



En modell for boligfaglig samhandling for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddellidelse

Christine Frantzen, Eli Margrete Nielsen Karagøz og Torkil Berge

Christine.Frantzen@asker.kommune.no

Elimargretenielsen.karagoz@diakonsyk.no

torkil.berge@diakonsyk.no

Personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer er ofte hjemløse. Samtidig er det å ha et sted å bo en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011). Alle trenger en bolig og et hjem for å kunne leve et verdig liv – det skal være rom for alle. Denne artikkelen beskriver en boligfaglig samhandlingsmodell for disse pasientene. Samhandlingsreformens intensjon er at befolkningen skal motta rett behandling på rett sted til rett tid, og at rett sted i større grad skal være i kommunen, der folk bor (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Dette krever at den som skal motta hjelp, faktisk har et sted å bo. Bosetting av personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse krever kompetanse og fleksibilitet i alle deler av hjelpeapparatet. Nær kontakt med spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at kommunen skal lykkes i å bosette personer med et så lavt funksjonsnivå. Arbeidet er utfordrende både for behandlere i psykisk helsevern og i primærhelsetjenesten, saksbehandlere, booppfølgere og sosialkonsulenter. Dette er et krevende felt hvor det ofte råder en opplevelse av frustrasjon, maktesløshet og pessimisme.

Artikkelen bygger på erfaringer fra prosjektet *Min bolig – Mitt hjem*¹, med tre års samarbeid mellom psykisk helsevern og bydeler i Oslo, omkring bosetting av hjemløse pasienter med rop-lidelse, det vil si alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, og ofte også med somatiske lidelser, kognitiv svikt og lavt funksjonsnivå. Disse personene lever ofte en omflakkende tilværelse med opphold hos venner, på gata, i hospits, hos familie, i midlertidige boligiltak eller

på akuttavdelinger og i rehabiliterings- og behandlingstjenestusjoner. I prosjektet gir vi eksempler på godt samarbeid, samtidig som vi identifiserer betydelige utfordringer i samhandlingen både på individ- og systemnivå (Frantzen & Karagøz 2011; Karagøz, 2010; Larsen & Berge 2011; Sverdrup, Borge, Angell & Fyrand 2011). I denne artikkelen fremheves fire kritiske faktorer i en boligfaglig samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjeneste og kommune: *indi-*

vid, bolig, hjelperne og rammene. Vi drøfter hindringer og suksessfaktorer knyttet til disse, illustrert med anonymiserte vignetter fra pasienter og hjelpere som deltok i prosjektet.

Individuelle faktorer

Den første faktoren i en boligfaglig samhandlingsmodell er karakteristika ved den aktuelle pasienten. Vi vil trekke frem noen sentrale områder som kjennetegn ved pasientens psykiske lidelse og rusmiddellidelse, kognitive funksjonsnivå, døgnrytme og evne til å inngå i relasjoner, for eksempel å forholde seg til naboer.

Kjennetegn ved rusmiddellidelse

I boligsammenheng vil det være hensiktsmessig å vite noe om generelle virkninger av foretrukket rusmiddel og om hvordan rusmiddelet virker for den enkelte. Et eksempel er at psykosesyntomer utløst av sentralstimulerende midler ofte viser seg som vrangforestillinger om forfølgelse, hallusinasjoner og en grunnleggende redsel. Dette er nyttig forebyggingskunnskap i forbindelse med naboskapsarbeid, oppfølging i bolig og i egen relasjon til pasienten ved boligetablering. Når man 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 til rette for at medikasjon blir rutinemessig ivaretatt. Et annet eksempel er at cannabisbrukere med en schizofrenidiagnose oftere har psykotiske tilbakefall og får mer dramatiske symptomer, og de påvirkes mindre av medikasjon med nevroleptika. Med slik kunnskap kan hjelperne og pasienten i fellesskap forutse hva som kan bli vanskelig og planlegge hvordan det best kan håndteres.

Kjennetegn ved alvorlig psykisk lidelse
Ved psykoselidelser er evnen til å skille mellom seg selv og omverden redusert, eller den realitetstestende evnen er svekket. Måten å tolke omverden på preges ofte av vrangforestillinger og mistolkninger, noe som gjør det vanskeligere å fungere sammen med andre. Personer med psykoselidelser er spesielt sårbare for stress, de blir mer kaotiske og fungerer dårligere (Hagen, Turkington, Berge & Gråwe 2011). Nær halvparten av pasientene med en schizofrenidiagnose har en eller flere andre psykiske lidelser (Mueser, Noordsy, Drake & Fox 2006). Symptomene kan bedres ved riktig medisinerings, samtalebehandling og andre tiltak. For å få det til kreves først en grundig, helhetlig utredning, som også vil gi verdifull kunnskap for det boligfaglige arbeidet.

Kjennetegn ved kognitiv funksjon

Eksekutivfunksjoner innebærer evne til å lære noe nytt, huske det som er lært, forutse konsekvenser, planlegge og handle ut fra det som er planlagt (Ueland & Øie 2006). Psykoselidelser, depresjon og skader fra overdoser kan føre til problemer med læring, minne, persepsjon og motoriske ferdigheter. Også evnen til å bedømme egen atferd i sosiale situasjoner blir svekket. Uhensiktsmessige atferdsmønstre gjentas da på grunn av manglende innlæringsevne, ikke på grunn av vrangvilje. Ved flytting av bosted kan praktiske ferdigheter måtte trenes opp på nytt hver gang, fordi evnen til erfaringsoverføring er svekket. Når i tillegg konsentrasjons-evnen er redusert, blir også det å lære på nytt en bøyg. 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 (Mueser et al. 2006).

Kjennetegn ved døgnrytme

Pasientene har ofte forstyrret døgnrytme. De sover om dagen og er våkne om natten. For å håndtere praktiske gjøremål som må utføres på dagtid, har de da behov for at andre minner dem på å gå i seng og å stå opp:

Even var våken ganske nøyaktig seks timer per døgn. Dette var tiden han hadde til å handle, spise, vaske seg selv og sitt tøy, delta i behandling, opprettholde sosiale relasjoner og ordne opp med offentlige instanser. Han flyttet inn i samlokalisert bolig med tilpasset oppfølging dag og kveld fra personalet tilknyttet bygården. Som leietaker må han mestre flere oppgaver på egen hånd. Hva gjør han så for å håndtere alle oppgaver innenfor sin døgnrytmes «åpningstid»? Han inntar amfetamin. Da holder han seg våken litt lenger, akkurat så lenge at han får tid til å selge magasinet =Oslo noen timer. Det gir Even penger 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.

Kjennetegn ved relasjonelle problemer

Ved alvorlig psykisk lidelse kan sammenhengene og meningen i det en opplever i livet bli fragmentert og forstyrret. Det blir vanskeligere å tolke andres respons, få tak i virkningene av egen væremåte og ha dialog med andre. Man kan fremtre som underlig og annerledes, og annerledeshet resulterer gjerne i avvising. I tillegg gir rusmiddel-lidelser relasjonelle belastninger som ofte fører til kontaktbrudd med familie og nett-

verk. Opphopning av slike erfaringer fører til at det tar lang tid å opprette nye tillitsforhold.

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, kan hjelperne fungere som en slik bro inn til hverdagslivet. Det fordrer en trygg tilknytning som oppnås ved tilgjengelighet, pålitelighet og forutsigbarhet over tid. Pårørende er ofte det mest slitesterke og stabile nettverket pasienten har. Når denne relasjonen blir avvist av pasienten eller de andre har trukket seg tilbake i maktesløshet, kan relasjonen til hjelperne bli brobygger mellom pasienten og familien.

Oppsummering

Ettersom hjelpetiltak i økende grad forventes ivaretatt der personen oppholder seg, er det viktig med et nært samarbeid mellom tjenestenivåene, med deling av kunnskap om kjennetegn ved den aktuelle pasienten. Dette gjelder informasjon om personens ressurser og problemer, hvilke betydning problemene har for evnen til å fungere i bolig og hvilke støttetiltak som er påkrevet.

Faktorer forbundet med bolig og booppfølging

Den andre faktoren i en boligfaglig samhandlingsmodell er type bolig som er tilgjengelig, og hvilken booppfølging som er påkrevet i forhold til personens behov. *I Rom for alle – en boligpolitikk for fremtiden* (Kommunal- og regionaldepartementet 2011) beskrives booppfølging som den hjelpen brukeren

trenger for å mestre bo- og livssituasjon. 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, som hjelp til å forvalte husleie, økonomisk råd og veiledning, bringing av mat, renhold og bomiljøsamtaler.

I integrert behandling av rop-pasienter prioriteres en trygg og stabil bolig fremfor andre behandlingsmål (Mueser et al. 2006). Det er viktig at man i spesialisthelsetjenesten har kunnskap om og forståelse for hvilket ansvar kommunen er pålagt ved bosetting av disse pasientene og hvilke rammer kommunalt ansatte har. Da er man i større grad i stand til å se hvor spesialistkompetansen kan utnyttes i samarbeidet om boligetablering.

Differensierte tilbud og funksjonelle boligløsninger

Både kommunen og staten har tjenester, tiltak og økonomiske ordninger innrettet for å hjelpe vanskeligstilte inn på boligmarkedet. Dette omfatter 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. Ofte godtar ikke huseiere sosial garanti som erstatning for depositum, mange er skeptiske til å leie ut til sosialhjelpsmottakere generelt, og privat leie blir sjelden en løsning for personer i denne pasientgruppen. Det gis ofte avslag på kommunalt eide boliger på grunn av mangel på boliger. I en tilværelse med høyt forbruk av rusmidler og fraværende struktur i hverdagen er det vanskelig å holde rede på avslag

og søknadsfrister, og mange gir opp uten å søke på nytt.

Det finnes flere gode boligtilbud for personer med rusmiddelproblemer som tilbyr leietakerne et varig tilpasset sted å bo, uten å kreve rusfrihet. Boligløsninger med leiekontrakt gir rettigheter og er normaliserende, og leietakerne er bedre sikret med hensyn til varighet. Tilbakemeldingene fra beboere og ansatte i tiltakene er da også ofte positive, med færre konflikter med NAV, færre utrykninger for politi og færre innleggelses i akuttavdeling i psykisk helsevern (Bydel St. Hanshaugen 2008).

Boligløsninger basert på leiekontrakt og på at leietaker er villig til å inngå samarbeidsavtale om å motta oppfølging, kan være svært ulike. De varierer fra kjønnsspesifikke bofellesskap for 4 til 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 og fellesrom. 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 ifra forskjeller i funksjon og fordi de er ulike som personer. Variasjonen i boliger sammen med individuell variasjon i oppfølging gir *funksjonelle boligløsninger*. Det er ikke bare en bolig, det er en bolig som fungerer for den som skal bo der.

Tre modeller for booppfølging

Boligløsninger kan grupperes i tre teoretiske modeller. I *trappetrinnsmodellen* utgjør hvert trinn et steg mot egen bolig. Noen vil aldri oppnå stabil bosituasjon, men vandrer opp og ned de laveste trinnene. *Kjedemodellen* har overgangsfaser mellom for eksempel lavterskelhus, institusjon og vanlig bolig. I *normaliseringsmodellen* flytter man inn i bolig med en gang. Støttetjenester og metoder for booppfølging bidrar til at brukeren skal kunne opprettholde boforholdet. Dette er i tråd med modellen *Fast bolig først* (*Housing first*; Tsembers, Gulgur & Nakae 2004; Ulfrstad 2011), som etter våre erfaringer ivaretar behovene for mange rop-pasienter. Her er to eksempler:

Etter år som nomade mellom hospitser, lavterskel hybelhus, innleggelse i rusbehandling og i avdelinger i psykisk helsevern beskriver Aina det som et mirakel da hun flyttet inn i leilighet i et bemannet kvinnekollektiv. Her fant hun rammene, varigheten og oppfølgingen hun måtte ha for å kunne se for seg muligheten av å kjøpe egen leilighet. To år senere flyttet hun inn i egen kjøpt leilighet med booppfølgingstjenester fra kommunen i form av samtaler og aktiviteter. Hun har hatt flere frivillige innleggelse i psykisk helsevern etter innflyttingen, både som kriseintervensjon ved stort inntak av rusmidler med påfølgende psykose, og som planlagte innleggelse i forbyggende hensikt. Behandling med subutex og antipsykotisk medikasjon er nødvendige ingredienser, likeså samvær med familie og venner, møter i Anonyme Narkomane og skolegang.

Eva ble opprinnelig tildelt en treningsleilighet, i tråd med kjedemodellen, med to timer booppfølging i uken. Dette var overhodet ikke tilstrekkelig; flyttelasset ble stående i pappkartonger, og hun ble kastet ut nærmest før hun hadde flyttet inn. Deretter ble Eva tildelt midlertidig husvære i et lavterskel hybelhus, før hun etter et år fikk et rom i et kvinnekollektiv, med husleiekontrakt og personale tilknyttet boligen. Eva har fremdeles et massivt forbruk av rusmidler. Personalet fremhever at deres viktigste funksjon er å være stabile, forutsigbare og skape tydelige rammer for boforholdet. Eva er en samler. Når tingene ligger i halvannen meters høyde på hele gulvet i rommet hennes, må personalet rydde for å ivareta brannsikkerhet og hygiene. Eva blir sint når det skjer, men hun vet at dette er en forutsetning for å beholde leieforholdet.

Faktorer knyttet til hjelperne

En tredje faktor i en boligfaglig samhandlingsmodell er de ansatte i kommune- og spesialisthelsetjeneste som daglig samarbeider om de faglige oppgavene. Vi har i en serie intervjuer spurt pasienter og hjelper om arbeidsmåter som gir gode løsninger (Frantzen & Karagöz 2011). Det fremgår at fleksibilitet er en viktig nøkkel for å lykkes i samarbeidet 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. Her er et eksempel på fleksibilitet i relasjonen mellom pasient og hjelper:

Vi må gi hverandre sjanser begge veier skjøner du, da får vi det til, sier Eva. Hennes booppfølger er der i tykt og tynt og i varierende situasjoner, som

samtalepartner når livet går opp, og når det går ned, som oppfølger i kollektivet, som deltaker på ansvarsgrupper, som turledsager på sommerferie og som besøkende på sykehuset. Men ikke som oppdrager. Den fleksible måten å arbeide på skaper en trygg allianse, og hjelperen trer i større grad frem som hel person, en Eva kjenner.

Kollegial fleksibilitet

Ordet «raushet» har i prosjektet blitt brukt i steden 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 er mange eksempler på kollegial fleksibilitet i prosjektet:

Aina blir ekstra sårbar når relasjoner brytes. Da hun flyttet inn i egen bolig, fulgte booppfølger fra kollektivet med for en tid. Det samme gjorde andre av hennes hjelpere, for å bruke sin relasjon som brobygger til Ainas nye hjelpere. Nytt og gammelt hjelpernetverk hadde tett kontakt, både når prosessen gikk fremover, og når det oppsto alvorlige kriser. Slik ble det skapt nye virksomme allianser. Overgangsperioden varte i ett år.

I noen saker har personale fra kommune- og spesialisthelsetjeneste fordelt praktiske oppgaver i forbindelse med innflytting i leilighet. De har sammen og hver for seg fulgt med til handling på IKEA, hentet sofa utenbys, innredet og ryddet. Hvem som har utført oppgavene, har blitt fordelt etter hjelpernes tilgang på tid og relasjon. Hjelperne har blitt bedre kjent med hverandres språk og arbeidsform.

Fleksibilitet på systemnivå

I saker der en lykkes, er det gjerne utvist høy grad av fleksibilitet også på systemnivå. Økonomisk og organisatorisk har bolig og kommune- og spesialisthelsetjeneste tøyet de rammer som vanligvis gjelder. Dette gjør det mulig at man kan jobbe samtidig og sammen i en overgangsperiode.

Da Even flyttet til en ByBo-bolig, fikk boligkonsulenten problemer med å få innvilget hjemmetjenester til ham. Even hadde flyttet til en bolig utenfor bydelens geografiske område, mens tjenesten fortsatt var den opprinnelige bydelens ansvar. 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 praktisk og økonomisk hjelp inntil uoverensstemmelsen med mottakerbydel var overkommet.

Informasjon og informasjonsansvar

Saker der man lykkes, preges av god informasjonsutveksling mellom helpere og forvaltningsnivå, med lav terskel for å ta kontakt. Telefonsamtaler for å spørre og fortelle om fremgang og tilbakegang er virksom samsnakking. I møter uten pasienten kan man ta opp uenigheter og diskutere kreative forslag til løsninger. Ansvarsgruppen er hovedsakelig pasientens arbeidsredskap. Samarbeidsmøter er hjelpernes eget redskap. Taushetsplikten er erfaringsmessig ikke til hinder for slikt samarbeid. Pasientene gir gjerne samtykke til at opplysninger deles, ettersom de ser hvilke fordeler det vil ha for å få gode boligløsninger. Slik kan spesialisthelsetjenesten få informasjon om pasientens bolighistorie, for eksempel via

sosialrapport. Det er erfaringsmessig ikke selvsagt at behandlere i psykisk helsevern etterspør dette. De arbeider ofte i en kultur hvor behandling av psyke og kropp forgår her og nå, og ikke med tanke på tidligere bohistorie.

I løpet av behandlingen i spesialisthelsetjenesten bør kommunens ulike oppfølgingstjenester informeres jevnlig og tidlig innkalles til møter, slik at de kan begynne å planlegge oppfølgingstiltak. Det gjelder NAVs sosialtjeneste og instanser som behandler søknader om oppfølging i bolig. Personlig kjennskap til pasienten øker forståelsen for kompleksiteten i sakene og gjør det enklere å ta gode avgjørelser før pasienten etableres i boligen. Ved utskriving til bolig med oppfølging må personalet i boligen være involvert lang tid i forveien.

Formidling av informasjon om kognitiv svikt

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 være et godt redskap for kommunen når de skal vurdere søknad om oppfølging og hjelpemidler, såfremt følgende betingelser er til stede:

- Utredningen munner ut i en rapport hvor resultatene, i tillegg til å være beskrevet og tolket, inneholder en 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 oppgavene kan utføres på et egnet sted.
- Personalet som skal bistå med å utføre tiltakene i boligen, er til stede over tid.

Gradvis utskriving fra sykehus til bolig

For pasienter innlagt på døgnavdeling, vil gradvis utskriving til bolig ofte være nødvendig for å få en god overgang. Kommunen betaler i en periode for leilighet og oppfølgingstjenester mens pasienten fortsatt er innlagt, og pasienten beholder institusjonsplassen 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 overstyrrer i slike tilfeller kortsiktige økonomiske merutgifter.

Kjell startet med å være i leiligheten noen timer på dagtid med følge av personalet. Deretter ble dette utvidet til uten følge og over flere timer. Etter hvert overnattet han i leiligheten en natt eller to, for så å returnere til sengeavdelingen. Til sist flyttet Kjell inn i leiligheten. I en fire måneder lang overgangsperiode fikk hjelperne tid til å organisere riktig tilpasset oppfølging, og Kjell fikk venet seg til nye hjelpere.

Ansvarsgrupper og individuell plan

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 som bidrar til at pasienten når sine mål.

- Deltakerne i gruppen har mandat til å kunne ta beslutninger.
- Det er enighet om hvem som er koordinator og hva koordinators oppgaver er.

De fleste rop-pasienter har behov for koordinerte og sammensatte tjenester. Erfaringene våre er at mange likevel ikke har noen individuell plan. Det er viktig at denne skrives eller oppdateres i samarbeid mellom aktørene i ansvarsgruppen, der det også fremgår hva som er henholdsvis kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder. Pasienter og hjelpere kan da oppfatte sin individuelle plan som et godt arbeidsredskap.

Per Ivar betegner sin plan som «huske-liste». Den virker best når den er kort, slik at han raskt kan få oversikt over deltakerne i ansvarsgruppen, hvor de jobber og hva de og han selv skal utføre av oppgaver til neste møte. Men planen må oppdateres hyppig, ellers virker den mot sin hensikt.

Kompetanse

Hittil har boligsosialt arbeid ikke vært prioritert i spesialisthelsetjenesten. Kompetanse i boligsosialt arbeid til vanskeligstilte, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, er imidlertid avgjørende for å lykkes. Vår erfaring er at pasienter ofte er svært interessert i informasjon om bolig og boligvirkemidler. Det er hjelpernes jobb å være informert og bringe slike virkemidler på banen, uavhengig av yrke. Hjelperne i spesialisthelsetjenesten må som et minimum vite hvilke instanser i kommunen de kan kontakte for å få prosessene i gang.

Ansatte i kommunen etterspør på sin side opplæring i hvordan de kan foreta for

eksempel motiverende intervju og hvordan de kan håndtere atferd som følge av kognitiv svikt eller psykiske forstyrrelser. Det ligger et ansvar her på ledelsen både i kommune og psykisk helsevern i å prioritere tid til å organisere dette.

Ansatte i det kommunale systemet og i de ideelle organisasjonene har i alle år prøvet og feilet og lært ved utvikling av teori og av erfaring. Det finnes mye kunnskap om hvordan man kan håndtere pasientgruppen utenfor spesialisthelsetjenesten. Denne kunnskapen bør spesialisthelsetjenesten få ta del i som kompetanseheving i boligsosialt arbeid, for eksempel ved at man har anledning til å hospitere hos hverandre eller gjennom felles seminarer.

Rammefaktorer

Den fjerde faktoren i en modell for boligfaglig samhandling er hvordan man kan løse de mer strukturelle hindringer for stabile, varige og funksjonelle boligløsninger, spesielt i de mest samhandlingskrevende sakene. Vi vil peke på noen slike rammefaktorer.

I tråd med modellen *Fast bolig først* vil bolig med husleiekontrakt og tilknyttet oppfølging ofte være en god mulighet. I Oslo er det i hovedsak ideelle organisasjoner som drifter slike boligløsninger. Oppfølgingen oppleves kostbar for kommunen, 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 slike utgifter til denne klientgruppen. Dette gjelder særlig sosialbudsjettene, men vi erfarer også at rop-pasienter «konkurrerer» med eldre og fysisk funksjonshemmede om tildeling innenfor stramme omsorgsbudsjetter.

Behovet for varighet er vanskelig å ivareta også for de ideelle aktørene, så lenge konkurranseutsetting og anbudsregler styrer bruken av boligtilbudene. Forretningsavtaler kan dermed gå foran omsorgsbehov, noe som setter fagansvarlige hjelpere i vanskelige konflikter. Ordningen med vedtak om et bestemt antall timer booppfølging per måned kan være et annet rammemessig hinder, ettersom pasientens behov kan variere meget. Her er det viktig med en god dialog, slik at vedtak fattes mest mulig fleksibelt.

Hindringer i lovverkets gråsoner

Behandlings- og hjelpetilbudet til personer med rusmiddellidelser er organisert i to forvaltningsområder; kommunesektor og spesialisthelsetjeneste. Kommunal sosialtjeneste er underlagt Helse- og omsorgstjenesteloven, og har ansvar for å *medvirke* til, men altså ikke en *plikt* til å skaffe varig tilpasset bolig. Spesialisthelsetjenesten er underlagt lov om spesialisthelsetjenester og er pålagt ansvar for forsvarlig behandling. I kommunen gjør man hva en makter for å finne løsninger innenfor begrensede økonomiske rammer, og opplever ofte spesialisthelsetjenestens krav om forsvarlig boligløsning som innblanding i eget ansvarsområde. Det kan oppstå konflikt mellom ansatte i spesialisthelsetjenesten og deres oppfatning av hva som kan godtas som «forsvarlig behandling», og kommunens ansatte og deres oppfatning av hva som kan godtas som «godt nok». Slike konflikter blir synlige i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter. Hjelperne befinner seg da i en situasjon der de forventes å håndtere uhåndterlige hindringer som bunner i systemiske årsaker.

Avslutning

Vi har fremhevet fire kritiske faktorer i boligfaglig samhandling: *individ, bolig, hjelperne og rammene*. I planleggingen av tilpasset bolig trengs for det første kunnskap om hva alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse kan innebære for funksjon i dagliglivet, likeså kunnskap om pasientens kognitive funksjon og relasjonelle ferdigheter. Det er for det andre avgjørende å ha et differensiert tilbud av ulike boligløsninger og gode metodiske ferdigheter i boligfaglig arbeid. For det tredje har fleksibilitet i samhandling mellom pasient og hjelper, mellom kollegaer og mellom ansatte og systemet de er ansatt i, stor betydning, samt god informasjonsflyt og faglig kunnskapsoverføring. For det fjerde er det rammefaktorer knyttet til lovverk og finansiering som kan hindre god boligfaglig samhandling mellom tjenestenivåene. Utprøving av gode boligfaglige samhandlingsmetoder mellom spesialisthelsetjeneste og kommune for pasienter med dobbeltdiagnose må være en viktig del av gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Noter

1. Prosjektet Min bolig – Mitt hjem (2008–2011) var et samarbeid mellom Bymisjonens boligsatsing By Bo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose ved Distriktpsikiatrisk senter Vinderen, Diakonhjemmet sykehus i Oslo, med støtte fra Regionalt kompetansesenter for dobbeldiagnose rus og psykiatri og Husbanken, Region Øst. Takk til alle informanter i prosjektet. Takk til psykolog Amy Sexton for bistand med «Summary».

Referanser

- Bydel St. Hanshaugen (2008). *Gode hus for skjeve liv ... i Schandorffsgate 4*. (Rapport). Oslo: Oslo kommune, Bydel St. Hanshaugen.
- Frantzen, C., & Karagöz, E. M. N. (2011). *Min Bolig – Mitt hjem. Booppfølging av pasienter med dobbeldiagnose*. Rapport. Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo.

- Hagen, R., Turkington, D., Berge, T., & Gråwe, R. W. (red.). (2011). *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. New York: Routledge.
- Karagöz, 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.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2011). *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden*. (NOU 2011: 15). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Larsen, G., & Berge, T. (2011). Døgnbehandling ved dobbeltdiagnose. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 131, 666–667.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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.
- Tsembers, S., Gulgur L., & Nakae, M. (2004). Housing first, consumers choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94, 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.
- Ulfrstad, L.-M. (2011). *Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam)arbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.

Summary

Christine Frantzen, Eli Margrete Nielsen Karagöz and Torkil Berge

A model for the professional coordination of housing for patients with severe mental illness and substance use disorder

Individuals with major psychiatric disorders and comorbid substance abuse problems are often homeless. At the same time, having a place to live is a prerequisite for health, education, employment and community participation. A residence and home are essential to living a worthy life. This article describes a collaborative approach to establishing housing for this group of patients. The article highlights four critical factors: the individual, housing, caregivers, framework. We discuss obstacles and associated success factors, illustrated with anonymised vignettes. Settling this client group in appropriate housing calls for expertise and flexibility at all levels of the health care system. Close collaboration with the specialised health care services is required if the municipality is to succeed in the process of housing individuals with low levels of general functioning. This work presents challenges for all the professionals involved, and is a demanding field where frustration, powerlessness and pessimism often prevail.