoner er også vanlig, og senere psykotiske episoder vil ofte ligne på den første psykotiske episoden. I boligsammenheng vil det være hensiktsmessig for støtteapparatet å vite noe om generelle virkninger av foretrukket rusmiddel og om tidligere virkning for den enkelte. Man kan da anslå noe om mulige fremtidige hendelser og forbygge sykdomsfremkallende episoder. Dette er nyttig forebyggingskunnskap for pasientens hjelpere i forbindelse med naboskapsarbeid, oppfølging i bolig og i egen relasjon til pasienten ved boligetablering. Når man for eksempel vet at stabil medikasjon av nevroleptika kan hindre psykotiske tilbakefall enten disse er betinget av underliggende psykisk lidelse eller utløst av amfetamin, kan det legges spesielt tilrette for at medikasjon blir rutinemessig ivaretatt også etter sykehusoppholdet.

Klinisk erfaring viser at cannabisbrukere med en schizofrenidiagnose oftere har psykotiske tilbakefall og får mer dramatiske symptomer enn de ellers ville fått, og de påvirkes mindre av medikasjon med nevroleptika (Stiftelsen psykiatrisk opplysning, 2006). Med slik kunnskap kombinert med viten om pasientens forbruk av cannabis, kan hjelperne og pasienten i fellesskap forutse hva som kan bli vanskelig og planlegge hvordan det best kan håndteres. Det er også sannsynlig at pasienter som på grunn av psykisk lidelse har behov for forutsigbarhet og klare rammer, føler seg bedre ivaretatt ved å vite at deres hjelpere er klar over hvilke rusmidler de bruker, hvordan rusmidlene virker og hvordan hjelperne skal møte symptomene.

## **7.5 Alvorlig psykisk lidelse**

Med alvorlig psykisk lidelse menes i denne sammenheng schizofreni, bipolare lidelser med psykotiske symptomer, og alvorlig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ved psykoselidelser er evnen til å skille mellom seg selv og omverden redusert, eller den realitetstestende evnen er svekket. Schizofrenilidelser karakteriseres i tillegg av forvridd tankemønstre og sanseopplevelser. Måten å tolke omverden på preges av vrangforestillinger og misforståelser, noe som kan gjøre det vanskelig å fungere sammen med andre (mer om

dette under avsnittet om relasjoner). Personer med psykoselidelser er også spesielt sårbare for stress, de blir mer kaotiske og fungerer dårligere. Det er også vanlig at pasienter med dobbeldiagnose har ulike former for somatiske tilleggspolproblemer (Randby, 2010).

Undersøkelser har vist at nær halvparten av pasientene med en schizofrenidiagnose også har en eller flere andre psykiske lidelser (Mueser et al., 2006). Symptomene kan imidlertid bedres ved riktig medisinering, samtalebehandling og andre tiltak. For å få det til kreves først en grundig, helhetlig utredning.

Da de ti pasientene i prosjektet ble innlagt på TEDD, var formålet utredning. Alle hadde vist symptomer på psykose, men spørsmålet var om symptomene skyldtes rusmiddelutløst psykose eller om de var i ferd med å utvikle schizofreni eller annen alvorlig psykoselidelse. Rusmiddelutløst psykose kan oppstå ved bruk av rusmidler, men ved bortfall av rusmiddelet vil psykosesyntomene dempes for til slutt å forsvinne etter kort tid. Har pasienten alvorlig psykisk lidelse, vil psykoser opptre selv etter at rusmiddelets virkning er borte. Fortsatt medisinering er da nødvendig for å holde symptomene i sjakk. Utredningen viste at 8 av 10 informanter hadde psykosesyntomer også etter at rusmiddelets virkning var borte.

## **7.6 Kognitiv funksjon**

Eksekutivfunksjoner innebærer evne til å lære noe nytt, huske det som er lært, forutse konsekvenser, planlegge og agere ut fra det som er planlagt (Øie, 2006). Psykoselidelser, depresjon og skader fra overdoser kan føre til problemer med dette. Slike skader kan ikke mediseres bort. Skadene påvirker blant annet læring, minne, persepsjon og motoriske ferdigheter. Også evnen til å bedømme sin egen atferd i sosiale situasjoner, blir svekket (Johannesen, 2006). Svikt i oppmerksomhetsfunksjoner hos personer med psykoselidelse kan altså gi vansker med å automatisere og lære av tidligere erfaringer. Selv om man burde ha lært at visse handlinger medfører negative konsekvenser, lærer man det ikke likevel, og uhensiktsmessige mønstre gjentas på grunn av manglende innlæringsevne, ikke på grunn av uartighet eller vrangvilje. Ved hyppig flytting av bosted kan slike skader bety at praktiske ferdigheter må trenes opp på nytt ved hver flytting, fordi evnen til erfaringsoverføring er svekket. Når i tillegg konsentrasjonsevnen er svekket, blir også det å lære på nytt en større bygg enn det vil være for personer uten disse skadene. Mange har vansker med sosial kognisjon, det vil si evnen til å forstå og tolke andre menneskers handlinger og følelser. Dette kan føre til uheldige feiltolkninger og misforståelser. (Se mer om dette under avsnittet "Relasjoner"). Ikke alle får slike skader som her er beskrevet, men forekomsten er høy blant personer med dobbeldiagnose (Mueser et al. 2006).



Blant de ti informantene i prosjektet finner vi stor variasjon i kognitiv funksjonsevne. Noen har få eller ingen problemer med kognisjon, andre har store skader som gjør dagliglivet vanskelig å håndtere. Det å bo selvstendig og klare seg selv krever rimelig gode eksekutivfunksjoner, og vi ser at behovet for tett og hyppig oppfølging i bosituasjonen øker med skadeomfanget.

## 7.7 Forstyrret døgnrytme

Personalet ved TEDD observerer at flere av pasientene har forstyrret døgnrytme. De sover mye om dagen og er våkne om natten; et kjent fenomen også fra institusjoner for rusmiddelmissbrukere og lavterskel boligtiltak. Dette kan skyldes livet i rusmiljøene hvor man ikke har de samme "åpningstider" som i samfunnet forøvrig, og derfor tilpasser seg de tider som er hensiktsmessige for å overleve. Det er også vanlig å ha bekjente med en ukonvensjonell døgnrytme. Disse kommer ofte på nattlige visitter, og mangler de bolig blir de gjerne værende i lang tid, med eller uten vertens velsignelse. Men søvnmønsteret for pasientene innlagt på TEDD fortsetter også når de er skjermet fra rusbruk og rusmiljøet. Det foregår altså ikke en pragmatisk tilvenning i døgnrytme, selv om nytteverdien er åpenbar. Dette kan for pasienter som bruker sentralstimulerende midler forklares med at selve rusmiddelet kan føre til alvorlige søvnforstyrrelser. For å håndtere praktiske gjøremål som må utføres på dagtid, har pasienter med forstyrrelse i søvnrytme behov for at andre minner dem på å gå i seng og stå opp. Dette behovet blir sannsynligvis ikke mindre når pasienten flytter inn i egen bolig. Her er et eksempel på dette:

*Even* hadde under innleggelse på sykehuset, med tilpasset medikasjon og uten inntak av rusmidler, en døgnsyklus hvor han var våken og tilgjengelig ganske nøyaktig seks timer per døgn. Dette var de timene han hadde hver dag til å handle, spise, vaske seg selv og sitt tøy, delta i behandling, opprettholde sosiale relasjoner og ordne opp med offentlige instanser. Det viste seg krevende å få til dette, til tross for sykehuspersonalets hjelp og støtte. *Even* flyttet etter utredning og behandling på TEDD inn i samlokalisert bolig med tilpasset oppfølging dag og kveld fra personalet tilknyttet bygården. *Even* hadde ikke til hensikt å avstå fra rusmidler, og boligvalget var tilpasset dette. Som leietaker i egen bolig, må *Even* mestre langt flere oppgaver på egen hånd enn i en godt bemannet sykehusavdeling. Hva gjør han så for å håndtere alle oppgaver innenfor sin døgnrytmes "åpningstid"? Han inntar en passende mengde amfetamin. Da holdes det lille seks timers "våkenvinduet" åpent litt lenger, akkurat så lenge at han får tid til å selge magasinet =Oslo noen timer. Det gir *Even* penger nok til å bekoste neste dags nødvendige dose amfetamin, en ut i fra situasjonen funksjonell

mestringsstrategi. Problemet er at amfetamin forsterker Evens tankeforstyrrelser, og nye innleggelser i psykiatrisk avdeling blir nødvendig. Når Even har det vanskelig, trekker han seg tilbake og stenger omverden ute. Ved at Even bor i bemannet bolig oppdages disse symptomene på forverring raskere enn det som vil være tilfellet i en bolig hvor oppfølgere kommer innom til avtalte tider. Booppfølgingen som baserer seg på samarbeidsavtale med Even om jevnlig tilsyn fra stedfast personale, sikrer det daglige nødvendige tilsynet, identifiserer forverring og kontakter spesialisthelsetjenesten for forebyggende frivillig innleggelse, før det blir nødvendig med akuttinnleggelse.

## **7.8 Relasjoner**

Mennesket ser ikke automatisk seg selv. Det er ved tilknytning til andre og gjennom den respons disse gir oss, at vi erfarer oss selv og informerer hverandre om virkeligheten. Via slik speiling gis vi mulighet til å reflektere over oss selv og korrigere atferd og uttrykksform, slik at vi "passer inn" i et fellesskap. Ved alvorlig psykisk lidelse vil sammenhengene eller meningen i det vi opplever i livet bli forstyrret eller fragmentert (Lohne, 2008). Det blir vanskelig å tolke andres respons, og man får ikke tak i virkningene av egen væremåte. Evnen til å bruke symboler og verbalt fundamentert tenking i dialog er forstyrret, og det å opprette en dialog med andre blir vanskelig. Man fremtrer som underlig og annerledes fordi dialogen blir meningsløs, og annerledeshet resulterer gjerne i avvisning. I tillegg påfører ruslidelser relasjoner belastninger som ofte fører til kontaktbrudd. Opphopning av slike erfaringer fører til sårbarhet for opprettelse av nye relasjoner, og det tar lang tid å opprette nye tillitsforhold. Men det er vanskelig å speile seg uten tilgjengelige speil, og relasjonene man har til sine hjelpere blir dermed uunnværlige for dem som strever med å opprettholde andre relasjoner.

Personer med psykoselidelse kan i perioder trekke seg bort fra den ytre virkeligheten fordi den indre blir dominerende. I slike perioder er det nettopp samvær med andre, altså det pasienten helst vil unngå, som skal til for å holde tak i den ytre verden. Når relasjoner og nettverk er begrenset, blir det hjelperne som fungerer som en slik bro. Denne relasjonen krever en trygg tilknytning som oppnås ved tilgjengelighet, pålitelighet og forutsigbarhet over tid (Urnes, 2008).

## 7.9 Oppsummering

Atferdsavvik gjør personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse til lite attraktive leieboere. Opphopingen av lidelser og sosiale følger gjør også hjelper- og behandlerrollen ytterst krevende. Når behandlingen etter sykehusoppholdet i økende grad forventes ivaretatt der personen oppholder seg, må noen kritiske faktorer for måloppnåelse være stabile; *boligen* hvor vedkommende skal ta imot behandlingen, *personene* som skal se til at behandlingen følges og *tiden* man har til rådighet for oppfølging. I prosjektet *Min bolig - Mitt hjem* har vi gjort noen erfaringer vedrørende tilgang og variasjon i bolig og oppfølging.

## 8 BOLIG, BOLIGVIRKEMIDLER OG OPPFØLGING

*I Rom for alle – en boligpolitikk for framtiden* beskrives booppfølging slik:

Oppfølging i bolig forstås her som den hjelpen brukeren trenger for å mestre egen bo- og livssituasjon. Oppfølgingen kan være et vidt spekter av tjenester, avhengig av hvilket ambisjonsnivå som legges til grunn. Det første steget er ofte å skaffe egnet bolig med tilpasset tjenestetilbud. Dette krever kartlegging av bolig- og tjenestebehov, ressurser og bistand til å skaffe boliger. Mange trenger veiledning til å mestre boforholdet, slik som hjelp til å forvalte husleie, økonomisk råd og veiledning, bringing av mat, renhold og bomiljøsamtaler. Det kan også være med hjelp til å utvikle sosiale relasjoner og til å komme inn i arbeidstrettede og/eller aktivitetsfremmende tiltak. Helsetjenester er nødvendig for en del.

Avhengig av brukerens behov kan hjelpen ytes i form av fast bemanning eller som ambulerende tjenester. Fast bemanning kan være både på dag- og nattid, eventuelt med bare på dagtid med tilkallingsmuligheter om natten. Modeller med ambulerende tjenester innebærer at bemanningen knyttes til en base; der tjenestene gis i brukerens hjem. (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011, s. 101-102).

Spesialisthelsetjenestens rolle i det boligsosiale arbeidet har inntil nylig ikke vært tydelig, selv om de fleste pasientene har hatt målsettinger om å mestre eget liv i egen bolig. I en artikkel fra 2006 fortelles en historie fra behandlingsinstitusjonen Mørk Gård (Karagøz, 2006). "Rasmus" søkte hjelp etter at han var blitt kastet ut hjemmefra og hadde følgende setning som sin eneste uttalte målsetting for behandlingsoppholdet: "Et eget rom med nøkkel i døra." Artikkelen omhandler mange sider ved behandlingsopplegget, men nevner lite spesifikt om hvordan man forholdt seg til selve boligproblematikken.

I integrert behandling av pasienter med dobbeldiagnose er boligspørsmål tydeliggjort som en del av selve behandlingen. Samhandlingsreformens krav om behandling der pasientene bor, forsterker behovet for kunnskap om ulike former for individuell tilpasset bolig, metoder i

boligsosialt arbeid samt de ulike virkemidlene for støtte til vanskeligstilte på boligmarkedet. Gjennom arbeidet i prosjektet har vi tilegnet oss en bedre forståelse for hvilket ansvar bydelene i Oslo er pålagt ved bosetting av pasienter med dobbeldiagnose og hvilke rammer kommunalt ansatte forholder seg til når arbeidet skal utføres. Når vi i spesialisthelsetjenesten kjenner våre samarbeidspartneres virkelighet og ansvarsområder, gir vi oss selv mulighet til å se hvor spesialistkompetansen kan utnyttes hensiktsmessig i samarbeidet om boligetablering.

### **8.1 Er ordinære boligsosiale virkemidler virksomme for pasientene i prosjektet?**

Vanskeligstilte på boligmarkedet er personer som er i en situasjon der de ikke kan skaffe seg og/eller opprettholde et akseptabelt boforhold. Personer med dobbeldiagnose faller ofte inn i denne kategorien. Både kommunene og staten har tjenester, tiltak og økonomiske ordninger innrettet for å hjelpe vanskeligstilte inn på boligmarkedet. Eksempler på kommunale virkemidler er kommunalt disponerte boliger, kommunal bostøtte, rådgivning og praktisk bistand i boligen og økonomisk sosialhjelp. De viktigste statlige virkemidlene er Husbankens låne- og tilskuddsordninger, herunder startlån og boligtilskudd og statlig bostøtte.

### **8.2 Privat leie med sosial garanti**

Kommunene har i henhold til lov om sosiale tjenester ansvar for å bistå denne gruppen pasienter med å finne et sted å bo samt for å yte økonomisk sosialhjelp med sosial garanti om nødvendig. Ofte godtar ikke huseiere sosial garanti som erstatning for depositum, og mange er skeptisk til å leie ut til sosialhjelpsmottakere generelt, og blant annet derfor blir privat leie sjelden en løsning for personer i vår pasientgruppe.

### **8.3 Kommunal leiebolig**

Å søke kommunen om leiebolig er en annen mulighet. I Oslo er det mangel på kommunalt eide boliger generelt og i de tre vestlige bydelene spesielt, så selv om man fyller kravene for tildeling av kommunal bolig, gis det ofte avslag grunnet mangel på tilgjengelige boliger. Ved avslag kan man benytte seg av klageadgangen. Oslo kommune operer ikke med ventelister når man ikke kan tilby leilighet innen 6 måneder. Når avslaget skyldes mangel på kommunal

bolig, kan alternativet faktisk være å søke på nytt. I en tilværelse med høyt forbruk av rusmidler og fraværende struktur i hverdagen er det vanskelig å søke gjentatte ganger og holde rede på avslag og søknadsfrister, og mange gir opp uten søke på nytt.

#### **8.4 Husbankens virkemidler**

Startlån er en ordning der Husbanken låner ut penger til kommunen, som igjen låner ut til personer som skal etablere seg i egen bolig. Boligtilskudd er en tilleggsordning for de aller mest vanskeligstilte på boligmarkedet. En forutsetning for tilsagn er at man må kunne betjene renter og avdrag på lånet og samtidig ha nødvendige midler igjen til livsopphold. Dette krever fast inntekt i form av trygdeytelser eller arbeidsinntekt. Personer som har økonomisk sosialhjelp som eneste inntektskilde, faller dermed utenfor låneordningen. De fleste i vår målgruppe har inntekt i form av trygdeytelser. Disse vil økonomisk være i stand til å betjene et startlån ved hjelp av egen inntekt, boligtilskudd og bostøtte. Av disse igjen er det også noen som har et funksjonsnivå som tilsier at de med tilpassede oppfølgingstjenester vil ivareta sine beboerplikter på en grei måte. For dem kan privatgjeld, som konsekvens av rusmiddelbruk, bli en hindring for lånetilsagn. Da er det viktig å være klar over at kommunene er tillagt stor handlefrihet når de skal vurdere tildeling. Privatgjeld kan håndteres ved å gi søker bistand til å rydde i økonomien og inngå gjeldsordning, i stedet for å avslå søknaden. Ved å fokusere på individuelle behov og individuelle løsninger, og ved å samarbeide med søkerens øvrige hjelpenettverk, er det mulig å tilpasse tildelingskriteriene fremfor å begrense dem. Boligvirkemidlene kan på denne måten bli virksomme for flere også i vår målgruppe.

*Aina* fikk tilsagn om startlån og boligtilskudd som gjorde det mulig å kjøpe en ettroms leilighet. Hun er en voksen kvinne som planlegger å bo i leiligheten i mange år, og en leilighet med soverom var da et rimelig ønske. Ainas foreldre ville gjerne gi henne det overskytende beløpet slik at leilighet med to rom kunne bli en realitet, men gaven fra foreldrene førte til at Aina holdt på å miste deler av lånet. Med egenkapital fra foreldrene, men med de samme offentlige tildelingskriteriene, ble det vurdert å omgjøre tildelingsvedtaket, idet hun ikke lenger hadde krav på så stort lån. Underforstått, hun risikerte å miste mulighetene for en toroms leilighet. Saksbehandler på NAV valgte likevel til slutt, etter anbefaling fra Ainas hjelpernettverk, å foreta en ny helhetlig vurdering av detaljene i Ainas sak. God nytte av behandling, systematisk og stabil innsats for å oppnå lånet, motivasjon for endring, påbegynt skolegang og godt familie- og hjelpernettverk, talte til Ainas fordel. Saksbehandler valgte å forholde seg til det spesielle ved denne saken fremfor de generelle reglene, og det opprinnelige lånetilsagnet ble opprettholdt. Samfunnsøkonomisk er

det lønnsomt at Aina bekoster sine boutgifter på egen hånd fremfor at bydelen gjør det, og både for spesialisthelsetjenesten og bydelen er det nå mulig å tilby faglig forsvarlig behandling med utgangspunkt i hennes eget hjem.

## 8.5 Boligpriser i Oslo vest

For innvilgelse av startlån kreves det at boligen skal være rimelig i forhold til prisnivået der man bor. Prisnivået i Oslo vest er høyt og låntakere med tilhørighet i Diakonhjemmet sektor, må ved kjøp flytte til andre kanter av byen for å oppfylle kravet om rimelig prisnivå. Dette er en stor utfordring som påvirker det boligsosiale arbeidet i bydelene. Dette berører også utviklingen av det generelle bosettingsmønstret i byen og bidrar at mennesker med ulik sosial, økonomisk og etnisk bakgrunn lever stadig mer adskilt.

Dette omtales i et innlegg i Aftenposten 20.april 2011 under overskriften "Vil vi ha glassklokkebyer?" :

Glassklokkepolitikken vil over tid føre til segregering av bysamfunn, slik at mennesker med ulik sosial, økonomisk og etnisk bakgrunn lever stadig mer adskilt. (Selvaag, Nybø og Møland, 2011.)

Ved flytting ut av bydel og til annen sykehussektor, vil det kjente tjenesteapparatet falle bort. Den lykkelige eier av egen bolig får ny poliklinisk behandler ved et annet Distriktpsikiatrisk senter, ny ruskonsulent, nye saksbehandlere på NAV og ny booppfølger. Når vi vet hvor viktig stabile relasjoner er for pasientgruppen generelt, forstår vi at slike bytter må ivaretas på en solid måte.

*Aina* kjøpte leilighet utenfor Diakonhjemmets sektor. Hun måtte bytte også ut sine hjelpere da hun flyttet. Både Aina selv og nytt og "gammelt" hjelpernetverk var klar over at dette kunne skape vansker. Tett samarbeid ble etablert for å gjøre overgangen så lite smertefull som mulig. Hjelperne, fra bydeler, ByBo og to distriktpsikiatriske sentre, brukte mye tid og fleksibilitet for å få til dette. Overføringen pågikk i over ett år. Likevel gav Aina uttrykk for at belastningen ved å bryte relasjoner og opprette nye var en tung bær å bære, i tillegg til alt annet som ble endret ved å få ny bolig, nytt nabolag og med et ønske om en rusfri tilværelse.

Startlån med boligtilskudd er en god ordning for de som fyller kriteriene, og med tiden går det seg gjerne til også med nye hjelpere. Men pasienter som ønsker å starte låneprosessen, må få informasjon om konsekvensene, slik at de vet hva de går til. Det må også beregnes god tid i overgangsfasen slik at nytt hjelpernetverk kan involveres i tide.

## **8.6 Differensierte tilbud - funksjonelle boligløsninger**

I Oslo finnes det ulike boligtilbud for personer med rusmiddelproblemer. St. Hanshaugen bydel driver *Flexbo*, et byomfattende tiltak med frittstående småhus samlokalisert på et gårdstun. Boopfølgere er tilknyttet ordningen. Noen bydeler har også opprettet egne samlokaliserte boliger med oppfølging i tilknytning til boligen. I samarbeid med Kirkens Bymisjon har bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo opprettet boliger med oppfølging for personer med dobbeldiagnose i bygården Schandorffsgate 4. I bygårdene i Bogstadveien og Pilestredet og i en villa i Thaulows vei driver Kirkens Bymisjon andre bemannede utleieboliger for personer med rusmiddelproblemer, både med og uten alvorlige psykiske lidelser. Bokollektivet Nattegalen ble opprettet av Kirkens Bymisjon allerede i 1999 for kvinner som var tilknyttet Natthjemmet, og som hadde prostitusjonserfaringer og rusmiddelproblemer.

Målet med alle tiltakene er å gi leietakerne et varig og riktig tilpasset sted å bo fremfor å kreve rusfrihet som inngangsbillett til bolig. Boligløsninger med leiekontrakt gir rettigheter og er normaliserende, og ved å inngå en leiekontrakt, er leietakerne bedre sikret med hensyn til varighet enn ved institusjonsopphold med rehabilitering som mål. Antallet tilpassede boliger er ikke tilstrekkelig, men det er bedre med noen få boligtilbud som fungerer, enn ingen i det hele tatt. Tilbakemeldingene fra beboere og ansatte i tiltakene er da også positive. Varierende grad av ruskontroll og bedre helse har vist seg som bonuseffekter for leietakerne. Personalet i Schandorffsgate 4 forteller at tiltaksapparatet melder om færre konflikter med NAV, færre utrykninger for politi, og færre innleggelses i psykiatrisk akuttavdeling (Oslo kommune, Bydel St.Hanshaugen, 2008). En av beboerne i Flexbo uttrykker sin opplevelse slik:

*"Har du nullverdighet, gir en bolig trygghet rundt deg. Her har du en fast plass å komme til, med gulvvarme. Du kan låse døren og legge deg i din egen seng."*

(Olsen, 2009).



Det å ha et bosted øker følelsen av verdighet. Dette er trolig en medvirkende årsak til at noen av leietakerne nå har valgt å flytte ut for å bo i ordinære bomiljø.

Alle boligløsningene som er beskrevet ovenfor, baseres på leiekontrakt og på at leietaker er villig til å inngå samarbeidsavtale om å motta oppfølging, men de er ellers ulike. De varierer fra kjønnsespesifikke bofellesskap for 4-5 personer, med leie av eget soverom og bruk av fellesarealer, til eget hus for begge kjønn lokalisert på et felles tun. I spennet mellom disse variantene finner vi egne bygårder med utleieleiligheter hvor fellesrom benyttes i liten eller stor grad. Oppfølgingsbehov er ikke konstante. Den ene måneden kan behovet være daglig tett oppfølging mens neste måneds behov kan bestå av korte samtaler i ny og ne.

Oppfølgingen varierer derfor fra besøk av miljøarbeider når det passer for leietaker, til daglig bistand fra hjemmesykepleie og stedfaste booppfølgere. Noen tiltak er døgnbemannet, andre ikke. Noen er tett bemannet, andre ikke. Variasjonen er grunnleggende fordi leietakerne har individuelle behov ut i fra forskjeller i funksjon og fordi de er ulike som personer. Variasjonen i boliger sammen med individuell variasjon i oppfølging gir det vi velger å kalle *funksjonelle boligløsninger*. Det er ikke bare en bolig, det er en bolig som fungerer for den som skal bo der.

## 9 PASIENTENE OG BOLIGENE

Boligløsningene man har kommet frem til i prosjektet er differensierte, det samme er oppfølgingen. Samtidig kan alle boligløsningene langt på vei grupperes og plasseres i to forskjellige teoretiske modeller som beskriver hvordan flere tiltak for hjemløse i nordeuropeiske land er organisert. I den såkalte normaliseringsmodellen er målet innflytting i bolig med en gang. Dette er en modell hvor støttetjenester og metoder for booppfølging skal bidra til at brukeren skal kunne opprettholde boforholdet. Den andre, kjedemodellen, har også etablering i egen bolig som endelig mål, men opererer med overgangsfaser mellom for eksempel lavterskelhus, institusjon og vanlig bolig. Tanken er at en kjede av overgangstilbud og hjelpetiltak som er tilpasset nivået den enkelte befinner seg på, skal bryte den onde sirkelen personen befinner seg i (Dyb, Solheim & Ytrehus, 2004).

Seks av informantene i vårt prosjekt, *Aina, Patrick, Henrik, Eva, Kjell og Even*, bor i løsninger som samsvarer med normaliseringsmodellen. *Veronika, Roman* og *Per Ivar* oppholder seg i løsninger nærmere kjedemodellen, mens *Emine* fremdeles er bostedsløs. Vi skal se nærmere på hvordan løsningene fungerer for den enkelte.

### 9.1 Normaliseringsmodellen

*Aina, via bofelleskap med tilpasset oppfølging, til egen eiet bolig:*

*"Det var som et mirakel å få flytte inn i bofelleskapet og vite at jeg skulle få bli der uten å bli kastet ut. Etter en stund så jeg at det gikk bra. Jeg bodde og det gikk fint! Jeg tok medisin og så sluttet jeg å ruse meg etter en stund. Da var det jeg begynte å tenke at jeg kanskje kunne greie å få min egen leilighet i et vanlig bomiljø. Når en slutter å ruse seg, er det viktig å bo et sted hvor ikke alle andre ruser seg. Det er viktig å ha "normale" naboer da, selv om det er litt skremmende også."*

Aina har kjøpt egen leilighet. Hennes vei til egen bolig gikk gjennom et av ByBos kvinnekollektiv med bemanning, betalt av bydel (sosialtjenesten). Etter mange år som nomade mellom hospitser eller lavterskel hybelhus, innleggelser i rusbehandling og i psykiatriske avdelinger, leide leiligheter og venners leiligheter, beskriver Aina det som et

mirakel da hun flyttet inn i egen leilighet i et bemannet kollektiv. Her fant hun rammene og den oppfølging hun måtte ha for å klare å løfte blikket og se for seg muligheten av å kjøpe egen leilighet. Vissheten om å kunne bo i kollektivet så lenge hun hadde behov for det, gav henne nødvendig pusterom til å våge å tenke alternativt. Energien kunne brukes på dette i stedet for å spekulere på hvor neste midlertidige bolig kunne befinne seg. Etter innflytting i egen leilighet mottar Aina booppfølgingstjenester fra bydel i form av samtaler og aktiviteter. Hun har hatt flere frivillige innleggelsler på TEDD etter innflytting i leiligheten. Innleggelsene har både vært som kriseintervensjon ved stort og skadelig inntak av rusmidler med påfølgende utbrudd av psykotiske symptomer, og som planlagte innleggelsler i forbyggende hensikt. Behandling med subutex og antipsykotisk medikasjon er foreløpig nødvendige ingredienser, men hennes langsiktige mål er et liv uten medikamenter. Sosialt samvær med familie og venner, møter i Anonyme Narkomane (NA) og skolegang er også viktig. Aina presiserer hvor betydningsfullt det var å kunne flytte til et rusfritt bomiljø da tiden var inne for dette. Samtidig fremhever hun at også dette må være en beslutning som den som skal bo, må komme til på egen hånd.

*Patrick, fysisk funksjonshemming – en "døråpner":*

*"Det ble sånn at jeg kunne ta mer tak i livet mitt når jeg fikk bo stabilt og i fred. Jeg startet med subutex og sluttet med heroin. Nå jobber jeg mye som frivillig."*

Før innleggelse på TEDD bodde Patrick i en turisthytte i skogen hvor han hadde et massivt heroinbruk. Han flyttet direkte fra hytta, via utredningsopphold på TEDD, inn i egen bolig for bevegelseshemmede (HC-leilighet). Han var en av de to informantene i prosjektet som ved utredning ikke ble diagnostisert som alvorlig psykisk syk, i betydningen schizofreni eller bipolar lidelse med psykosesyntomer. Patrick har en annen lettere psykisk lidelse og fysisk funksjonshemming. Det var den fysiske funksjonshemmingen som utløste vedtak om tilpasset bolig. Patrick mottar behandling i form av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og deltar jevnlig i NA-møter. Dette oppgir han som tilstrekkelig for å opprettholde sitt boforhold. Å få et varig og tilpasset sted å bo oppgir han som grunnlaget for å klare å gjennomføre LAR-behandlingen.

Det gikk forbausende raskt og greit å få både bolig og oppfølging så lenge Patricks funksjonshemming var av "vanlig" somatisk art og ikke skyldtes funksjonssvikt som følge av overdoser og psykososer. Dette til forskjell fra to andre av prosjektets informanter, Emine og

Even, som også er "funksjonshemmet" i form av meget dårlig psykisk og fysisk helse og alvorlig kognitiv svikt. Deres funksjonsnedsettelse kan spores tilbake til både massivt og skadelig rusmiddelbruk og til alvorlig psykisk lidelse. Likevel ble det ikke vurdert fra bydelens side å la disse falle inn under kategorien funksjonshemmet med rett til tilpasset bolig. De ble kun ansett som "rusmisbrukere" og dermed uten krav på varig tilpasset bolig.

#### *Henrik, betydningen av forutsigbarhet*

Henrik flyttet direkte fra leiet hybel inn i en bygård med leilighet som innbefattet leiekontrakt og booppfølging av ansatt fra ByBo. De ansatte har fast kontorplass i oppgangen. Det å ha en skikkelig leiekontrakt og samtidig ha et stedfast personale å henvende seg til, er det som fungerer for ham. Via utredning på TEDD fikk Henrik diagnosen Aspergers syndrom. Han er spesielt avhengig av forutsigbarhet i sosiale sammenhenger, klare regler og kjente rutiner for å få oversikt over tilværelsen. Stedfast personale betyr for ham mulighet for å utvikle virksomme relasjoner mellom beboer og ansatte. Men for Henrik har relasjonen en annen dimensjon enn det den for eksempel har for Aina. Henrik er opptatt av å kunne forholde seg til et begrenset antall mennesker og at disse er forutsigbare i det at de utfører de oppgaver de skal utføre på en pålitelig, oversiktlig og ryddig måte. Skjer dette er han fornøyd. Om en hjelper byttes ut, har det ikke så stor følelsesmessig betydning, slik det har for Aina, så lenge erstatteren gjør jobben sin på samme solide måte som den forrige.

#### *Eva, først og fremst under tak, deretter "stå han av"*

Eva bor i et kvinnekollektiv med husleiekontrakt og personale tilknyttet boligen. Kollektivet tilpasser oppfølgingen etter omsorgsbehov og personlighet. Eva ble opprinnelig tilbudt en midlertidig treningsleilighet, i tråd med kjedemodellen, hvor bydelen betalte for først en, og deretter to timer booppfølging i uken. Dette var overhode ikke tilstrekkelig; flyttelasset ble stående i pappkartonger og Eva ble kastet ut nærmest før hun hadde flyttet inn. Videre fikk hun plass i et lavterskel hybelhus som midlertidig husvære, før hun etter nesten ett år fikk plass i kvinnekollektivet hvor hun leier et rom. Eva har fremdeles et massivt bruk av rusmidler. Personalet fremhever at deres viktigste funksjon er å være forutsigbare i sin opptreden. De må også skape tydelige rammer for boforholdet. Eva er en samler. Når tingene ligger i halvannen meters høyde på hele gulvet i rommet hennes, må personalet gå inn og rydde for å ivareta brannsikkerhet og hygiene. Dette er noe Eva ikke liker, og hun blir sint når det skjer. Samtidig vet hun at dette er en forutsetning for å beholde leieforholdet. Ettersom relasjonene til de ansatte "går seg til", godtar hun at de rydder, med litt mindre høylydte protester enn til å begynne med. For personalet er det viktig å være like tålmodige

og vennlige som de er tydelige. De må velge sine kamper med omhu og velger som oftest å "stå han av" heller enn å "ta av". Det viktigste er at Eva bor trygt og verdig, ikke at reglementet blir fulgt slavisk, så lenge dette er innenfor forsvarlighetens grenser. Det er nødvendig at personalet er stedfast og stabilt, slik at de kan ha mulighet for å følge henne opp i forhold til ernæring, hygiene og medisiner. Men like viktig er det at Eva har en døgnrytme og væremåte som tilsier at oppfølging og samtaler må foregå når de "gylne øyeblikkene" byr seg. Slike øyeblikk oppstår ikke til avtalt "oppfølgingstid", de oppstår spontant. Da må personalet både være på plass og ha alliansen i orden for å kunne gripe muligheten. Det er slik relasjonen som fører til aksept for romrydding, oppstår og vedlikeholdes.

### *Kjell, reelle valg krever reelle muligheter*

Kjell ble oppsagt fra privat leid leilighet på grunn av husbråk i forkant av tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus i 2006. Etter dette var han kontinuerlig innlagt i psykiatrisk sykehus fordi han ikke har hatt noe sted å bo i de periodene han var frisk nok til å kunne bli utskrevet. Flere ganger ble han erklært "utskrivingsklar" fra sykehuset uten at bydelen skaffet han noe boligtilbud. Hans ønske har hele tiden vært en kommunal bolig. To ganger, i 2007 og 2008, ble det sendt formell søknad ved hjelp av ansatte på sykehuset. Begge gangene fikk han avslag på grunn av mangel på kommunal bolig i bydel, til tross for at det ble vurdert at han ikke var i stand til å skaffe seg bolig på egen hånd, og at han ellers oppfylte de øvrige behovskriteriene. I stedet for bolig fikk Kjell plass i en av Rusmildeetatens rehabiliteringsinstitusjoner, etter utredning på TEDD. Etter flere klager og uttalelser både fra behandlere og pårørende, fikk han omsider medhold, fire år etter første søknad. Ved prosjektets avslutning flyttet Kjell inn i nyoppusset kommunal leilighet med booppfølging fra bydel, ambulant oppfølging og poliklinisk behandling fra DPS.

Kjells symptomer og sykdomsbilde tyder på at det å bo i egen leilighet uten ansatte tilgjengelig i huset, ikke er en optimal løsning. Han viser psykotiske symptomer også når han er rusfri og medisiner. Kjell har enn så lenge ingen intensjoner om å slutte å bruke rusmidler. Han ønsker seg et "kontrollert" bruk, og psykosesymptomene vil dermed vedvare. Med dette som bakteppe er det mulig å forutse at det å bo i egen leilighet vil kunne bli meget krevende. Forskjellen denne gang i forhold til før innleggelsene er det oppfølgingsarbeidet som er satt i verk fra kommune og spesialisthelsetjeneste. Han mottar poliklinisk oppfølging fra DPS og booppfølging fra bydelen noen timer hver uke. Det gjenstår å se om dette er tilstrekkelig. Men Kjell er selv fornøyd. Han godtar oppfølging så lenge leiekontrakten ivaretar muligheten

for selvbestemmelse i eget hus. Dessuten er dette det tilbud bydelen har å gi, økonomi og eksisterende boligløsninger tatt i betraktning.

Vi behandlere i spesialisthelsetjenesten har gjerne samlet kunnskap om den enkelte som favner bohistorie, rushistorie, sykdommenes alvorlighetsgrad og praktiske konsekvenser derav, relasjonskompetanse og grad av kognitiv svikt. Vår oppgave er å foreslå alternative løsninger basert på disse faglige vurderingene. Når slike løsninger ikke finnes, blir dette et dilemma. Pasienten må skrives ut av sykehuset når behandlingen er avsluttet. Samtidig ser vi at boligløsningen vi skriver pasienten ut til, ikke alltid er tilstrekkelig. Likevel hjelper vi til med å søke kommunal leilighet, koordinere ekstern booppfølging, kjøpe møbler og flytte pasienten inn. Det blir et valg mellom to onder, og det er tross alt bedre å gjøre noe og håpe på det beste, enn ikke å gjøre noe som helst.

*Even, på kanten av forsvarlig, men "as good as it gets"*

Even, som ble nevnt i avsnittet om forstyrrelser i døgnrytme, leier leilighet med oppfølging dag og kveld. Oppfølgingen utføres av personalet som er ansatt tilknyttet bygården og har kontorer der. Even mottar i tillegg hjemmesykepleie fra bydel. Ruskonsulent i bydel har kjent Even gjennom flere år. Hun har observert hvordan hans funksjonsnivå gradvis har blitt lavere med årene. Med vedvarende skadelig rusmiddelbruk og gjentatte psykoseutbrudd er det sannsynlig at kognitiv funksjon vil forverres ytterligere. Til tross for at ansatte i hjemmetjenesten og personalet i boligen gjør sitt ytterste for å yte nødvendig omsorg, er det tvil om at dette er tilstrekkelig for Even på lengre sikt. Kan hende er det heldøgns omsorg som må til. Likevel, med tanke på at Even er en mann som på grunn av sine lidelser har sett seg nødt til å bo ute i flere år, er fremgangen stor ved at han i det hele tatt bor under tak i en leilighet. Nå benytter Even seg også av frivillige innleggelses på TEDD, til forskjell fra tidligere hvor han ble innlagt via tvang. Men rusen, som for Even er et tilsynelatende funksjonelt virkemiddel, gir han ikke slipp på. Toleranse for leieboernes aktive bruk av rusmidler i kombinasjon med oppfølging fra ansatte som befinner seg i bygården, og mulighet for planlagte avlastningsopphold på TEDD, er avgjørende for at Even fortsatt skal velge å bo innendørs.

## **9.2 Kjedefmodellen**

Enhet for bo- og arbeidsrehabilitering (BAR) ved DPS Vinderen og Lassonløkken rehabiliteringssenter, tilhørende Oslo kommune, Rusmiddeletaten, er begge eksempler på

overgangstiltak som stemmer med kjedemodellen. Tre av prosjektets informanter, Veronika, Roman og Per Ivar, befinner seg der.

Veronika, Roman og Per Ivar har samme psykiatriske diagnose, men ulik rusdiagnose og ulikt funksjonsnivå. Dette krever ulik oppfølging. Ved utredning på TEDD kom man frem til at ubehandlet psykoselidelse var hovedproblemet for Veronika og Roman. Ved riktig behandling for psykoselidelsen reduserte Roman sin bruk av rusmidler kraftig. Veronika, som hadde brukt alkohol for å avhjelpe psykosesymptomer, justerte sin bruk av alkohol tilbake til vanlig kontrollert forbruk. Etter endt behandling "passet" dermed begge inn i bo- og rehabiliteringstiltak for personer med psykisk lidelse. Begge har hatt godt utbytte av den mellomstasjonen dette har vært for dem. Likevel er heller ikke deres situasjon lik, da de blant annet har ulikt funksjonsnivå. Den tredje informanten, Per Ivar, led også av en ubehandlet psykose, men til forskjell fra Veronika og Roman hadde han en ruslidelse i tillegg. Per Ivar fylte dermed ikke kriteriene for plass i BAR, men med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse fikk han plass i Lassonløkken rehabiliteringssenter.

#### *Veronika, ikke typisk TEDD pasient*

Veronikas tilværelse er til tider preget av paranoide tanker rettet mot naboer, noe som gjør at hun ikke maktet å fortsette å bo i sin tidligere bolig. Ellers har hun ingen problemer med å ta vare på seg selv og dagliglivets gjøremål. Man antok ved innleggelse at Veronika hadde et alkoholproblem fordi ganglag og tale tydet på skader etter et høyt alkoholforbruk. Det viste seg etter utredning at så ikke var tilfelle. Det var psykoselidelsen som medførte den karakteristiske gangen. Høyt forbruk av alkohol var i en periode en måte å takle både en personlig krise og den ubehandlede sykdommen på, men falt ikke inn under diagnosen ruslidelse. Veronika mottar i dag poliklinisk behandling i tillegg til medikasjon for de psykiske problemene. Videre trenger hun noe assistanse for å komme i gang med boligsøk på det private markedet. Dette blir gitt av personalet på BAR og av hennes pårørende. For Veronika, som altså *ikke* har en ruslidelse, og som har gode allmenne daglige livsfunksjoner (ADL), god kognitiv funksjon, godt fungerende nære relasjoner, og en psykisk lidelse som er under kontroll, fungerer institusjon etter kjedemodellen som et godt ettervern inntil hun er i stand til å flytte i egen bolig. Hun drar nytte av hovedmålet med oppholdet; nemlig rehabilitering og forberedelse til en mer selvstendig tilværelse i egen bolig.

### *Roman, ukeplan og struktur*

Den andre av disse tre, Roman, profiterer på å bo på BAR, skjermet fra rusmidler og med et stramt "program for dagen". Han har behov for noe oppfølging for å holde seg til strukturen i programmet og følge opp medisiner og terapi. Roman vil ha behov for bolig med oppfølging i et rusfritt bomiljø, på lik linje med mange andre med alvorlig psykisk lidelse. Men, i og med hans historie med stort og skadelig bruk av rusmidler, kan det å få plass i et slikt boligtilbud bli vanskelig. Romans bohistorie viser at det å bo uten oppfølging ikke har fungert godt for ham. Utredningen på TEDD fastslo at han hadde lidd av ubehandlet psykose i flere år og brukt amfetamin blandet i alkohol som selvmedisinering. Kombinasjonen av ubehandlet psykose og skadelig rusmiddelbruk førte til ytre og indre kaos og dermed gjentatte tap av bolig. Etter dette oppholdt Roman seg over to og et halvt år i et lavterskel hybelhus, mens psykose og rusmiddelbruk tiltok. Til sist ble han tvangsinnlagt i akuttpsykiatrisk avdeling med påfølgende overføring til TEDD. De psykotiske symptomene ble bedre ved medikasjon, og trangen til å bruke rusmidler mindre. Dermed falt diagnosen ruslidelse bort. Roman fulgte punktlig behandlingsopplegget med aktiviteter og samtalebehandling. Regler og rutiner ble fulgt innenfor sykehusets vegger, men så snart han fikk permisjon og strukturene ble borte, brukte han rusmidler. Roman hadde behov for et strukturert program med detaljerte "leveregler", faste rutiner og organiserte aktiviteter. Han hadde også behov for at noen la merke til om reglene ble fulgt eller ikke, for så å gi ham nye krav om retning når det skled ut. Roman fikk beskjed om hvilken type rusmiddel det var lov å bruke (alkohol), hvor mye han kunne drikke og hvilken dag han skulle drikke dette. Han fikk arbeidstrening på en kafé tilknyttet BAR og faste behandlingstider på TEDD. Etter en tid var rutinene innarbeidet og fungerte noenlunde greit. Roman inntok stort sett "foreskrevet" rusmiddel i riktig kvantum og til riktig tid (fredag). Utover dette var han avholdende og kunne dermed flytte til BAR i mangel av en varig tilpasset boligløsning.

BAR er som skreddersydd for Romans behov. Men et midlertidig rehabiliteringstilbud tilknyttet et sykehus er ikke en bolig. Roman må flytte. Kanskje kan han få innvilget startlån og boligtilskudd for å kjøpe egen leilighet, eller kanskje han kan få en leiekontrakt på det ordinære leiemarked. Spørsmålet er om en leilighet i et ordinært borettslag med noen timer booppfølging i måneden vil være tilstrekkelig. Han har en litt underlig måte å kommunisere på, og det å opprette sosiale kontakter er ikke enkelt. Stedfast personale som kjenner ham er derfor viktig for å dekke sosial kontakt. Overganger har også vist seg vanskelige å takle, siden innlærte rutiner da blir forstyrret og det tar lang tid å opparbeide nye. Dette *kan* henge sammen med svekket kognitiv funksjon. Roman har tidligere benyttet rusmidler for å motvirke følelsen av å ikke strekke til. I ruspåvirket tilstand er Romans psykiske plager



vanskelige å kontrollere, og funksjonsnivået synker raskt. Ny innleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling kan bli resultatet av for tynn oppfølging.

### *Per Ivar, omsorg og relasjon*

*"Jeg må få slå rot et sted for å begynne å gå fremover på det som er min riktige vei, før jeg finner frem til haven min. Jeg trenger et fellesskap også, for jeg glemmer så mye! Så det er greit at det er noen som kan huske viktige ting for meg og si ifra, og det gjør de her, de er flinke til det her. Jeg liker dem."*

Per Ivar er preget både av alvorlig psykisk lidelse og av ruslidelse. Rehabiliteringssenteret han oppholder seg i samsvarer med definisjonen av "kjedemodellen", og Per Ivar kan bo der i inntil to år. Innholdsmessig fungerer institusjonen ganske likt boligtiltak etter normaliseringsmodellen, men det er ingen husleiekontrakt, og institusjonen har et rehabiliteringsformål. Per Ivar trives *svært* godt og sier han helst vil bosette seg der. Realiteten er at han og hans hjelpere allerede noen få måneder etter inntak må begynne å planlegge ny fremtidig bolig. Denne vissheten gjør ham urolig og fremmer ikke rehabiliteringsformålet. Per Ivar bodde ute i lengre tid før han ble tvangsinnlagt på TEDD. Han hadde i utgangspunktet stor motstand mot innleggelsen. Motstanden ble ikke mindre da behandlingen var ferdig og flytting til rehabiliteringssenteret ble en realitet. Per Ivar knytter seg til de som hjelper ham, og relasjonsbrudd er vanskelige. I tillegg tar det tid å venne seg til nye rutiner og regler. Han trenger et bosted hvor alminnelige daglige livsfunksjoner følges opp. Selv sier han at han vil bo et sted hvor han kan ha fellesskap med andre. Det må også være akseptert å bruke rusmidler. Per Ivar er en meget dyktig selger av magasinet =Oslo. Da må han bo i byen.

Per Ivars hjelpere i bydel har ingen anelse om hvor de kan gjøre av ham, i hvert fall ikke som en varig ordning. Det man har å foreslå er nye rehabiliteringsinstitusjoner. Etter våre vurderinger er det etisk betenkelig å stadig sette Per Ivars gode tilknytningsevne på prøve ved å flytte ham rundt omkring hvert annet år. Det at Per Ivar fremdeles har en god tilknytningsevne, er et fortrinn såfremt han vet *hvor* han skal flytte og at dette ville bli et *varig bosted*. En gradvis overgang med tid til å knytte nye relasjoner før innflytting ville i så fall kunne starte allerede nå, men slik er det altså ikke. Det er mye som raskt blir *for* mye for Per Ivar, inkludert nye bekjentskaper. Når belastningene blir for store, blir Per Ivar forvirret og

sint, noe som ikke er formålstjenlig for å opprettholde et godt boforhold. Han kan som ytterste konsekvens ty til tidligere løsninger og bli bostedsløs igjen. Skjer dette, vil LAR behandling og medikasjon med nevroleptika bli umulig å følge opp.

I likhet med Roman ser vi at oppfølgingen ved rehabiliteringsinstitusjonen dekker Per Ivars behov. Roman og Per Ivar har samme psykiske lidelse, men ulikt omsorgsbehov. Institusjonene er gode og "skreddersydde" for deres respektive behov. Det er *midlertidigheten* i en kjedemodell som ikke er god, verken for Per Ivar eller Roman.

### **9.3 Ikke bare varig bolig, men varig tilpasset bolig**

Informantene i dette prosjektet, enten de oppholder seg i varig eller midlertidig boligløsning, mottar oppfølging i boligen. Hvilken type booppfølging varierer. Vi erfarer at jo bedre lidelsene lar seg kontrollere og jo høyere funksjonsnivået er, desto mindre ressurskrevende oppfølging skal til. Patrick, som bor i leilighet for funksjonshemmede, mottar kun oppfølging fra hjemmesykepleien på grunn av fysisk sykdom og opplever dette som fullgodt. Even derimot må ha tett oppfølging både fra ansatte i boligen og andre instanser for å klare å ivareta allmenne daglige livsfunksjoner. Aina og Kjell mottar tradisjonell booppfølging, noe man mener vil bli tilstrekkelig også for Veronika når hun nå skal flytte til egen leilighet. Henrik, Roman, Eva og Per Ivar har best nytte av oppfølging fra ansatte i boligen. Ingen av de ni har døgnbemanning. For pasienter med godt eller noenlunde godt funksjonsnivå ser dette ut til å være tilstrekkelig, så sant riktig medikasjon, nødvendige relasjoner og funksjonelle støttedfunksjoner er opprettet før innflytting i boligen. For Even, som har et høyt forbruk av rusmidler, somatisk sykdom, nedsatt funksjonsnivå og er sterkt preget av den psykiske lidelsen, ville døgnkontinuerlig tilsyn vært det beste.

Bydelene beskriver i rapporten *Når bolig ikke er nok* (Jenset, 2010) at tradisjonell oppfølging knyttet til ordinær bolig ofte er vanskelig, fordi tjenesten mangler de ressurser som skal til for å etablere en god *relasjon* til bruker. Klientene gjør seg i mangel av dette lite tilgjengelige og er vanskelig å få kontakt med, til tross for samarbeidsavtaler. Vår erfaring er at personer med store relasjonsvansker foretrekker bolig med ansatte. Kanskje fordi relasjoner er lettere tilgjengelig i slike ordninger. Slik vi oppfatter det gjelder dette også for personer som er sterkt preget av den psykiske lidelsen og i tillegg har et lavt funksjonsnivå.

#### 9.4 De mest sårbare av de sårbare

De som aller mest trenger samhandling, har det vært aller vanskeligst å samhandle om, i den forstand at det har vært vanskelig og tatt svært lang tid å få på plass gode boligløsninger. Det som denne forholdsvis begrensede gruppen trenger av tilsyn og omsorg, minner om det man fant i de nå nedlagte psykiatriske sykehjemmene. Forskjellen er husleiekontrakt og toleranse for bruk av rusmidler. Det finnes ikke kommunale boligtiltak i Oslo for denne omsorgskrevende gruppen. Bolig med tjenester kan kjøpes av private aktører. Bydelene oppfatter dette som svært kostbare tiltak, og bydelenes budsjetter dekker kun utgifter til noen få personer, langt færre enn hva behovet tilsier. Stadig nye midlertidige botiltak eller rehabiliteringsinstitusjoner i kjede blir dermed "løsningen" for psykiatriske pasienter med og uten rusmiddelproblemer.

*Emine, - lavterskel hybelhus, gjentatte akuttinnleggelse og stadig dårligere somatisk helse.*

*"Jeg vil bo i nærheten av Mamma" sier Emine.*

Emines sak har gitt grobunn for svært mye samhandlingsfrustrasjon for hjelpere og ansvarlige ledere både i bydel og spesialisthelsetjeneste. Saken hennes har vært på dagsorden i hele prosjektperioden. Saken fikk ingen løsning i løpet denne tiden, om man med løsning mener plassering i varig funksjonell bolig og etter samtykke fra Emine selv.

Ved avslutningen av prosjektets aktive arbeidsperiode var hun fremdeles bostedsløs og tvangsinnlagt i psykiatrisk sykehus. Hun ble vurdert som ferdig behandlet og ville selv ikke være innlagt lenger. Men i mangel av egnet bosted ble tvangsvedtaket opprettholdt. Behandlingsansvarlige vurderte det som ikke faglig forsvarlig å oppheve tvangsvedtaket, fordi hun da ville hatt adgang til selv å skrive seg ut til "gata" eller lavterskel hybelhus. Hennes helsetilstand ville ikke tåle det. Emine har alvorlig psykisk lidelse, alvorlig ruslidelse, alvorlig kognitiv svikt og flere somatiske lidelser. Helsetilstanden har vært jevnt synkende de siste årene. Hun kan være rasende og vanskelig å håndtere når hun bruker amfetamin, noe hun gjør når hun ikke er innlagt i sykehus. Emine bruker også heroin og benzodiazepiner. Når hun er rusfri, kan hun være både en hyggelig dame og en litt mindre hyggelig en. Under sykehusoppholdene fremstår hun som oppmerksomhetstrengende og har behov for veiledning og oppfølging i det meste hun skal foreta seg. På mange måter minner hun om en jente i barneskolealder og skårer også deretter på kognitive tester.

Emine har få nære relasjoner - egentlig ingen utenom sine foreldre og da spesielt mor. Hun er derfor avhengig av at bostedet ikke ligger så langt unna mor at opprettholdelse av kontakt blir vanskelig. Samtidig har Emine en relasjon til rusmiljøet i Oslo sentrum. Andre kan mene sitt om nytteverdien av en slik relasjon, men for Emine er den reell. Som voksen har hun kun denne referansen til det å tilhøre et miljø. Hun blir gjenkjent og hun kjenner de sosiale kodene. Emine har brukt rusmidler siden hun var et barn og er ikke en del av et kjent fellesskap i den "normale" del av samfunnet. Det er kanskje derfor det er viktig for Emine å ha mulighet til å oppsøke et miljø hvor hun opplever sosial mestring og en slags relasjon til fellesskapet. Her finner hun også kjærester som hun flytter sammen med for kortere perioder. Siste tilbud fra bydel er en omsorgs- og rehabiliteringsinstitusjon utenfor byen. Dette avviser hun bestemt, hun har vært der og vil ikke tilbake. Naturligvis kan dette ha noe med tilgang på rusmidler å gjøre, men det kan også tenkes det har med en følelse av tap av fellesskap å gjøre. Selv sier hun at hun følte seg utenfor i institusjonen fordi de andre var det hun kaller "flinkere" enn henne. Hun syntes ikke hun passet inn med de andre beboerne. Emine rømte derfra og har siden nektet å komme tilbake.

*"Jeg vil ha min egen leilighet med nøkkel, sånn som er vanlig", sier Emine. "Men det må komme noen innom for se at det går bra. Ikke noen som kommer utenfra for å snoke, men en sånn som jobber i gården. ....Sånn som Knut (en bekjent og tidligere pasient på TEDD) har det der han bor."*

Emines dramatiske liv og bohistorie, og de paranoide tankene, gjør det å ta imot nødvendig booppfølging til et kritisk punkt for vellykket boligløsning. Hun ønsker den verdighet som følger med det å være en leietaker, men innser i gode øyeblikk at hun trenger bistand for å beholde en leilighet. Hjelpen er i sin tur nødt til å være bygget på solide relasjoner, noe hun signaliserer som mulig om booppfølgingen utføres av ansatte tilknyttet bostedet. Personer som ikke bare oppsøker henne, men som også hun kan velge å oppsøke om hun trenger det.

## **9.5 Oppsummering**

Om vi tar utgangspunkt i rapporten *Når bolig ikke er nok* (Jenset, 2010), er det 178 personer i Oslo med behov for bolig med tilknyttet personell. Av disse har ikke *alle* behov for

døgnbemanning, slik at det er et relativt begrenset antall mennesker med behov som krever slike løsninger.

Selv om løsningene for de seks informantene som her er beskrevet, i noen tilfeller kunne vært bedre, ser vi likevel at *Normaliseringsmodellen* fungerer best for dem. Informantene oppfatter oppfølging som følger med en leiekontrakt, som mindre stigmatiserende enn omsorg i institusjon. Forutsigbarhet og varighet fremheves som nødvendige dimensjoner for å lykkes med å bo, noe normaliseringsmodellen ivaretar. I *Kjedemodellen* er målet å forberede seg til en "selvstendig" til værelse i egenbolig, men midlertidigheten som følger av dette målet, er vanskelig for pasientene på grunn av de sammensatte lidelsenes art. Folk er likevel forskjellige, og mangfold ivaretar individuelle forskjeller og endringer. Det er uansett viktig å ha mulighet for å ta i bruk flere typer boligløsninger, slik at valget kan begrunnes ut fra individets faktisk behov, heller enn ut fra mer tilfeldig tilgjengelige tiltak.

## 10 HJELPERNE

*"Når jeg nå har gått gjennom sakene, slår det meg at i enkeltsakene og i det faglige arbeidet rundt personene opplever vi samarbeidet som godt og at vi får til ting."*

Enhetsleder ved DPS Vinderen om samarbeidet med bydelene.

Ansatte i bydel og spesialisthelsetjeneste samarbeider daglig om de konkrete, faglige oppgavene. Begrepsbruken kan være forskjellig, men det er de samme fenomenene man er opptatt av enten man jobber for stat eller kommune. Det underlige er at vi i saker med pasienter som har noenlunde samme problemer og med bydelsrammer som er noenlunde like, opplever å få til vellykkede boligløsninger i noen saker og ikke i andre. Vi har spurt pasienter og hjelpere om arbeidsmåter og verktøy som *på tross av* hindringer fører til gode løsninger.

Fleksibilitet synes å være viktigste nøkkel mellom pasient og helper, mellom kollegaer og mellom ansatte og systemet de er ansatt i. Jo dårligere funksjon pasienten har desto større fleksibilitet synes påkrevet for å få til en god boligløsning.

### 10.1 Fleksibel pasient-hjelper-relasjon

*"Vi må gi hverandre sjanser begge veier skjønner du, da får vi det til", sier Eva.*

Booppfølger i Evas kvinnekollektiv beskriver seg selv som "bakkemannskap" i stabilitet. Dette er en person som er der i tykt og tynt og i varierende situasjoner, som samtalepartner når livet går opp og når det går ned, som booppfølger i kollektivet, som deltaker på ansvarsgrupper, som turledsager på sommerferie og som besøkende på sykehuset. Men ikke som oppdrager. Denne fleksible måten å arbeide på skaper en trygg allianse mellom helper og beboer. Tillitspersoner som er til stede i ulike sammenhenger, opplever hele mennesket og fungerer som en "oversetter" til og fra den ytre verden når denne oppleves komplisert og påtrengende. I et slikt samspill trer også helperen i større grad frem som hel person, en man kjenner.

## 10.2 Kollegial fleksibilitet

Ordet "raushet" har i prosjektet blitt brukt isteden for fleksibilitet. En booppfølger formulerte det slik:

*"Når jeg opplever at samarbeidspartene gir det lille ekstra, gir jeg det lille ekstra selv også. Det er jo ikke noe særlig å sitte der og være den som er kjipest og gir minst. Det samme tror jeg skjer med beboerne når de oppfatter at vi strekker oss."*

Det er mange eksempler på kollegial fleksibilitet i prosjektet. Her er noen av dem:

Eva har spesielt god nytte av gode relasjoner, men blir ekstra sårbar når relasjoner må brytes. Da Eva etter to år flyttet ut fra ByBos kvinnekollektiv og inn i egen bolig, fulgte booppfølger fra kollektivet med "på lasset", for en tid. Det samme gjorde andre av Evas hjelpere. Hjelpernes nye funksjon var å bruke egen relasjon som brobygger for Eva og hennes fremtidige hjelpere. Nytt og "gammelt" hjelpernettverk hadde tett kontakt, både når prosessen gikk frem og når den gikk noen skritt tilbake og det oppsto alvorlige kriser i Evas liv. Slik skapt nye virksomme allianser. Overgangsperioden varte i ett år.

Even hadde etter fjorten måneder innleggelse på TEDD endelig fått vedtak på individuelt tilpasset bolig. Boligtiltaket var nyopprettet og ennå var ikke alt personale på plass. Ruskonsulent fra bydel og miljøterapeut, psykolog og prosjektmedarbeider fra TEDD ble da enige om å supplere booppfølger en tid, slik at Even fikk flytte inn. Personalet fra TEDD "oversatte" Evens reaksjoner og atferd til nytt personale i boligen. De visste hvordan lidelsene artet seg som hindringer i daglige gjøremål, og hva som skulle til for å kompensere. Samtidig kunne de også formidle Evens evner og ressurser.

I Henriks sak har booppfølger fra bydel, primærkontakt fra Lassonløkken og ansatt fra TEDD, fordelt praktiske oppgaver i forbindelse med Henriks innflytting i kommunal leilighet. Hjelperne har sammen og hver for seg fulgt med til handling på IKEA, hentet sofa utenbys, hatt planleggingsmøter på kafé, Lassonløkken, TEDD og i den nye leiligheten. Hvem som har utført oppgavene har blitt fordelt etter hjelpernes tilgang på tid og relasjon. Dette har vært en god måte å samhandle på. Hjelperne har blitt bedre kjent. De har fått mulighet til å observere hvordan "de andre" jobber og hvilke rammer de har å forholde seg til. Hjelperne snakker nå i større grad samme språk og behøver ikke forklare så mye til hverandre. Arbeidsmåten har en overføringsverdi til liknende saker.

### 10.3 Fleksibilitet på systemnivå

I disse sakene er det også utvist høy grad av fleksibilitet på systemnivå. Økonomisk og organisatorisk har bolig, bydel og spesialisthelsetjeneste tøyet de rammer som vanligvis gjelder. Den kollegiale fleksibiliteten som beskrives ovenfor vedrørende Even og Eva, hadde blitt betydelig redusert om ikke systemene hadde vært fleksible og lederne hadde gitt rammer og økonomi som skal til for at man kan jobbe samtidig og sammen i en overgangsperiode.

Da Even flyttet til en ByBo-bolig utenfor sin opprinnelige bydels grenser, men fortsatt var den opprinnelige bydelens ansvar, fikk boligkonsulent ved bestillekontoret problemer med å få innvilget nødvendige hjemmetjenester til Even. Vanskene bestod i at Even hadde flyttet til en bolig utenfor bydelens geografiske område, mens tjenesten var fortsatt den opprinnelige bydelens ansvar. Hjemmetjenesten hadde ikke opprettet systemer som ivaretok slike forflytninger. Det ble uklart hvilken bydel som skulle betale for tjenestene og om hjemmehjelperne kunne pålegges å reise til en annen bydel for å utføre tjenestene. Boligkonsulenten overbeviste eget system om å få dekket både den praktiske og økonomiske hjelpen inntil uoverensstemmelsen med mottakerbydel var overkommet. Mottakerbydelen overtok til sist det praktiske arbeidet mens opprinnelsesbydel godtok å betale regningen. I dette arbeidet var samarbeidet mellom ruskonsulent og boligkonsulent avgjørende. Ruskonsulent hadde kjent Even i flere år og var overbevist om at akkurat denne boligen gav den riktige løsningen, og at hjemmehjelp var nødvendig allerede ved innflytting. Hennes faglige vurdering og kjennskap til Even var gull verd som argument for boligkonsulenten.

En annen hindring var Evens motvilje mot å flytte inn i leiligheten. Han brukte meget lang tid på å bestemme seg for å ta imot tilbudet, og leiligheten ble stående tom. Bydel, ByBo og TEDD inngikk da et økonomisk spleiselag for å holde av leiligheten inntil Even hadde bestemt seg. ByBo godtok noen måneder med tomgangsleie, TEDD sa seg villig til å la Even være innlagt lenger enn planlagt, og bydel betalte husleie til tross for at Even ennå ikke hadde signert husleiekontrakt. Etter lang tids vurdering og gradvis overgang bestemte Even seg til slutt for å flytte inn.

Et tilsvarende spleiselag fant også sted da Kjell skulle flytte inn i sin bolig. Kjell og Even tilhørte hver sine bydeler, men i begge tilfeller valgte man å tilpasse generelle regler ved å fokusere på individuelle behov og tilpassede løsninger med langsiktig gevinst fremfor kortsiktig "regelstyring".



#### **10.4 "Samsnalking" - å være der alle de andre er**

Informantene i dette prosjektet ønsket at hjelperne i enda større grad informerte hverandre og snakket sammen om deres situasjon. Slik "samsnalking" kan utføres på mange vis og mange arenaer. Telefonsamtaler for å spørre og fortelle om både fremgang og tilbakegang, er virksom samsnalking. Møter uten pasienten er like viktig å gjennomføre som ansvarsgruppemøter. Her kan man ta opp uenigheter og organisering og diskutere kreative forslag til løsninger. Ansvarsgruppen er hovedsakelig pasientens arbeidsredskap. Samarbeidsmøter er hjelpernes eget redskap.

Ved samsnalking får hjelperne en relasjon så vel til hverandre som til pasienten. Det gjør terskelen lav for hjelperne i forhold til å kontakte hverandre om det er noe de lurer på eller vil informere om. På denne måten vil hjelperne til enhver tid være både der pasienten er og der samarbeidspartnerne er. Dette fritar pasienten for gjentatte forklaringer og misforståelser.

#### **10.5 Aktiviteter**

Aktiviteter er et kjent virkemiddel for å bygge relasjoner. Dette gjelder i det alminnelige liv generelt, og det har stor betydning spesielt hvor dette prosjektet har sitt fokus, nemlig ved etablering av kontakt med nye hjelpere i forbindelse med innflytting i ny bolig. Når man gjør noe sammen, enten det er handling, innredning, matlaging, skitur eller kunstmaling, blir man kjent på flere plan enn i møter og terapisaamtaler. Også for prosjektmedarbeider har dette vært en døråpner til relasjon til informantene. Felles innsats overfor alle praktiske gjøremål i overgangen fra institusjon til bolig, gir gode vilkår for relasjonsbygging mellom hjelper og pasient/beboer. Hjelperne blir også kjent med hverandre og kan danne et bedre nettverk rundt pasienten etter utskriving.

Ved å delta i praktisk arbeid der pasienten skal bo, i samarbeid med ansatte fra bydel og bolig, har ansatte fra TEDD fått bedre forståelse for det arbeid som utøves utenfor sykehusets mer forutsigbare omgivelser. Tidligere skepsis overfor andre fagutøveres metoder er ikke lenger så tydelig og dette bidrar til at arbeidet for "sømløse" overganger fungerer bedre.

## 10.6 Informasjon og informasjonsansvar

Bydelene oppfordrer TEDD til å benytte samtykkeerklæringer fra pasienter for å få informasjon og opplysninger fra sosialtjenesten. Ved innleggelse i sykehuset kan man på denne måten få informasjon om pasientens bolighistorie, for eksempel via sosialrapport. Det er erfaringsmessig ikke selvsagt at sykehuspersonalet etterspør dette. De arbeider i en kultur hvor behandling av psyke og kropp forgår her og nå, og ikke i forhold til tidligere bohistorie. Det er også ønskelig for NAV å komme i dialog fra starten av innleggelsen, særlig i forhold til bolig og økonomiske ytelser. Ved å undersøke hvilke tiltak som bydelen har muligheter til å tilby, før man snakker med pasienten, kan dobbeltarbeid og urealistiske forventninger i større grad unngås. For å få flyt i informasjonssamarbeidet gir man opplysninger samarbeidspartneren kan ha nytte av, uten å forvente å bli spurt først. Forhold man ikke er klar over kan være viktige, vil man jo heller ikke etterspørre.

I løpet av behandlingen på sykehuset bør bydelens ulike oppfølgingstjenester jevnlig informeres og innkalles til møter, slik at de tidlig kan begynne å planlegge oppfølgingstiltak. Det gjelder ofte for NAVs sosialtjeneste, men også instanser som behandler søknader om oppfølging og tilrettelegging i hjemmet. Vår erfaring er at personer som skal vurdere behov for oppfølging etter utskrivning, må inn i samarbeidet mye tidligere enn i dag. Personlig kjennskap til pasienten øker forståelsen for kompleksiteten i disse sakene og gjør det enklere å ta gode avgjørelser før pasienten etableres i boligen. Ved utskrivning til bolig med oppfølging må personalet i boligen være involvert og informert lang tid i forveien. Får man til et godt samarbeid om disse tingene, går overgangen ved utskrivning stort sett bra.

Også mellom avdelinger som befinner seg i samme organisasjon kan tettere kontakt med pasienten under behandlingsforløpet styrkes. Enhet for ambulant samhandling (EAS) er DPS Vinderens forlengede arm ut i boliger og bydeler. Avdelingen har en spesielt viktig funksjon nettopp i overgangen mellom utskrivning fra sykehus og etablering i bolig. EAS og TEDD samarbeider allerede, og ansatte fra begge avdelinger oppfatter at dette samarbeidet kan styrkes ytterligere.

Taushetsplikt på tvers av nivåer og avdelinger har ikke vært til nevneverdig hinder for samarbeid i prosjektet. Pasientene har i hovedsak imøtesett hjelpenes informasjonsflyt og gitt samtykke til at opplysninger deles.

## 10.7 Kognitiv svikt i praktisk hverdag

Utredning av kognitive funksjoner gjøres i spesialisthelsetjenesten. Formålet er å forstå hva man kan og ikke kan forvente av pasientene, og hva som kan gjøres av oppfølging i boligen for å kompensere for svikten i ferdigheter. Dette kan også være et godt redskap for bydelens søknadskontor når de skal vurdere søknad om oppfølging og hjelpemidler. Resultatene kan anvendes utenfor sykehusets vegger såfremt følgende betingelser er tilstede:

- Utredningen munner ut i en rapport hvor resultatene, i tillegg til å være beskrevet og tolket, også inneholder vurdering av hva svikten vil medføre av vansker i dagliglivet, og derav konkrete tiltak for tilrettelegging.
- Pasienten har et sted å bo slik at arbeidet med å løse oppgavene kan utføres på et egnet sted.
- Personalet som skal bistå pasienten med å utføre tiltakene i boligen, er tilstede over tid.
- Spesialisthelsetjenesten formidler kunnskapen til ansatte i bydel og i boligtiltak ved kunnskapsoverføring gjennom fysisk tilstedeværelse og praktisk samhandling.

I Evens tilfelle har personalet i boligtiltaket fått informasjon om hva hans psykoselidelse og kognitive svikt innebærer for daglig funksjon, hva de kan forvente eller ikke forvente av ham, og om hvordan de kan kompensere der det svikter. På denne måten får boligtiltakets ansatte konkrete arbeidsredskap. Bydelene etterlyser mer av denne måten å samhandle på.

## 10.8 Gradvis utskriving fra sykehus til bolig

For de fleste pasientene i prosjektet har gradvis utskriving til bolig vært nødvendig for å få en god overgang. Bydelen har da i en periode betalt for leilighet og oppfølgingstjenester mens pasienten fortsatt er innlagt i sykehus, og pasienten beholder sykehusplassen og får behandling og oppfølging mens han/hun gradvis er mer og mer i boligen. Dermed kan "rett behandling på rett sted til rett tid" noen ganger bety at det rette stedet er på *to* steder til *samme* tid. Kravet til faglig forsvarlighet overstyrer i slike tilfeller kortsiktige økonomiske merutgifter. Og det virker!

Kjell startet med å være i leiligheten sin noen timer på dagtid med følge av personalet. Deretter ble dette utvidet til uten følge og over flere timer. Etter hvert overnattet han alene i leiligheten en natt eller to, for så å returnere til TEDD. Til sist flyttet Kjell inn i leiligheten. I en fire måneders lang overgangsperiode fikk hjelperne tid til å organisere riktig tilpasset oppfølging som var på plass og fungerte i det Kjell ble utskrevet fra sykehuset. Kjell fikk på

denne måten vennet seg til ny tilværelse og nye hjelpere før han måtte klare seg på egen hånd. Han har vært leietaker tidligere. Forskjellen denne gang er den "sømløse" overgangen fra institusjon/sykehus til bolig hvor riktig og tilstrekkelig oppfølging er på plass fra første dag.

## 10.9 Reinnleggelser

Noen av informantene har hatt avtale om mulighet til å legge seg inn på TEDD igjen ved behov. Flere av dem har benyttet muligheten når behovet for å stabilisere psykisk helsetilstand oppstod, eller ved ukritisk rusmiddelbruk. Andre har fortalt at de valgte å stå over eller utsette innleggelsen fordi vissheten om at muligheten var tilstede gjorde det lettere å håndtere sykdomstegnene på egen hånd. De som valgte innleggelse, gjorde det i større grad frivillig - til forskjell fra tidligere, hvor innleggelsene hadde skjedd ved tvang. Dette er til fordel for alle parter; for spesialisthelsetjenesten betyr frivillig, forebyggende innleggelse ofte raskere behandling med færre liggedøgn, for pasienten ivaretas brukermedvirkning og verdighet, og for ansatte i bydel og bolig reduseres antallet kriser og ad-hoc løsninger.

## 10.10 Ansvarsgrupper og Individuell plan (IP)

*"Ansvarsgruppen fungerer bra når jeg vet hvorfor vi har den, når de som er der kan jobben sin og gjør det de sier de skal gjøre. Og så må det ikke være så mange."*

Henrik

Pasienter og hjelpere fremhever ansvarsgruppe som uunnværlig redskap såfremt:

- Gruppen har tydelige mål, som alle medlemmene i gruppen er enige om.
- Gruppens sammensetning vurderes løpende slik at deltakerne hele tiden har en funksjon, i gruppen som bidrar til at pasienten når sitt mål.
- Antallet personer i gruppen ikke er for høyt.
- Deltakerne i gruppen har mandat fra egen ledelse til å kunne ta beslutninger.
- Det er enighet om hvem som er koordinator og hva koordinators oppgaver er.

De fleste personene med dobbeldiagnose har behov for koordinerte og sammensatte tjenester. Erfaringene våre er at svært mange likevel ikke har (oppdatert) Individuell plan (IP) ved innleggelsen. Under behandlingsoppholdet skrives og oppdateres IP i samarbeid med bl.a. sosialtjenesten og øvrige deltakere i ansvarsgruppen.

Flere av pasientene i prosjektet oppfatter også sin Individuelle plan (IP) som et godt arbeidsredskap. Per Ivar betegner sin plan som "huskeliste". Han sier den virker best når den er kort slik at han raskt kan få oversikt over hvorfor deltakerne i ansvarsgruppen er der, hvor de jobber og hva de, og han selv, skal utføre av oppgaver til neste møte. Henrik legger til at planen må være hyppig oppdatert, ellers virker den mot sin hensikt.

Både bydel og spesialisthelsetjeneste er pålagt å opprette individuell plan, men det er ikke hensiktsmessig å ha to på en gang. Er pasienten innlagt i sykehuset over lang tid er det naturlig at koordinering av ansvarsgruppe og oppdatering av individuell plan legges dit. Når pasienten utskrives, er det bydelen som må overta ansvaret. Det viktigste er i alle tilfeller at alle i gruppen er *enige* om nytteverdien av organiseringen.

### *IP - og rettigheter*

Det er en utfordring at IP ikke er retningsgivende for de tjenestene som faktisk tilbys fra bydelen. Våre erfaringer er at IP ikke er aktivt styrende for bydelens prioriteringer. Det er pasienten egne ønsker som skrives i IP. Spesialisthelsetjenesten utreder og begrunner hjelpebehov. Våre erfaringer er at bydelene selv vil foreta sine egne vurderinger og tilby tiltak ut fra dette. Når konkrete tiltak som bolig og oppfølging ikke er tilgjengelige, eller det ikke er økonomiske rammer i bydelene til dette, vil man vurdere å tilby andre, billigere løsninger. Noen ganger er det nærliggende å tenke at man da vurderer behov ut fra de tiltak som faktisk er til rådighet.

Vi ser behov for å styrke kommunens plikt til å utarbeide / oppdatere IP, være koordinator og følge opp brukerens behov. En plikt til å begrunne vedtak opp mot pasienten IP, ville kunne være et skritt på veien mot å styrke pasientens rettigheter til tjenester som er forankret i Individuell plan.

### **10.11 Boliggruppe som arbeidsverktøy?**

Sykehuspersonalet kan innkalle sentrale hjelpere til boligarbeidsgruppe like etter pasientens innleggelse for å arbeide frem et felles skriftlig forslag til boligløsning. Ved å møtes jevnlig med dette som fokus vil fagfolkene kunne komme til en enighet om bolig og oppfølging *før* det krevende overføringsarbeidet fra sykehus til bolig skal finne sted. I prosessen vil eventuell forutinntatthet og forventninger til den andre part justeres. Til sist er det selvsagt bydelens beslutningsrett som avgjør hvilket tiltak man innvilger. Er tilbudet i tråd med

fellesfaglige vurderinger er det bra. Blir det ikke slik, har pasienten noe håndfast å vise til ved eventuell klage på endelig bolig- og oppfølgingsvedtak. Da har alle parter gjort jobben sin på en ryddig måte overfor pasienten, overfor egen faglig ansvarlighet og overfor samarbeidspartnere.

## **10.12 Kompetanse**

I integrert dobbeldiagnosebehandling utgjør arbeid med bolig en av mange deler i et behandlingsopplegg (Larsen og Berge, 2011). Politiske føringer stadfester bolig som en del av behandlingen og et fundament for vellykket etterbehandling og rehabilitering (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011). Hittil har boligsosialt arbeid ikke vært prioritert i spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra dette prosjektet viser betydningen av kompetanse innen boligsosialt arbeid til vanskeligstilte, både i kommunen/bydeler og i spesialisthelsetjenesten.

### *Utdanning i boligsosialt arbeid*

Prosjektet hatt stor nytte av Husbankens kompetanse innen arbeid med bolig til vanskeligstilte. To av prosjektets medarbeidere har med økonomisk støtte fra Husbanken deltatt i videreutdanning i "Boligsosialt arbeid, Rus og psykiatri". Dette har vært grunnleggende for prosjektets forankring i oppdatert kunnskap på området. Samhandlingsreformens intensjoner forutsetter god kompetanse i alle deler av hjelpeapparatet. Dette er også i tråd med tidligere politiske føringer:

Sosial- og helsedepartementet vil understreke betydningen av at begge sektorene samarbeider om å utvikle hverandres kompetanse. (...) Det er behov for felles kompetanseutvikling (...).

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2001, pt.5.6.siste ledd).

### *Informasjon om boligsosiale virkemidler*

Pasientene i prosjektet er like opptatt av informasjon om bolig og boligvirkemidler som de er av diagnoser og medikasjon. De etterlyser bedre kunnskap om dette i feltet. I og med nye reformer og pasientenes etterspørsel er det nødvendig med slik kunnskap innenfor alle deler av hjelpeapparatet. Det er hjelpernes jobb å være informert og bringe slike virkemidler på

banen, uavhengig av yrke. Også hjelperne i spesialisthelsetjenesten må som et minimum, vite hvilke instanser i kommunen de kan kontakte for å få prosessene i gang.

Aina, som nå har kjøpt leilighet ved hjelp av startlån og boligtilskudd, påpeker dette spesielt. Hun kom over Husbankens virkemidler på egen hånd og fikk god bistand fra sine hjelpere etter dette. Men det var mye annet hun også skulle bruke krefter og energi på i denne perioden. Om hjelperne hadde vært bedre informert, kunne mange spekulasjoner og bekymringer vært unngått.

### *Gjensidig undervisning*

*"Jeg synes vi har tilstrekkelig mange og gode møtepunkter med spesialisthelsetjenesten. De har lagt til rette for at vi skal kunne benytte oss av kurs og opplæring i regi av DPS. Vi kan nok selv organisere oss bedre slik at i får utnyttet det på en bedre måte. Sosialtjenesten har nok også behov for å benytte seg av dette, men jeg tror de har færre muligheter til å få gjort det."*

Psykisk helsearbeider i bydel.

Ansatte i ByBo har mottatt felles undervisning fra TEDD om psykoser og kognitiv svikt og hvordan forholde seg til dette når man arbeider i en bolig. De ønsker mer av dette. Ansatte i bydelene ytrer blant annet ønske om opplæring i hvordan foreta motiverende intervju og hvordan håndtere atferd som følge av kognitiv svikt, personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser.

Opplæring til personer som skal følge pasientene utenfor sykehusets vegger, ivaretar samhandlingsreformens krav til "Rett behandling - på rett sted - til rett tid" (St.meld. nr.47 (2008-2009), 2008). Det ligger et ansvar på ledelsen både i bydel og DPS i å gi aksept til å prioritere tid til å organisere dette. Likeledes har bydelens ledelse et ansvar for å tilrettelegge for sine ansatte slik at de kan få anledning til å ta imot opplæringen. Dette krever samhandling også på ledelsesnivå.

### *Gjensidig hospitering*

Ansatte i det kommunale systemet og i de ideelle organisasjonene har i alle år håndtert personer med dobbeldiagnose, også før denne betegnelsen var oppfunnet. Man har prøvet og feilet og lært ved utvikling av teori og av erfaring. Det finnes mye kunnskap om hvordan håndtere pasientgruppen utenfor sykehusets vegger. Denne kunnskapen bør spesialisthelsetjenesten få ta del i som kompetanseheving i boligsosialt arbeid. Boligsamarbeidet mellom bydelene og TEDD har i løpet av prosjektperioden fått et større fokus enn tidligere, og personalet har tilegnet seg kunnskap om hvordan ansatte i bydelene arbeider. Likevel er det ikke lett å forstå hvilke avdelinger i NAV som har ansvar for hva og hvilke stillinger som innehar de forskjellige funksjonene i boligarbeidet. Det er heller ikke selvsagt hva de ulike yrkesgruppene i bydel utfører og hvordan det arbeides.

To hospitanter fra TEDD tilbrakte en uke hver i to ulike bydeler for å bli kjent med det boligsosiale arbeidet og hvordan NAV-kontorene er organisert. Terskelen for å kontakte NAV er senket adskillige hakk nå som hospitantene vet hvilken avdeling, hvilken funksjon og noen ganger også hvilken person, de skal spørre etter. Hospitering er et godt samhandlingsverktøy mellom bydeler og spesialisthelsetjeneste.



## 11 RAMMER

Stabilitet og varighet i bosituasjonen kombinert med individuelt tilpasset oppfølging, er nøkler til funksjonelle boligløsninger. Fagpersonell fra kommune, ideelle aktører og spesialisthelsetjenesten har kunnskapen som skal til for å utføre oppfølging og behandling. Men ytre forhold som ikke har med fagfolkens samarbeidsvilje å gjøre, skaper hindringer for stabilitet og tilrettelagt oppfølging. Dette gjelder spesielt i de mest samhandlingskrevende sakene. Vi vil peke på noen av disse strukturelle hindringene.

### 11.1 Varig bolig

Hvis man med varig bolig mener en bolig hvor beboer kan bo til evig tid, er det egen eiet bolig som kommer nærmest betegnelsen. Det er ikke mange av pasientene med dobbeldiagnose som oppnår dette. Privat leie er ikke varig, og kommunal utleiebolig er kun varig så lenge man har leiekontrakt, vanligvis tre til fem år i Oslo. Fornyelse av kontrakten avhenger av hvordan tidligere leieforhold er forvaltet, og mislighold av husleie og bråk forkommer ofte som hindringer. Erfaringene fra prosjektet viser at dobbeldiagnosepasienter blir tilbudt opphold i rehabiliteringsinstitusjoner eller omsorgssenter for personer med rusmiddelproblemer i mangel eller påvente av varig bolig. Men dette er ikke varig bolig, det er institusjoner med tidsbegrensede avtaler med den enkelte "beboer".

Bolig med husleiekontrakt og tilknyttet oppfølging har vi sett fungerer godt. Det er i hovedsak ideelle organisasjoner som drifter slike boligløsninger i Oslo. Oppfølgingen oppleves kostbar for bydelene, ikke fordi de er dyrere enn liknende tiltak for andre vanskeligstilte grupper, men fordi de finansieres via budsjettposter hvor det ikke er tatt høyde for utgifter til denne klientgruppa. Dels gjelder dette sosialbudsjettene, dels erfarer vi at våre pasienter "konkurrerer" med eldre og fysisk funksjonshemmede om tildeling innenfor stramme omsorgsbudsjetter. Likevel velger bydelene å benytte tiltakene i noen tilfeller. Dels fordi det ikke finnes noe alternativ, men i hovedsak fordi måten tiltakene drives på, gir den fleksible tilpassing til individet som er nødvendig. Men, behovet for varighet er vanskelig å ivareta også for de ideelle aktørene, så lenge konkurranseutsetting og anbudsregler styrer bruken av boligtilbudene.

## 11.2 Hjem på anbud

Oslo kommunes behov for boligtiltak med oppfølging legges ut for anbud, og aktørene konkurrerer i et marked ut fra pris og kvalitet. Organisasjonene som vinner anbudet får tilsagn om drift for tre til fem år. Når årene er omme, starter nye anbudsrunder. Det er personer med store omsorgsbehov som bor i denne typen boligtiltak. Om en annen organisasjon enn den leietakeren opprinnelig inngikk leiekontrakt med, vinner anbudet, vil leietaker miste sin bolig og hjelperne i boligen. Varigheten og stabiliteten er dermed truet hvert tredje til femte år.

Så er det slik at menneskers livssituasjon ikke følger kommunens anbudsintervaller. Det dukker nå og da opp personer med behov som ikke kan dekkes av de tiltak som har vunnet innværende anbud. Bydelen har i slike situasjoner ikke anledning til å bryte anbudsavtalen ved å benytte seg av andre tiltak. Forretningsavtaler går dermed foran omsorgsbehov, noe som setter fagansvarlige hjelpere i svært vanskelige konflikter. Hvor skal lojaliteten ligge? Hos arbeidsgiver og systemet denne representerer eller hos pasienten og vurdering av faglig forsvarlighet?

Anbudssystemet virker også negativt på brukermedvirkning. Selv om pasientene vet at det eksisterer boligløsninger som kan passe for dem, kan ikke bydelen innfri ønsket på grunn av allerede inngåtte anbudsavtaler.

Taushetsplikts regler kan også bli tøyd i slike saker. Utredning utført for Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) (2011) viser at det er vanskelig for kommunene å ivareta kravene i anskaffelsesforskriften, uten at taushetsplikten brytes.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har i brev til Helsetilsynet av høsten 2011 tatt opp anskaffelsesreglementet:

Vi er av den oppfatning at regelverket om offentlig anskaffelse står i motstrid til de hensyn lov omsosialtjenester skal ivareta der bolig – og omsorgstjenester ytes til mennesker med særlige behov. (Fylkesmannen i Oslo og Akershus, 2011)

Fylkesmannen ber om en klargjøring av regleverket, herunder anbud i enkeltsaker og overfor tjenestemottakere som allerede har innrettet seg med bolig og omsorgstjenester over flere år.

Det er allerede mulighet for unntak i Oslo kommunes anskaffelsesreglement, men ut i fra vår erfaring skal det mye til før unntaksreglene benyttes. Det ser ut til at viljen til å benytte unntakene har en sammenheng med økonomi. Skreddersydde løsninger blir dyrere enn løsninger som allerede er i bruk. Dette vil ramme allerede vedtatte budsjetter, og da må bydelen prioritere. Vår erfaring viser at regelverk og praksis bør endres til brukerens beste.

### **11.3 Bolig som forebygging**

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006 pkt. 4.2.1 presiserer forebyggende tiltak, eksempelvis bolig, som et sentralt virkemiddel for å forebygge psykiske lidelser (St. prp. nr. 63 (1998-2006), 1998). Forebygging anses som bedre ivaretagelse av enkeltmennesket og bedre samfunnsøkonomisk ressursbruk enn kostbar behandling i spesialisthelsetjenesten. Er det lagt til rette for å oppfylle disse forventningene? Vi ser at de mest hjelpetrengende pasientene blir værende for lenge i sykehusavdelingen etter avsluttet behandling fordi det ikke finnes egnede boliger til dem.

Etter åtte måneder på TEDD var Even utredet og behandlet, men ble i mangel av bolig værende på sykehus i ytterligere ti måneder. Mangelen skyldtes hverken betalingsuvilje fra bydel eller mangel på faglig samarbeid, det skyldtes mangel på tilpasset bosted. Etter en tid ble Kirkens Bymisjons ByBo-boliger opprettet. Bydelen anså dette tilbudet som det nærmeste man kunne komme Evens behov, og Even flyttet inn. Som uføretrygdet bekoster han husleie av egen lomme, og oppfølgingstjenesten på ca kr 500.000 pr. år betales av bydelen. Til sammenlikning koster ett døgn på TEDD ca kr 10.000.

### **11.4 Uhåndterlige hindringer i lovverkets gråsoner**

Intensjonen med rusreformen fra 2004 var å styrke helsetjenestetilbudet og helheten i behandlingstilbudet til personer med rusmiddellidelser. (Helsedepartementet, 2004). Behandlings- og hjelpetilbudet ble organisert i to forvaltningsområder; kommunesektor og spesialisthelsetjeneste. De to områdene er underlagt forskjellig lovverk. Kommunal

sosialtjeneste er underlagt Lov om sosiale tjenester og har i henhold til lovens § 3-4 ansvar for å *medvirke* til å skaffe boliger til vanskeligstilte. Det inngår altså ikke en *plikt* til å skaffe varig tilpasset bolig. Spesialisthelsetjenesten er underlagt Lov om spesialisthelsetjenester og er pålagt ansvar for forsvarlig behandling. Etter samhandlingsreformen skal behandling så langt det er mulig foregå der pasienten bor. (St.meld. nr.47 (2008-2009), 2009). Om spesialisthelsetjenesten vurderer at hjemmet ikke tilfredsstillende tilfredsstillende til varighet og tilpasset oppfølging som en forutsetning for å ivareta forsvarlig behandling, hva da? Spesialisthelsetjenesten kan ikke kreve at sosialtjenesten gjør mer enn medvirke til å skaffe en boligløsning. Men hvor i prosessen slutter kravet om forsvarlighet å gjelde?

Bydelen (her: sosialtjenesten og avdeling for psykisk helse) gjør hva de makter for å finne løsninger innenfor begrensede økonomiske rammer, og opplever ofte spesialisthelsetjenestens krav om forsvarlig boligløsning som innblanding i eget ansvarsområde. Det oppstår en konflikt mellom ansatte i spesialisthelsetjenesten og deres oppfatning av hva som kan godtas som "forsvarlig behandling", og bydelens ansatte og deres oppfatning av hva som etter sosialtjenesteloven/kommunehelsetjenesteloven kan godtas som "godt nok". Slike konflikter har ofte blitt synlige i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter gjennom prosjektperioden. Hjelperne befinner seg gjentatte ganger i situasjoner hvor de forventes å håndtere uhåndterlige hindringer som bunner i systemiske årsaker.

## 12 KONKLUSJON

Bosetting av personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse krever god kompetanse og stor fleksibilitet i alle deler av hjelpeapparatet. Et viktig funn er at en tett kontakt med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at kommunen/bydelene skal lykkes i å bosette personer med så lavt funksjonsnivå. Arbeidet er utfordrende på mange nivåer i organisasjonene: Det er utfordrende for de som er i den daglige og nærmeste kontakt med brukeren; behandlere, miljøpersonalet, sosialkonsulenter, ruskonsulenter og saksbehandlere miljøpersonalet, booppfølgere, sosialkonsulenter med flere. Prosjektet har også synliggjort at det er store utfordringer på ledernivå fordi det ofte oppstår behov for å finne smidige løsninger for å tilpasse systemene slik at de er til nytte for disse brukerne.

Fagansatte i stat, kommune og ideelle organisasjoner kan sine respektive fagfelt basert på teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. De vet hva de skal gjøre for å gi pasientgruppen henholdsvis behandling og oppfølging, og samarbeider allerede i overgangen mellom sykehusopphold og bolig når det legges til rette for dette. Samarbeidspartnere i kommunen (bydelene) rapporterer at TEDD har gitt nye muligheter til mange mennesker som tradisjonelt har vært "oppgitt" av de etablerte behandlingstiltakene, og flere har fått en vesentlig bedre livssituasjon. Blant annet er boligtiltak – både beboere og ansatte ved de ulike boligene – helt avhengige av den støtte og faglige oppfølging som TEDD kan tilby. Ulike aktører har strukket seg langt i forhold til å følge opp pasienter som de ellers ikke mente å kunne klare, fordi de vet at de kan støtte seg på sømløse utskrivninger og kortvarige stabiliseringsopphold.

Når en leietaker i ByBos boliger samtidig er pasient ved TEDD, er det nyttig for personalet ved TEDD å vite hvordan ansatte i boligtiltaket arbeider med oppfølging av beboeren. For ByBo gir samarbeidet med TEDD økt kunnskap om alvorlige psykiske lidelser og hvordan forholde seg til dette i booppfølgingsarbeidet.

De praktiske problemene som følger av de sammensatte lidelsene krever stabilitet og varighet i bosituasjonen, kombinert med individuelt tilpasset oppfølging. Behovet for stabilitet og oppfølging øker proporsjonalt med fall i kognitiv funksjon, og for de som har aller sterkest behov, er mangelen på tilpasset bolig prekær. Husbankens boligsosiale virkemidler som startlån og boligtilskudd kan fungere for de best fungerende i målgruppen, men flesteparten av pasientene trenger andre typer virkemidler. I prosjektet har vi registrert en del spenning knyttet til hvem som, i et system med knappe ressurser, har myndighet til å definere pasientenes behov. Er det spesialisthelsetjenesten som har utredet pasienten i tråd med sitt

oppdrag om utredning og behandling? Eller er det bydelen, som sitter på ressursene og som må tilpasse tiltakene etter de ressurser og den økonomi de har de til rådighet? Spenningen i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og bydel har nettopp dreiet seg om dette, og den blir forsterket av at det er stor mangel på både boliger og ressurser til oppfølging. Denne spenningen bunner i systemiske årsaker og hemmer samhandlingen rundt felles faglige utfordringer.

Bydelenes økonomi er en utfordring som i mange saker hemmer gode løsninger. Oppfølgingstjenester i pasientens egen bolig (eiet eller leiet) finansieres i de fleste bydeler av sosialhjelpsmidler og oppfattes som dyrt for bydelene. Oppgaven skal løses innenfor det samme budsjettet som har ansvar for akutt økonomisk sosialhjelp. De skal konkurrere med andre akutte behov om prioritet, oppmerksomhet og midler; f.eks. økt behov for midler til arbeidsledige i kjølvannet av finanskrisen. Alternativet er bo- og omsorgstjenester i institusjon. Pengene til dette ligger innenfor de samme budsjettpostene som midlene til lovpålagt omsorg for gamle og syke. Også her erfarer vi at pasienter med alvorlig psykisk lidelse, med eller uten rusmiddelproblemer, kommer nederst på prioriteringslisten. Ofte opplever vi at sosialtjenesten ønsker å "bosette" våre pasienter innenfor Rusmiddeletatens ulike rehabiliterings- eller omsorgstiltak for rusmiddelavhengige. Dette er langt billigere for bydelen, som har valgt dette for flere av informantene.

Individuell plan (IP) bør utformes så konkret som mulig for å synliggjøre brukerens faktiske konkrete ønsker og hvilken type bolig og hvilken hjelp oppfølgingstjenester han/hun trenger. IP bør også i langt sterkere grad være forpliktene for myndighetene som fatter vedtak i de aktuelle sakene. En måte kan være at det henvises til IP i begrunnelsene for vedtakene.

#### *Varig og trygg bosituasjon*

For pasienter med dobbeldiagnose, som er blant de mest vanskeligstilte, er det overordnet viktig at de får en *stabil, varig og trygg* bosituasjon. De trenger bolig før, under og etter behandlings- og rehabiliteringsopphold. Boligtiltak som faller inn under den såkalte normaliseringsmodellen etter metoden *Fast bolig først (Housing first)*, har virket mest hensiktsmessig for pasientene i dette prosjektet.

Boligen skal være "varig" i den betydningen av at det er beboer som selv bestemmer om han/hun vil flytte. Dette ivaretas ikke i dagens rehabiliteringssenter og bo- og omsorgssenter med generelle begrensninger i botid. Og boliger skal ha leieforhold som er regulert i henhold til Husleielovens bestemmelser, slik det er for alle borgere i dette landet. Det er behov for

ulike boliger, med ulik, i betydningen "individuell tilpasset", oppfølging i bolig.

Hovedutfordringen er at tilbudene mangler. Oslo trenger flere kommunale boliger, spesielt erfarer vi mangelen i "våre" bydeler: Frogner, Ullern og Vestre Aker. I Frogner bydel er andelen kommunale boliger det laveste i hele Oslo, og det er svært lavt i forhold til etterspørsel og behov (Oslo kommune, bydel Frogner, 2009). Vi opplever at det er lite politisk anerkjent at det er nødvendig med differensiert boliger, individuell støtte og oppfølging. Ut fra prosjektets erfaringer ser vi det som viktig med en bedre lovfesting av det kommunale ansvaret for å skaffe boliger til vanskeligstilte.

Vi ser behov for utvikling av tiltak som kan bidra til at de mest vanskeligstilte kan få eie sin egen bolig, idet vi tenker at boforholdet dermed blir forutsigbart, varig og trygt innenfor de rammene som beboeren selv ønsker. I tillegg er behov for et differensiert leiemarked der også kommunen har gode og ulikt utformede boliger. Christie et al. (2010) skriver i en kronikk i Dagsavisen: "Det må være ett av de første krav til en kommune at den tar vare på innbyggers rett til å bo. Kommunene må bli store, trygge og ansvarlige huseiere." (Christie et al., 2010). Ut fra våre erfaringer ser vi det som viktig å få en sterkere lovfesting av kommunens ansvar for å skaffe boliger til vanskeligstilte.

Samtidig som ansatte i kommune, bolig og spesialisthelsetjeneste må fortsette å samarbeide for fleksible løsninger innenfor de rammer og midler de har til rådighet, har spesialisthelsetjenestens ledelse en oppgave i å formidle pasientgruppens boligbehov fra et behandlingsperspektiv. Ikke som en og en enkeltsak når det stormer som verst, men som bekymring for en hel gruppe pasienter. Bydelens ledelse kan da, i tillegg til egen vurdering, også nyttiggjøre seg spesialisthelsetjenestens vurdering av bolig- og oppfølgingsbehov for pasientgruppen, i arbeidet for å øke satsingen på boligtiltak for denne gruppen. Ved å fokusere på fleksibilitet, samt dele metoder og arbeidsverktøy som allerede er i bruk, har man i prosjektet kommet frem til løsninger til tross for hindringene. Disse arbeidsmåtene bør videreutvikles. For å få det til må organisering av samhandlingen forankres og anerkjennes i ledelsen både i bydeler og i spesialisthelsetjeneste.

*Rom for alle – en boligpolitikk for framtiden* (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011) vil bidra til økt oppmerksomhet og faglige drøftinger omkring boligsosialt arbeid med vanskeligstilte på boligmarkedet. Vi håper at erfaringene fra *Min bolig – Mitt hjem* vil bidra inn i det viktige arbeidet med skape et hjem og et rom for alle.

### 13 ETTERORD - Og hva skjedde senere?

I løpet av sommeren fikk *Emine* tilbud om bolig i et av ByBos bofelleskap, med 40 timer booppfølging pr. måned. Hun takket ja, og det ble jobbet tett med sykehus, bydel og booppfølgingstjenesten om planlegging av overgangen til egen bolig. I det rapporten avsluttes er hun fortsatt rusfri, driver med sine hobbyer og har vært på ferietur med mamma. Sett fra behandlernes side er dette en helt utrolig utvikling for en dame som ikke har bodd stabilt på mange, mange år. Men hun trives ikke. Hun ruser seg ikke og synes det er for mye rusing hos naboene, og det er lite miljøaktiviteter. Bolig med oppfølgingstjenester på 40 timer pr. måned var et kompromiss mellom hva man tenkte det var behov for og hva som var mulig å få til sett fra bydelens side. Fagfolkene i ambulant tjeneste fra DPS og booppfølgerne vurderer at oppfølgingstilbudet ikke er tilstrekkelig. Hun trenger en tettere personaloppfølging og et miljø med organiserte aktiviteter, altså en bo- og omsorgsenhet med personal.

*Kjell* var selv svært fornøyd med å flytte inn i egen leilighet, som han hadde søkt om i fire år, og som han fikk etter at pårørende hadde sendt inn skriftlig klage. Han ruser seg innimellom svært mye, men har hatt en evne til å ta seg inn såpass at han ikke har blitt innlagt. Sett fra behandlernes synspunkt er det et ganske bra resultat. Men det er kommet meldinger fra pårørende som uttrykker stor bekymring for hans somatiske og psykiske helse i kombinasjon med stort forbruk av rusmidler. Og deler av oppfølgingstjenestene har mangelfull kontinuitet. Dette kan tyde på at omsorgsnivået er for lavt.

Disse to informantene er eksempler på at man ofte må foreta avveininger mellom hva som er riktig omsorgsbehov ut i fra utredninger og faglig vurderinger, og hva som er mulig å få til i den praktiske hverdagen med mangelfulle ressurser i bydelene. Det blir kompromissets kunst i avveining av hva som er mulig å få med de tiltak og økonomiske ressurser som bydelen kan sette inn.

*Og senere etter dette...?*

Da blir det nye fortellinger og nye historier.

Noen ganger går det veldig bra, noen ganger bedre enn forventet og i alle fall bedre enn før.

Men noen ganger går det heller dårlig – eller ikke bra i det hele tatt. Da får vi håpe at det er mulig å foreta nye vurderinger og gi nye tilbud i tide, selv om det vil innebære høyere kostnader for den kommunale tjenesten i bydelen - eller mer og bedre innsats fra spesialisthelsetjenesten for en ny periode. For pasientene og deres pårørende er omkostningene med mangelfullt behandlings- og omsorgstilbud uten prislapp.



## 14 LITTERATUR

- Bratteteig, M., Hove, I., & Aakerholt, A. (2006). *Rusa eller gal?: Sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Breivik, J.-K., & Ravneberg, B. (2008). *Rom for refleksjon: Kirkens Bymisjon og oppfølging av bostedsløse* (Rokkansenteret Notat 2-2008). Bergen: Rokkansenteret.
- Bydel Frogner. (2009). *Boligsosial handlingsplan Bydel Frogner – NAV Frogner (2009 - 2013)*. Oslo: Oslo kommune, Bydel Frogner.
- Bydel St. Hanshaugen. (2008). *Gode hus for skjeve liv... i Schandorffsgate 4*. (Rapport). Oslo: Oslo kommune, Bydel St.Hanshaugen. Hentet fra <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3444/godehus.pdf>
- Christie, N., Woll, K. M., Magnussen, I., Schei, T., Hoffmann, L., Sandodden, U., & Kløvfjell, S. (2010,10.april). Må bli den store gode utleier. *Dagsavisen*. Hentet fra <http://www.dagsavisen.no/meninger/article481526.ece>
- Dyb, E., Solheim, L.J., & Ytrehus, S. (2004). *Sosialt perspektiv på bolig*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Fylkesmannen i Oslo og Akershus. (2011). *Lov om sosiale tjenester contra Lov om offentlig anskaffelse – avklaring rundt innkjøpsreglementet ved direkte- og enkeltkjøp av heldøgns omsorgstjenester fra private tilbydere*. Brev til Helsetilsynet i Oslo og 25.november 2011.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006* (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk*. (Rundskriv I-34/2001). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen. Pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (Rundskriv I-8/2004). Oslo: Helsedepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte lidelser – Samtidig behandling*. (Høringsversjon). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/horinger>
- Huus, G., Storm-Olsen, B., & Herheim, Å. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud – Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak*. (IS-1554.). Oslo: Helsedirektoratet.

- 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.* (Prosjektrapport). Oslo: Oslo kommune. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.
- Karagøz, E. M. N. (2006). Ekte mannfolk! Historier, rus og psykiske lidelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(3), 276-285.
- Karagøz, E. M. N. (2010). „Hvor lenge skal han bo på TEDD?” Forståelse av bostedsløshet - kontra retten til en varig bolig, et hjem. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(1), 16-25.
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982) *Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)*. Hentet 1.november 2011, fra <http://www.lovdato.no>
- Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS). (2011). *Kjøp av helse- og sosialtjenester til enkeltbrukere.* (KS FoU-rapport). Oslo: Kommunenes sentralforbund.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2011). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden.* (NOU 2011: 15). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Kvaal, B. (2010). *Grete Larsen fikk Godt gjort-prisen.* Hentet 15.november, 2011 fra <http://www.dobbeltdiagnose.no/Artikler/Etter dato/Grete Larsen fikk Godt gjort-prisen>
- Larsen, G., & Berge, T. (2011). Døgnbehandling ved dobbeltdiagnose. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 131(7), 666–667.
- Lauveng, A. (2008). *Unyttig som en rose.* Oslo: Cappelen.
- Lohne, P. (2008). Gjestfrihet på prøve: Erfaringer fra "Seksjon Rus og Psykisk lidelse, ROP-Tøyen". *Impuls tidsskrift for psykologi*, 62(2), 106-116.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Møller, P. (2005). Schizofreni og selvet - eksisterende perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 125(8); 125:1022-1025.
- Olsen, T. (2009, 20.april). Inne i varmen etter år på gaten. *Aften*, ss.6-7.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Hentet 1.november 2011, fra <http://www.lovdato.no>
- Randby, M. (2010). *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer: På vei mot en bedre hverdag.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Rusmiddelstaten. (2011). *Behovsvurdering 2011-2015: Oppsummering av vurderinger gjort i mai-juni 2010.* Oslo: Oslo kommune, Rusmiddelstaten.
- Selvaag, O.H., Nybø, M., & Mæland, M. (2011, 20.april). Vil vi ha glassklokkebyer? *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article4099218.ece>

- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud - Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak.* (Rapport 2008). Oslo: Helsedirektoratet.
- Sosialtjenesteloven. (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)*. Hentet 1.november 2011, fra <http://www.lovdatab.no>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet 1.november 2011, fra <http://www.lovdatab.no>
- Sverdrup, S., Borge, L. Angell, H.O., & Fyrand, L. (2011). *Evaluering av Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD). Resultater fra første fase i en følgeforskning.* (Diakonhjemmet høgskole Rapport 5/2011). Oslo: Diakonhjemmet Høgskole.
- Taksdal, A., Breivik, J-K., Ludvigsen, K., & Ravneberg, B. (2006). *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger.* (Rokkansenteret Rapport 1-2006). Bergen: Rokkansenteret.
- Tsembers, S., Gulgur L., & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumers Choice, and harm Reducion for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*(4), 651-655.
- Ueland, T., & Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser. Et informasjonshefte for personer med psykotiske lidelser, deres familie og venner.* Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Urnes, Ø. (2008). Tilknytningsrelasjonens betydning for psykisk helse. I S. Opjordsmoen, P. Vaglum & G.-R. Bloch Thorsen, (Red.), *Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse.* (2.utg., s.47-67). Stavanger: Hertervig Akademiske.
- Viggen, E. D. (2011). Intelligent liv bak fire vegger. *Fontene, 2011*(11), 6-9.

## 15 VEDLEGG: Kunst på murveggen utendørs på TEDD

Ved Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD) på DPS Vinderen tilbyr man aktiv og strukturert behandling til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Mange er knyttet til avdelingen i flere måneder og planlegging av tiden etter utskrivning er en sentral del av oppholdet. Med det som bakteppet ble bildene til utstillingen "Døren ut av TEDD og veien videre" til.

Publisert onsdag 26. oktober 2011 av [Gunn Spikkeland](#) (Hentet fra: Diagora, Diakonhjemmet sykehus intranett)



Annette Ødegaard og Geir Haakstad er glade for bildene som lyser opp den grå betongveggen. Her fra åpningen.

Tanker og drømmer om livet videre etter TEDD er bakteppe for de åtte bildene som nå stilles ut på TEDD.

Bildene er nå hengt opp på murveggen utenfor kjelleretasjen på TEDD.

**Uttrykksterapi** Hver uke møtes de pasienter som ønsker det i en kunst- og uttrykksterapigruppe. - Der får pasientene anledning til å flytte fokus fra rus og vanskelige tanker til skapende aktivitet der de støtter og ser hverandre gjennom bildet, sier klinisk sosionom og kunst- og uttrykksterapeut Annette J. Ødegaard som leder gruppen.

**Døren** "Dører" har vært tema i gruppen siste året, sier Ødegaard. - Døren ut av TEDD og veien videre derfra. Hvordan ser døren ut og hvor fører den hen? Dette viste seg å bli en viktig metafor for håp og videre liv i egen bolig. - Dessuten henger dette tema også sammen med TEDD's boligprosjekt.

**Håp og livsglede på grå betongvegg** Kunst- og uttrykksterapi er en mentaliseringsprosess, der følelser og tanker bearbeides og tydeliggjøres gjennom uttrykk. Pasientene som har vært med i kunst- og uttrykksterapigruppen ønsker gjennom bilder både å visualisere drømmene de har for livet videre, å legge noe bak seg og å gi noe tilbake til TEDD, som en takk. 15 - 20 pasienter har vært delaktig i å lage bilder og skisser til prosjektet i løpet av de siste ni månedene. Noen av disse fikk vi se stilt ut i gymsalen. Fem pasienter overførte bildemotivene til store lerreter, med murmaling som tåler vind og vær. Med god hjelp av driftstekniker Lasse Pedersen er nå åtte store bilder montert på hvert sitt sett av skinner på betongveggen utenfor kjelleretasjen, som en utsmykning. Bildene lyser opp både for pasienter i gymsalen og på treningskjøkkenet og for personalet som har kontorvinduer ut mot betongveggen. Hvorvidt utstillingen blir varig eller ambulant vites ikke, men bildene kan skiftes ut hvis det ønskes.

**Vernissage** Nylig inviterte de ansvarlige for dette prosjektet til vernissage. Annette Ødegaard, idrettspedagog Geir Haakstad og ergoterapeut Nina Furu har organisert både arbeidet i uttrykksterapigruppene og at bildene nå blir stilt ut som de gjør.

- Bildene både berører og rører oss, sier Ødegaard. - Vi ser mestring, håp og takknemlighet i disse. Og vi ser et fokus og håp for fremtiden, på veien videre etter TEDD.

*- Håpet bærer i seg drømmen om et bedre liv. Når drømmen om en god dør som viser vei visualiseres, forsterkes håpet om at veien kan føre til en permanent bolig hvor jeg kan begynne et annet liv - uten rus. Det å uttrykke seg og mestre å male bilder, pasteller og akvareller, kan være en god erstatning for rus, en måte å holde drømmen fast på: Døren ut av TEDD og veien videre.*





