

Inger Lise Skog Hansen

# **Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser**

## **En brukerstudie**



Inger Lise Skog Hansen

**Bo- og tjenestebehov hos personer  
med psykiske lidelser**  
En brukerstudie

© Fafo 2006

ISBN 82-7422-527-9

ISSN 0801-6143

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

# Innhold

Forord .....	5
Sammendrag .....	6
<b>1 Innledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Rapportens organisering .....	9
1.2 Bakgrunn .....	10
1.3 Hva vet vi? .....	10
1.4 Formål og problemstilling .....	13
1.5 Materiale og metode .....	14
<b>2 Boligsituasjon .....</b>	<b>23</b>
2.1 Bolighistorier .....	23
2.2 Hvordan bor de nå? .....	32
2.3 Boligønsker for framtiden .....	38
2.4 Oppsummering .....	41
<b>3 Tjenestetilbudet .....</b>	<b>43</b>
3.1 Hvilke tjenester får de? .....	43
3.2 Tjenesteorganisering .....	58
3.3 Tilgang og samarbeid med behandlingsapparatet .....	63
3.4 Oppsummering .....	66
<b>4 Bosettingsstrategier for personer med psykiske lidelser .....</b>	<b>67</b>
Referanser .....	71
Vedlegg Brev og intervjuguider .....	73



# Forord

I denne rapporten presenteres funn fra en brukerstudie om bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. Ideen om en brukerstudie oppstod etter at Fafo i 2005 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte en kartlegging om samme tema i et utvalg norske kommuner. Vi ønsket da å følge opp denne kartleggingen med en brukerundersøkelse som kunne gi oss mer spesifikk og detaljert kunnskap om bo- og tjenestebehov. Sosial- og helsedirektoratet har finansiert den foreliggende brukerstudien.

Prosjektet er gjennomført i perioden desember 2005 til mars 2006. Studien bygger på kvalitative intervjuer med brukere, pårørende og tjenesteutøvere i første-linjen. Intervjuene var omfattende og gikk inn på mange områder rundt det å leve i egen bolig. Vi vil derfor først og fremst takke alle informantene som delte sine tanker og erfaringer med oss.

Mange har bidratt i prosessen rundt dette prosjektet. Anna Skårberg har deltatt i gjennomføringen av nesten alle intervjuene. Takk Anna for godt samarbeid. Siri Ytrehus har vært en god diskusjonspartner hele veien, både i utforming og gjennomføring av prosjektet. I den siste fasen har hun gjort en uvurderlig innsats som kvalitetssikrer av rapporten. Takk Siri, ditt kritiske blikk og dine konstruktive innspill har vært til stor inspirasjon og nytte. Takk også til Siv Øverås for gode diskusjoner og reflekterte kommentarer. Sist, men ikke minst takk til informasjonsavdelingen ved Fafo for godt samarbeid i arbeidet med ferdigstilling av rapporten.

Mange gode bidrag til tross, undertegnede står alene ansvarlig for eventuelle feil og mangler i rapporten.

Oslo, mars 2006

Inger Lise Skog Hansen

## Sammendrag

Fafo har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en brukerstudie om bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. Undersøkelsen er en oppfølging av Fafos tidligere kartlegging av udekkede bo- og tjenestebehov i et utvalg kommuner. Målgruppen for brukerundersøkelsen var personer med psykiske lidelser som tidligere har hatt et udekket boligbehov og som har fått hjelp av kommunen til å få et sted å bo. Et lite utvalg av brukerne har samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hva som kan forebygge bostedsløshet og fremme bostabilitet blant personer med psykiske lidelser som har eller har hatt et udekket boligbehov. I tillegg fokuserer undersøkelsen på hvorvidt det er særegne bo- og tjenestebehov hos personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer.

Undersøkelsen er basert på kvalitative intervjuer med brukere, pårørende og tjenesteutøvere i førstelinjen.

Undersøkelsen kan oppsummeres i følgende punkter:

- Brukerne har en ustabil bohistorie preget av mange flyttinger, forskjellige boforhold, og flere avbrudd i boligforhold på grunn av institusjonsopphold. Brukere med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer har en enda mer turbulent bohistorie. Alle disse brukerne har i perioder ikke hatt et sted å bo overhodet.
- Det er mange ulike årsaker til tidligere ustabil bosituasjon, for eksempel vanskeligheter med å overholde økonomiske forpliktelser og forholdet til naboer, men hovedårsaken er først og fremst knyttet til manglende oppfølging.
- Majoriteten av brukerne bor i dag i en bolig med tilknyttet personell. Flere av brukerne har valgt å flytte fra vanlig bolig til samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Hovedårsakene til dette slik brukerne framstiller det, er behov for å møte forståelse for egen psykiske helse, det andre er behovet for trygghet i form av nærhet til tjenesteutøvere og andre beboere.
- Mange av brukerne har gjennomgått en erfaringsbasert erkjennelsesprosess når det gjelder eget behov for hjelp og støtte.
- For noen brukere er fornøydhetsnivået med en bosituasjon med tett oppfølging betinget av at dette er midlertidig og en mellomstasjon på vei mot et mer selv-

stendig liv i vanlig bolig. For andre er nettopp forsikringen om at botilbudet er permanent, en viktig faktor for trygghet og tilfredshet.

- Behovet for trygghet framstår som det mest grunnleggende behov hos brukerne med hensyn til å klare å bo i egen bolig over tid. Tryggheten handler om tilgjengelighet til tjenesteytere og hjelp ved behov. Brukere i vanlige boliger uten tilknyttet personell savner en døgnkontinuerlig kontakttjeneste.
- Ensomhet og isolasjon er et problem for mange. Det er innenfor området «innhold i livet» at det er størst behov for mer hjelp og støtte. Det er særlig i forhold til arbeid og meningsfull aktivitet at det er store mangler. Her er brukere, pårørende og tjenesteutøvere samstemte.
- For brukere med samtidig rus og psykisk lidelse er det ekstra viktig å fylle livet med et annet innhold for å klare å opprettholde en stabil bosituasjon og ha kontroll over eget rusbruk.
- Oppretting og opprettholdelse av nettverk og relasjoner er en særlig viktig oppgave når det gjelder personer med samtidig rus og psykisk lidelse.
- Organisering av tjenestetilbudet er viktig. Intervjuene viser at helhetlige oppfølgingstilbud, fleksibilitet i forhold til brukernes behov, faste tjenesteytere og kvalifisert personell blir tillagt stor vekt.
- Tett oppfølging står i kontinuerlig fare for å overtrække brukerens autonomi og rett til privatliv. Dette krever bevissthet i hjelpeapparatet. Tjenesteutøverne vi har intervjuet, gir inntrykk av å være oppmerksomme på dette dilemmaet og tar hensyn til det i sitt arbeid.
- Tilgang til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig for et helhetlig tjenestetilbud.

Hovedfunnet i studien er at tett oppfølging og støtte er viktig for denne målgruppen dersom de skal klare å opprettholde en stabil boligsituasjon. På bakgrunn av undersøkelsen trekkes det fram tre hovedvirkemidler for å fremme en stabil bosituasjon:

- Tilrettelegging for trygghet. En bolig hvor den enkelte bruker opplever å få dekket sitt behov for trygghet i form av tilgjengelighet til personell. Dette behovet varierer, fra å ha behov for personell i boligen hele døgnet til å ha mulighet til å nå personell per telefon.
- Tilstrekkelig oppfølging. Et helhetlig oppfølgingstilbud som forholder seg til brukerens totale livssituasjon og brukerens behov gjennom hele døgnet.

- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tett oppfølging og samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å forebygge behov for institusjonsopphold og behandling i andrelinjetjenesten.

Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si at det er helt særegne bo- og tjenestebehov hos personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. I studien pekes det på at denne gruppen tydeliggjør behovene i gruppen som helhet. Dette ser vi blant annet ved at disse brukerne i enda større grad enn gruppen for øvrig har behov for at noen tar et overordnet ansvar for et sammenhengende bo- og tjenestetilbud.

# 1 Innledning

Denne rapporten handler om hva personer med psykiske lidelser opplever at er viktig for at de skal klare å opprettholde en stabil boligsituasjon. Rapporten bygger på en brukerundersøkelse blant personer som har fått hjelp av kommunene til å få et sted å bo. Det finnes lite kunnskap om hva personer med psykiske lidelser som trenger hjelp til å skaffe seg bolig, opplever som gode boligløsninger og nødvendige tjenester.

Fafo gjennomførte i 2005 en kartlegging av udekkede bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser i et utvalg kommuner (Hansen og Ytrehus 2005). Denne kartleggingen ga oss mye kunnskap om antall personer som har behov for hjelp og om temaet sett fra et administrativt perspektiv. Denne brukerundersøkelsen er en direkte oppfølging av kartleggingen. Hensikten her er å få mer kunnskap om hva brukeren selv mener er gode boligløsninger og hjelp for at de skal kunne mestre boligsituasjon over tid.

## 1.1 Rapportens organisering

I innledningskapitlet plasserer vi undersøkelsen vår inn i en politisk kontekst. Videre presenterer vi noen relevante funn fra tidligere undersøkelser som finnes på feltet og redegjør for hovedfunn i Fafos tidligere kartlegging av udekkede bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. I innledningen presenteres også hensikt og formål ved undersøkelsen, samt at vi redegjør for framgangsmåte og datagrunnlaget som ligger til grunn for studien og metoden for innsamling av dette materialet. I denne delen gir vi også en nærmere begrunnelse for utvelgelse og perspektivvalg, samt noen betraktninger rundt selve intervjusituasjonen.

Funn fra undersøkelsen presenteres fortløpende i kapittel 2 og 3. Kapittel 2 handler om informantenes boligsituasjoner; tidligere, nå og i framtiden. Kapittel 3 handler om tjenestetilbudet. Her gis det en beskrivelse av sentrale hjelpebehov hos brukerne og hvilke strategier som er brukt for å møte disse. I kapittel 4 oppsummerer vi hovedfunnene og legger disse til grunn for noen overordnede diskusjoner rundt bosettingsstrategier.

## 1.2 Bakgrunn

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 (St.prp. nr. 63 (1997–98)) vektlegger at personer med psykiske lidelser skal integreres i samfunnet. Opptrappingsplanen viderefører en trend med økt vektlegging av desentralisering og kommunalt ansvar, også for personer med psykiske lidelser (se f.eks. St.meld. nr. 41 (1987–88), St.meld. nr. 50 (1993–94) og St.meld. nr. 25 (1996–97)). En av målsettingene i Opptrappingsplanen er følgelig en styrking av tjenestetilbudet i kommunene. Tjenestetilbudet skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. En tilfredsstillende bolig og en verdig boliggsituasjon med tilstrekkelig bistand trekkes fram som grunnleggende behov som må være tilfredsstillt. På samme måte vektlegges muligheten til å delta i meningsfylt aktivitet som for eksempel tilbakeføring til arbeidslivet, sosial deltakelse og relasjoner til familie og venner, samt kulturell og åndelig stimulans (St.prp. nr. 63 (1997–98) kap. 1.2.).

Oppfølgingen av Opptrappingsplanen har medført en satsing på boliger til personer med psykiske lidelser i kommunene. De senere årene har forskning vist oss at en psykisk lidelse er en sentral risikofaktor i forhold til bostedsløshet i Norge (Ytrehus og Drøpping 2004). Byggforsks kartlegging av bostedsløse fra 2003 anslø at så mange som 80 prosent av de bostedsløse hadde problemer knyttet til rusmisbruk eller psykisk lidelse (Hansen mfl. 2004). En av de gruppene som er særlig utsatt når det gjelder bostedsløshet, er gruppen med samtidig rusproblemer og psykisk lidelse.

## 1.3 Hva vet vi?

I Fafos kartlegging av udekkede bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser (Hansen og Ytrehus 2005) ble det anslått et behov på landsbasis for 3895 boliger. Dette tallet baserer seg på en undersøkelse fra et utvalg kommuner. I undersøkelsen ble personer som da mottok døgntilrettelagt oppfølging i psykisk helsevern og som på sikt skulle etablere seg i egen bolig samt personer med psykiske lidelser i kommunen som hadde et udekket boligbehov, kartlagt. Anslaget over udekkede boligbehov som framkom i denne undersøkelsen, samsvarer med en kartlegging av behovet for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser foretatt av Byggforsk. Den kartleggingen viste at det var behov for minimum 3500 flere boliger de nærmeste årene (Dyb og Nordlund 2005).

Fafos kartlegging avdekket også udekket hjelpebehov blant personer med psykiske lidelser. Det framkom at kommunene anså at majoriteten av dem som hadde behov for hjelp til å få et sted å bo, også hadde behov for hjelp og oppføl-

ging for å klare å bo. På bakgrunn av disse funnene var hovedkonklusjonen i rapporten at boligbehov hos personer med psykiske lidelser *ikke kan vurderes uavhengig av tjenestebehov* (Hansen og Ytrehus 2005). Fokusering på tjenestebehov er avgjørende for å sikre bostabilitet over tid. Dette var et viktig funn også i Fafos kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse (Ytrehus og Drøpping 2004). Denne rapporten pekte på at å hindre og forebygge bostedsløshet ikke primært handler om boligsatsing, men om å sikre tilstrekkelig oppfølging og tjenester. Evalueringen av Prosjekt bostedsløse har tilsvarende konklusjoner (Dyb 2005).

Kartleggingen av bo- og tjenestebehov blant personer med psykiske lidelser (Hansen og Ytrehus 2005) ga oss mye kunnskap om kommunenes vurdering av udekkede bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. Siden den foreliggende brukerundersøkelsen er en oppfølging av denne kartleggingen, velger vi å gjengi to relevante funn fra kartleggingen. Kartleggingen inkluderte både personer med psykiske lidelser *som i dag bor i institusjon*, men som på sikt skal etablere seg i egen bolig, og *personer med psykiske lidelser som i dag bor i kommunene*, men er bostedsløse eller mangler et tilfredsstillende sted å bo. Tabell 1 viser en oversikt fra denne kartlegging over personer med udekket boligbehov etter hvilket boligbehov kommunene vurderer at de har.

Tabell 1 Personer med psykiske lidelser som bor i kommunene/bydelene med udekkede boligbehov og pasienter i institusjon, rapportert fra kommunene og bydelene, etter type boligbehov. Prosent.

	Pasienter i institusjon (1)	Personer med psykiske lidelser i komm. med udekkede boligbehov (2)	Totalt (1 og 2)
Antall som har behov for en bolig, men ikke hjelp og støtte/tilsyn fra det offentlige tjenesteapparatet	1	5	3
Antall som har behov for en egen bolig med noe hjelp og støtte/tilsyn fra det offentlige tjenesteapparatet	7	28	20
Antall som har behov for å bo i en bolig med personale i nær tilknytning på dagtid	30	33	32
Antall som har behov for å bo i en bolig der det er personale i nær tilknytning hele døgnet	52	28	37
Antall som har behov for en kommunal sykehjemsplass	10	6	7
N	261	435	695

Kilde: Fafu-rapport 494:2005

I tabell 1 framkommer det at etter kommunenes vurdering så har vel halvparten av institusjonspasientene behov for hjelp hele døgnet ved etablering i egen bolig (52 %). Videre viser tabellen at også personer med udekket boligbehov i kommunen anses å ha stort behov for hjelp og oppfølging, men at færre av denne gruppen har behov for personale i nærheten hele døgnet. Fafos kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse (Ytrehus og Drøpping 2004) viser det samme bildet; tre av fire kommuner rapporterte at alle eller de fleste med psykisk lidelse som har behov for hjelp til å skaffe bolig, også har behov for oppfølging i bolig. Samtidig sier under 60 prosent av kommunene at alle eller de fleste får slik oppfølging (Ytrehus og Drøpping 2004:36).

Tabell 2 viser rapportering av udekket hjelpebehov i kartleggingen.

Tabell 2 Antall per 1000 med udekkede hjelpebehov i 8 kommuner/bydeler

Hjelpebehov	Totalt antall med rapportert udekkede hjelpebehov	Totalt
Hjelp til hygiene, påkledning, matlaging, handling	60	0,24
Hjelp til vask/rydding	60	0,24
Sosial kontakt, trygghet og tilsyn	165	0,66
Kontaktetablering med tjenesteapparatet	62	0,25
Hjelp til å opprettholde/sikre behandling/kontakt med behandlingsapparatet	93	0,37
Hjelp til arbeid og dagaktiviteter	109	0,43
Antall innbyggere	250 661	250 661

Fafo-rapport 494:2005

Det rapporteres at det er størst udekket behov innenfor området «Sosial kontakt, trygghet og tilsyn». Det andre området der det rapporteres om omfattende udekkede behov, er «Hjelp til arbeid og dagaktiviteter». Kartleggingen ga derfor noen helt klare indikasjoner på at det er innenfor området sosiale relasjoner, deltakelse og inkludering at det er størst mangler. Innenfor de mer klassiske hjemmebaserte tjenestene er det bedre dekning, selv om det også her er mangler.

### **Personer med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse**

I kartleggingen stilte vi også spørsmål om det var noen grupper som skilte seg ut når det gjelder manglende oversikt over bo- og hjelpebehov, eller som kommuner mener har behov for hjelp og støtte, men som ikke mottar slike tjenester. Kartleggingen viste at kommunene hadde særlig vanskeligheter med å gi tilbud til perso-

ner med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (Hansen og Ytrehus 2005:37). Kommunene hadde problemer med å finne gode løsninger til denne gruppen. Problemene de trakk fram, kan i hovedsak oppsummeres i tre punkter:

- manglende kompetanse
- uklar ansvarsfordeling mellom psykisk helsevern og rusomsorg
- en opplevelse av at mange ikke vil ha hjelp

Også en annen undersøkelse gjennomført ved Fafø tyder på at personer som både har en psykisk lidelse og rusmisbruk ofte opplever boligproblemer. Prosjekt Rus og Psykisk lidelse (ROP) ved Tøyen DPS retter seg mot denne gruppen. Fafos midtveisevaluering av dette prosjektet viste at majoriteten av pasientene var uten fast bolig ved innskriving. I evalueringen går det også fram at arbeidet når det gjelder bolig har tatt mye mer tid enn behandlerne ved ROP hadde antatt. Videre viser evalueringen at det å arbeide med bedre boligløsninger var en sentral og nødvendig faktor for å kunne lykkes i endringsarbeidet i forhold til resten av pasientens livssituasjon (Øverås 2003:50).

## 1.4 Formål og problemstilling

En viktig målsetting med undersøkelsen er å få økt kunnskap om hva som kan forebygge bostedsløshet og fremme bostabilitet blant personer med psykiske lidelser som trenger hjelp for å skaffe seg et sted å bo. Bostabilitet er derfor et viktig tema i denne undersøkelsen. Målet er å få et bedre grunnlag for å si noe om hvilke virkemidler som hjelper for å øke bostabiliteten i målgruppa. For å få fram kunnskap om dette er det nødvendig å få tak i brukernes egne vurderinger av hvordan de ønsker å bo, og hva de mener er god oppfølging og som kan bidra til en stabil bosituasjon, og en bosituasjon som de kan trives med.

Målgruppa for undersøkelsen er personer med psykiske lidelser som har hatt eller har et udekket boligbehov, og som har fått hjelp av kommunen til å få et sted å bo. Og som vist foran er det særlige utfordringer når det gjelder de med samtidig psykisk lidelse og et vedvarende rusmisbruk. Undersøkelsen har derfor også hatt et eget utvalg med personer med dobbeltdiagnoser.

Undersøkelsen har følgende problemstillinger:

- Hva er gode virkemidler for å skape en stabil boligsituasjon for personer med psykiske lidelser som har eller har hatt et udekket boligbehov?
- Er det særegne bo- og tjenestebehov blant personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer?

Følgende underproblemstillinger er spesifisert for undersøkelsen: Hvilket bo- og tjenestebehov har brukerne i dag? Hva mener de er viktig for at de skal klare å bli boende i boligen sin? Hvordan ønsker de å bo? Hvilke tjenester får de, hvilke tjenester har de behov for? Er det samsvar mellom det behovet de har og de tilbudene de får?

Vi er ute etter å finne fram til hvilke faktorer som er stabiliserende når det gjelder bosituasjonen. En viktig del av dette er å forsøke å få klarhet i hvilken rolle botilbudet, tjenestene og eventuelle andre støttetiltak spiller for stabilitet og trivsel.

Denne kunnskapen kan forhåpentligvis bidra i utviklingen av et adekvat bo- og tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser.

## 1.5 Materiale og metode

Denne brukerundersøkelsen baserer seg på kvalitative intervjuer av brukere, pårørende og tjenesteutøvere som jobber tett med brukerne. Vi har gjort intervjuer i fem ulike kommuner og har snakket med totalt elleve brukere, fem ansatte og fire pårørende.

### Begrunnelse for utvalg og valg av perspektiv

Kommunene er valgt strategisk for å få en blanding av storbykommuner og mindre kommuner fra ulike deler av landet. Hensikten med dette var å få brukere som til en viss grad representerte mangfoldet i Kommune-Norge. Vi har ikke hatt som målsetting å gjøre noen sammenligning eller å trekke noen konklusjoner ut fra geografi. De kommunene vi har valgt, er to storbykommuner, en mellomstor by og to mindre kommuner. Fire av kommunene er valgt med utgangspunkt i kjennskap til kommunene fra forrige kartlegging. Den siste kommunen er valgt fordi vi kjente til botilbudet for personer med dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri.

Brukerintervjuene er sentrale i denne studien. Samtalene har vært verdifulle og helt nødvendig for å få innsikt i brukernes behov. Vi mener likevel at det er viktig å reflektere over hva denne typen intervjuer kan gi. Brukerne i dette tilfelle har en psykisk lidelse, noen av dem har i tillegg et alvorlig og vedvarende rusmisbruk. De aller fleste har vært syke i flere år. Flere forhold tilsier at det kan være fruktbart å tilnærme seg våre tema fra ulike perspektiv. Noen av brukerne kan ha manglende erkjennelse av egne behov, ha problemer med å formidle behovene eller kan være så syke at de ikke er i stand til å reflektere over dem. Vi har derfor valgt også å intervju pårørende og tjenesteutøvere i førstelinjen. På mange måter kan også pårørende betraktes som brukere eller brukerrepresentanter. De er tett på

brukeren og mange av dem har en lang forhistorie i det offentlige tjenesteapparatet, som forkjemperer for at deres familiemedlem med psykisk lidelse skal bli sett og få den oppfølging de mener at de har behov for. Tjenesteutøvere i førstelinjen er også tett på brukerne. Det er de som møter brukerne i hverdagen, som går inn i en direkte relasjon til brukeren og er de som skal omsette vedtatt politikk til handling og oppfølging av personer med psykiske lidelser i kommunene.

### **Hvem er «brukerne»?**

Vårt utvalgs kriterium var at vi ønsket å snakke med personer med psykiske lidelser som har fått hjelp av kommunen til å få et sted å bo. Det er personer som tidligere har hatt et udekket boligbehov, men som nå er etablert i en bolig. Brukerne vi har snakket med, er ingen homogen gruppe, men sammensatt av personer med ulike ressurser, ulike psykiske lidelser og ulike andre utfordringer i livet. Vi har ikke spurt brukerne om diagnose eller andre spørsmål direkte relatert til sykdomsbildet, men i noen tilfeller har brukeren selv tatt opp dette temaet. Vi har valgt å begrense personopplysninger og har konsentrert oss om spørsmål som handler om brukernes bosituasjon og temaer relatert til det å bo. Under gir vi en kort beskrivelse av hvem brukerne er, på bakgrunn av den informasjon vi har tilgjengelig. Av hensyn til anonymitet går vi ikke i detalj, men gir et overordnet bilde som vi tror er nyttig som bakgrunn for resten av rapporten.

Den yngste av informantene er i 20-årene og den eldste godt over 60 år. De fleste av informantene er mellom 30 og 45 år. Vi har snakket med fire menn og syv kvinner.

Alle brukerne har en psykisk lidelse, men med varierende alvorlighetsgrad. Alle unntatt tre har på et eller annet tidspunkt vært innlagt på sykehus eller annen institusjon for psykiatrisk behandling. Syv har hatt flere innleggelse og noen av dem hyppige akuttinnleggelse i perioder. En av brukerne med dobbeltdiagnose forteller at hun hadde 30 innleggelse året før, mange av dem tvangsinnleggelse. Hun er mye bedre i år og har kun hatt én innleggelse hittil. To av de tre som ikke har vært innlagt for behandling, har kun kontakt med psykolog og psykiatrisk sykepleier. Den tredje snakker ikke om kontakt med behandlingsapparatet. I intervju situasjonen veksler hun med hensyn til hvorvidt hun vil legge til grunn for intervjuet at hun har en psykisk lidelse eller ikke.

Av informantenes historier framgår det at de aller fleste har vært syke i mange år. De følgende eksemplene er gjengitt for å eksemplifisere den vanskelige situasjonen mange av brukerne har hatt gjennom mange år. I to av tilfellene vektlegger den pårørende at brukeren har hatt en psykisk lidelse helt siden barndommen, men ikke har blitt diagnostisert. Begge disse pårørende forteller om hvordan familiemedlemmet ikke har fått riktig behandling i barndommen. De mener beg-

ge at problemene har blitt forsterket fordi brukeren ikke har blitt tatt på alvor i behandlings- og hjelpeapparatet. I begge disse tilfellene har brukeren seinere i voksen alder fått en psykiatrisk diagnose. Disse to brukerne har seinere fått alvorlige rusproblemer.

En av brukerne sier at «jeg har jo alltid vært litt rar». Også hun har opplevd en lang prosess for å få psykiatrisk behandling og diagnostisering. I flere år hadde hun jobb, men med mange innleggelses på sykehus. Hun forteller at til slutt tok sjefen initiativ til at hun ble uføretrygdet.

Intervjuene viste også at flere har hatt alvorlige rusproblemer gjennom mange år. Tre av brukerne har en dobbeltdiagnose av rus og psykiatri. Videre i rapporten vil vi bruke betegnelsen dobbeltdiagnose om brukere som er i denne situasjonen. Disse informantene er rekruttert gjennom botilbud for personer med dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri.<sup>1</sup> De tre brukerne med dobbeltdiagnose går alle på metadon, men har i varierende grad noe sidemisbruk. Disse brukerne er alle med i to ulike botilbud for personer med dobbeltdiagnoser.

Tre andre brukere nevner at de har hatt rusproblemer i perioder, for to av disse er det snakk om alkohol og for den ene narkotika. Den siste har vært på institusjon for behandling av rusmisbruk.

To av brukerne har en arbeidstilknytning i dag, men flere har tidligere jobberfaring. Den ene jobber noen timer hver dag på en vernet bedrift, den andre jobber en dag i uka på en gård. En bruker har nylig avsluttet et lengre arbeidsforhold ved en vernet bedrift. Han mener at han nå har så mange interesser og kontakter at han ikke ønsker å arbeide lenger. Denne brukeren har tidligere jobbet som håndverker. Han er nå uføretrygdet. Majoriteten av brukerne er uføretrygdet, to lever av sosialhjelp og en mottar rehabiliteringspenger. Begge de som lever av sosialhjelp, har søknader om uføretrygd inne til behandling.

### **Hvordan bor brukerne:**

Alle brukerne vi har snakket med, har et sted å bo i dag, men de har ulike bosituasjoner:

- To av informantene bor i ordinære kommunale boliger.
- To av informantene bor i ordinære kommunale boliger, men er tilknyttet en egen heldøgns oppfølgingstjeneste for personer med dobbeltdiagnose av rus og psykiatri.
- To informanter bor i bofellesskap med heldøgnsbemanning.

<sup>1</sup> Dobeltdiagnose blir av tjenesteutøverne i disse botilbudene forstått som sammenfallende med definisjonen i Stortingsmeldingen Åpenhet og helhet: «personer med vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektive lidelser eller personlighetsforstyrrelser» (St. meld. nr 25 (1996-97)).

- En informant bor i bofellesskap med bemanning på dagtid.
- En informant bor i et bofellesskap for personer med dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri.
- En informant bor i en rekkehusbebyggelse med tre boliger tilknyttet en base med døgnbemanning.
- En informant bor i en leilighet i et stort boligkompleks som er en heldøgnsbemannet omsorgsbolig.

### **Pårørende og tjenesteutøvere**

Vi har gjennomført intervjuer med fire pårørende. To av disse er foreldre og to er søsken. I det ene tilfellet ble søsken intervjuet fordi foreldrene til brukeren ikke lever lenger. Søskenet er brukerens nærmeste og har hatt tettest familierelasjon i mange år. I det andre tilfellet bor ikke mor lenger på stedet og søskenet er den som har hatt tettest kontakt med brukeren.

I to av tilfellene der pårørende er intervjuet, har brukeren en dobbeltdiagnose. I de to andre tilfellene har brukeren en psykisk lidelse, men i løpet av intervjuet blir det klart at rusproblemer har vært en dimensjon også for disse brukerne. Den ene har tidligere hatt rusproblemer og den andre har fortsatt et rusproblem.

Vi har gjennomført intervju med fem tjenesteutøvere i førstelinjen. I tillegg gjennomførte vi også et prøveintervju med ansatt som arbeidet med brukere med dobbeltdiagnoser. To av tjenesteutøverne er ansatte innenfor botilbud/ oppfølgings-tjeneste for personer med dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri. En tjenesteutøver arbeider i psykiatrienheten i kommunen med lang erfaring fra oppfølging av personer med psykiske lidelser. Hun har nå ansvar for et bofellesskap. En tjenesteutøver arbeider i et bofellesskap. I tillegg har vi snakket med, men ikke gjennomført et systematisk intervju med, en tjenesteutøver i oppfølgingstjenesten i den ene kommunen.

## **Rekruttering av informanter – intervjusituasjonen**

### **Rekruttering**

Informantene er rekruttert gjennom det kommunale hjelpeapparatet. Ansatte i kommunen (psykiatrienhet/oppfølgingstjeneste eller ansatt i de aktuelle botilbud) har formidlet et brev fra oss med informasjon om prosjektet og forespørsel om deltakelse til aktuelle informanter. Disse har opprettet førstekontakten med brukerne. I mer enn halvparten av tilfellene har en kontaktperson i kommunen avtalt tidspunkt for intervju med brukeren og meldt dette til oss. I de andre tilfellene (4 brukere) har vi fått telefonnummer til informantene og avtalt tidspunkt direkte.

Tjenesteutøverne er også rekruttert gjennom kontakt med kommunene, og utvalgskriteriet var at de skulle jobbe tett opp mot brukerne i kommunen med psykiske lidelser. De pårørende er rekruttert gjennom disse tjenesteutøverne. I de tilfeller der den pårørende har vært pårørende til en av våre informanter (i tre tilfeller), er brukeren orientert og har samtykket til at deres pårørende blir intervjuet.

Det kan være en del ulemper når brukerne rekrutteres gjennom tjenesteutøverne. Kanskje har denne rekrutteringsmetoden vært med på å prege utvalget av informanter, ved at ansatte har utelatt enkelte brukere. Vi kan heller ikke se bort fra at når forespørselen som her har gått gjennom de ansatte, så vil brukeren føle et ekstra press på å stille opp, og dermed vil framgangsmåten sette frivillighet i fare. Vi har som ovenfor nevnt forsøkt å motvirke dette ved den forhåndsinformasjonen som ble gitt ut og den informasjonen som ble gitt i intervjusituasjonen.

Det å skaffe informanter var en tidkrevende prosess. De ansatte har mange steder gjort en stor jobb når det gjelder å informere om prosjektet og motivere brukere til deltakelse. Det å få på plass avtaler var særlig et problem i de to kommunene hvor vi skulle snakke med personer som hadde dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri. Her måtte det gås mange runder før vi hadde intervjuavtalene på plass. I to tilfeller ble intervjuavtalene endret fordi informanter som hadde sagt ja, ikke var tilgjengelige eller ikke var i form til å gjennomføre intervju på det tidspunkt de først hadde sagt ja til.

I to tilfeller opplevde vi at vi ikke fikk gjennomført planlagte intervjuer. I det ene tilfellet var det en person med dobbeltdiagnose som hadde ombestemt seg og ikke ønsket å gjennomføre intervjuet da vi kom til stedet. Dette hadde dels sammenheng med at han hadde en dårlig dag, men også at det hadde vært mye uro i bofellesskapet om morgenen. En av beboerne var innkalt for å vitne i en retts sak, men hadde ikke møtt opp. Politiet hadde da møtt opp for å hente denne personen og dette opptrinnet hadde ført til mye uro blant de andre beboerne i boligen. Brukeren som vi hadde avtale med, hadde da besluttet at han ikke følte seg i form til å gjennomføre intervju. I dette tilfellet hadde vi avtale om intervju med søsteren til brukeren og dette intervjuet ble gjennomført med brukerens samtykke. Den pårørende prøvde å motivere brukeren til å snakke med oss, men vi var meget klare på at vi ikke ønsket at han skulle presses til å gjennomføre et intervju han ikke ønsket. Brukeren var klar over at vi var der og hadde ingen motforestillinger mot at den pårørende snakket med oss.

I det andre tilfellet ble intervjuet ikke gjennomført fordi brukeren var inne i en dårlig periode og de ansatte vurderte at det ville være lite vits i å gjennomføre intervju. Vi valgte da å ikke gjennomføre intervju med denne informant, men snakket med en annen beboer i bofellesskapet. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om de ansattes vurdering av situasjonen var riktig, og om brukeren til tross for situasjonen hadde et ønske om å snakke med oss.

I en av kommunene klarte vi ikke å få tak i en pårørende. Her hadde vi en avtale med en av brukerne om at hun skulle forespørre sin mor. Hun hadde sagt til tjenesteutøveren at vi gjerne kunne snakke med hennes pårørende, men kontakten skulle opprettes gjennom henne. Vi hadde to kontakter vedrørende dette og fikk tilbakemelding om at dette skulle hun gjøre. Da vi kom til intervju, hadde hun likevel ikke gjort dette, og vi tolket dette som et uttrykk for at hun ikke ønsket at vi skulle snakke med den pårørende likevel. I denne situasjonen fant vi det etisk uriktig å ta dette opp på nytt, men valgte å akseptere hennes ønske. Vi hadde i utgangspunktet vært veldig klar på at kontakt med pårørende til brukere vi intervjuet, skulle være avklart med disse informantene.

### **Intervjusituasjonen**

Vi har totalt gjennomført 20 intervjusamtaler, hvorav elleve brukerintervjuer. Hver av intervjusamtalene har i gjennomsnitt vart cirka en time. Alle intervjuene med brukerne bortsett fra to, er gjennomført hjemme hos brukeren. Et intervju er etter brukerens ønske gjennomført på et av våre kontorer. Et annet er gjort på basekontoret for oppfølgingstjenesten som brukeren er tilknyttet. I to tilfeller har det vært en tjenesteutøver til stede under intervjuet. Dette var et ønske fra disse brukerne, og i det ene tilfellet en forutsetning for at brukeren ville bli intervjuet. I begge tilfellene opplevde vi at tjenesteutøveren var en person som brukeren hadde et fortrolig og tett forhold til. Vi har vært to forskere til stede under syv av intervjuene. Den ene har intervjuet og den andre har notert. Dette opplevde vi som veldig nyttig slik at intervjueren kunne konsentrere seg fullt ut om selve samtalen og slapp å tenke på å skulle notere. I all hovedsak var brukerne meget åpne og villige til å dele sine erfaringer med oss. Noen av intervjuene var likevel en utfordring når det gjelder å holde fokus og konsentrasjon gjennom hele intervjuet om de temaene som vi hadde satt opp. Noen ble veldig slitne på slutten av intervjuet. Vårt inntrykk er at dette handler både om at vi snakker om viktige ting i livet deres, men også om den enkeltes situasjon i forhold til medisiner og rus. Et intervju vi gjennomførte, ble meget begrenset, men samtidig veldig illustrerende når det gjelder deler av målgruppa. Informanten har en dobbeltdiagnose og da intervjuet skulle foregå, var han nylig utskrevet etter en sykehusinnleggelse. Vi oppfattet denne informanten som veldig sliten og preget av å ha vært innlagt en periode. Etter eget ønske hadde han med seg sin primærkontakt i hjelpeapparatet. Informanten hadde problemer med å fokusere på det vi snakket om, samtidig som han var veldig frustrert over egen situasjon. Han ga gjennom hele intervjuet uttrykk for at han mente at han måtte ut av byen for å klare å få kontroll over rusmisbruket sitt. Dette preget intervjuet i stor grad. Vi fikk også inntrykk av at han trodde at vi kunne hjelpe ham med dette. I løpet av intervjuet ble det klart for ham at samtalen med oss ikke ville avhjelpe hans situasjon direkte. Han valgte

halvveis i intervjuet å avbryte intervjusamtalen. Denne brukeren var inneforstått med at hans nærmeste pårørende skulle intervjues og han ga ikke uttrykk for motforestillinger mot dette.

Et pårørendeintervju er foretatt hjemme hos denne personen. To intervjuer er foretatt på et eget rom i boligen hvor familiemedlemmet bor, og et intervju på et kontor i psykiatrienheten i kommunen.

To av intervjuene med tjenesteutøver er foretatt i Fafos lokaler, de tre andre på tjenestestedene.

### **Etiske betraktninger**

Ved denne type studie av en særlig utsatt og sårbar gruppe er de etiske betraktningene viktige. Dette handler både om å sikre informert samtykke til deltakelse og å sikre anonymiteten til deltakerne.

Prosjektet er meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som er personvernombud for Fafo. Vi har vektlagt informert, frivillig samtykke, og intervjuavtalene baserer seg på informert samtykke. Halvparten har levert en skriftlig samtykkeerklæring på forhånd, mens andre har henvist til at de har sett brevet og vet hva prosjektet går ut på. I innledningen til samtalen startet vi med å si at de kan avbryte samtalen når de ønsker, og at de kun behøver å svare på det de har lyst til å svare på.

Videre var det viktig for oss å formidle at det brukerne ga av informasjon til oss, ikke vil ha noen påvirkning av tjenestetilbudet og deres relasjon til tjenesteutøverne. Vi merket likevel at noen av informantene hadde forventninger til at møtet med oss kunne bidra til å løse noen av de problemene de opplever i hverdagen. I noen tilfeller har vi opplevd at informantene ønsket at vi skulle knytte en nærmere relasjon og at vi kunne bli en del av deres nettverk og noen de kunne ta kontakt med i etterkant. Vi har forsøkt å være bevisst på at informantenes deltakelse er viktig for at vi skal kunne formidle brukernes perspektiver og at dette kan bidra til utvikling av bedre og mer adekvate bo- og tjenestebehov til personer med psykiske lidelser. Dette er likevel et etisk dilemma i alle kvalitative intervjuer med sårbare grupper. Vi legger opp til at folk skal åpne seg og dele sine erfaringer med oss, samtidig som vi ikke har mulighet til å følge opp det de måtte formidle annet enn i form av en rapport. Mange har dramatiske historier og et helt tydelig ønske om at noen tar tak og hjelper dem i forhold til systemet. Den rollen har ikke vi anledning til å ta.

Det overordnede bildet er at informantene syntes det var bra å snakke med oss. Noen sa at de følte de ble hørt og tatt på alvor. Det skal ikke ses bort fra at denne typen samtaler har betydning og verdi. Noen av informantene har ventet oss med kaffe og kake, og vårt besøk har vært en begivenhet de har sett fram til.

Pårørendesamtalene har vært spesielle. For mange har det vært tungt å snakke om forhistorien og det har blitt veldig tydelig at mange har hatt et stort press og ansvar over lang tid. Til tross for at det for mange har vært slik at det å snakke om situasjonen har brakt fram vanskelige opplevelser, så har de gitt uttrykk for at de synes det var greit å få snakke om det. Likevel har vi noen ganger ønsket at vi hadde mulighet til å gi en oppfølging av disse menneskene. Deres deltakelse er sterkt motivert av at de ønsker at bo- og tjenestesituasjonen for personer med psykiske lidelser skal bli bedre. Vårt ansvar er at deres opplevelser og erfaringer blir formidlet på en slik måte at det blir hørt.



## 2 Boligsituasjon

Dette kapitlet handler om brukernes boligsituasjoner; hvordan de har bodd før, hvordan de bor i dag og hvilke ønsker de har for framtidig bosituasjon. De samme temaene ble tatt opp i samtaleintervjuene med pårørende og tjenesteutøvere.

Bruker- og pårørendeintervjuene har gitt oss informasjon om en spesifikk situasjon. Intervjuet med tjenesteutøverne har ikke handlet om en spesiell bruker, men om deres erfaring med målgruppa. Vi ser likevel at når det gjelder bolighistorier og boligønsker som på mange andre områder i vårt materiale, at mange av de samme forhold og utfordringer ble framhevet av alle parter. Dette betyr at samtidig som de ulike informantgruppene hadde ulike vektlegginger, så fikk vi samtidig gjennom våre innfallsvinkler bekreftet mange av de utfordringene og synspunktene som brukerne ga uttrykk for. Vi starter med å se nærmere på hva som preger brukernes bolighistorier. Deretter ser vi på hva som preger brukernes bosituasjon i dag og til slutt hvilke boligønsker de har for framtiden.

### 2.1 Bolighistorier

Majoriteten av brukerne har ei fortid preget av en «ustabil» bosituasjon. Hva ligger i betegnelsen «ustabil bosituasjon»? Med dette mener vi at mange kunne fortelle om mye flytting, mange forskjellige boforhold, perioder uten fast bolig, boforhold avbrutt av hyppige institusjonsopphold og noen med langvarige institusjonsopphold. Felles for mange av brukerne var at de i perioder ikke har hatt noe eget sted å bo, har hatt vanskeligheter med å få et sted å bo, og også vanskeligheter med å opprettholde bosituasjonen. Brukerne med rusproblematikk i tillegg til psykisk lidelse er de som i størst grad har hatt et urolig og uforutsigbart liv. De har i perioder ikke hatt et sted å bo overhodet, flere har bodd på hospits eller andre tilfeldige bosteder. Mange av dem vi har snakket med, har hatt lengre opphold på institusjon, noen over flere år. Noen har forsøkt å bo i ordinære boliger, men har flyttet til bofellesskap eller samlokaliserte boliger fordi de ikke klarte å bo alene. Når vi går inn på hva dette skyldes, handler det veldig ofte om manglende trygghet, tilgjengelighet til personale og opplevelse av isolasjon. I kapitlet under går vi nærmere inn på andre faktorer som kan ha ført til en ustabil boligsituasjon.

## Hva har ført til ustabil boligsituasjon?

At folk flytter flere ganger i løpet av livet, er ikke uvanlig i dag, men blant våre informanter ser vi mange flyttinger som handler om at brukeren ikke klarer å holde på boligen eller får problemer i forhold til omgivelsene. Vi har forsøkt å få et inntrykk av hvilke boligproblemer som ligger bak disse flyttingene. Intervjuene ga grunnlag for å trekke fram tre forhold som i særlig grad har gjort det vanskelig å opprettholde en stabil bosituasjon: forhold til naboer, vansker med å overholde økonomiske forpliktelser og manglende oppfølgingstjenester.

### Forholdet til naboer og omgivelser

Forholdet til naboer var noe som mange av brukerne trakk fram som problematisk i sine bolighistorier, men også noen av de pårørende og tjenesteutøverne snakket om dette. I hovedsak dreier disse historiene seg om ulike former for opplevelse av stigmatisering og om problemer med naboene på grunn av uro, et ustrukturert liv og rus.

Det er særlig brukerne som er opptatt av annerledeshet og stigmatisering. Fire av brukerne tok opp erfaringer som handlet om det å være annerledes og ikke bli akseptert. To av disse brukerne forteller om hvordan de opplevde at de ble stigmatiserte i nabolaget og følte at de ble kikket på, at folk trakk seg unna.

«Jeg følte meg ikke helt vel på slutten. Følte meg ikke så velkommen av naboene. Litt kjipt. De trakk for gardinene så jeg ikke skulle få innsyn. Vi hadde kjøkken rett overfor hverandre.»

Denne brukeren valgte å flytte vekk fra dette stedet. To andre brukere forteller eksplisitt at opplevelse av å bli stigmatisert var en medvirkende årsak til at de flyttet. Dette er samtidig en vanskelig faktor. Handler naboenes reaksjoner om holdninger til mennesker med psykiske lidelser? Vi har noen historier som helt tydelig handler om reaksjoner på annerledeshet og om holdninger til mennesker med psykiske lidelser. En bruker forteller om at det var naboaksjoner da det botilbudet hun bor i, ble etablert. For henne ble det en tydelig markering av at hun ble ansett som annerledes. Hun ønsker ikke å fortsette å bo i dette området over tid. At folk i boområder reagerer på å få mennesker med psykiske lidelser som naboer, er ikke ukjent. En studie i et utvalg kommuner på Østlandet viser at når naboene får mer informasjon om psykiske lidelser, så fører dette til mindre angst (Grane-rud 1999).

En annen bruker forteller en historie som nok handler om stigmatisering, men som også handler om at han har agert slik selv at han har kommet i konflikt med naboene. Han forteller:

«Der jeg bodde var egentlig et veldig fint og pynta sted. Men i den perioden drakk jeg også ganske mye og følte meg etter hvert stigmatisert, og merket at det gikk rykter. Alt jeg gjorde, ble tolket galt. Det gikk ikke. Kom i konflikt med naboene. Dette var veldig slitsomt, så jeg søkte flytting og kom hit.»

Intervjuet gir inntrykk av at denne personen har kommet i krangel med naboene sine og at dette har blitt enda verre fordi han har hatt et alkoholproblem i perioden. En annen bruker forteller at hun mistet leiligheten sin fordi naboene klaget på at ungene hennes bråkte. Hun mener dette handlet både om hennes psykiske tilstand, men også om at de ble lagt merke til fordi man kunne se at de hadde innvandrerbakgrunn. Vi har ikke noe grunnlag for å si hva dette handlet om og hva som var årsaken til utkastelse, men vi kan ut fra dette se at forhold til naboer er en viktig dimensjon når det gjelder opprettholdelse av boligsituasjon. En av brukerne våre forteller:

«Jeg bodde i kommunal leilighet i et lite borettslag. Det var veldig mye bråk. Jeg hadde en voldelig fyr. (...) De andre la jo merke til meg – det var veldig mye uro. Det var ekkelt, følte meg utilpass. (...) Det var politiet som hjalp, men det blei jo mye oppmerksomhet da. Når de kom.»

I dette tilfellet er brukeren selv klar på at hun har bidratt til uro for naboene, og det er ubehagelig. Hun er den eneste av brukerne som trekker fram dette som et moment, men også andre brukere vi snakket med, sier lignende ting. En bruker sier at han har mistet leiligheten fordi han ruset seg, uten å ville gå nærmere inn på hva dette handlet om.

Et annet vanskelig område i forhold til naboer var det å klare å utføre de oppgavene som forventes av naboene der du bor. En bruker forteller at det er masse krangel der hun bor (borettslag) når det gjelder trappevask og organisering av vaskekjelleren.

Når vi snakket om tidligere bosituasjoner, var det en bruker som sa at det var jo et problem at hun dro masse «merkelige mennesker» med seg hjem. Hun ville ikke være alene. I intervjuene med noen av brukerne får vi inntrykk av en livsførsel preget av mye uro i form av besøk; av og til handler dette om rus og en belastet omgangskrets.

Når det gjaldt tjenesteutøverne, viste intervjuene oss at det var et tydelig skille mellom dem som jobbet med rusproblematikk og dem som jobbet med personer med psykiske lidelser: Tjenesteutøverne vi snakker med som arbeider innenfor psykiatrien, er ikke spesielt opptatt av naborelasjoner. Tjenesteutøverne som arbeider med personer med dobbeltdiagnose, er derimot veldig opptatt av forhold til naboer. På spørsmål om hvorfor det har gått galt tidligere, så sier en av disse tjenesteutøverne:

«Det er nabolag hvor naboene har reagert. Dette er galskapens negre. De er stigmatisert bare ved å vise seg. De fleste har levd blant rusmisbrukere. Her er det et hierarki hvor dobbeltdiagnosene er på bunn. Mange av dem er for eksempel dårlige kriminelle. Pådrar seg mye rusgjeld – og den eneste måten å betale er ved låne ut leiligheten. Til slutt bor 15 stykker der, men ikke Per som har fått leiligheten.»

Innenfor oppfølgingstjenesten for personer med dobbeltdiagnoser er de også bevisst på at brukere tidligere har mistet leilighet på grunn av problemer med naboer. Et av problemene de tar opp, er nettopp at det kan skje at brukeren mister kontrollen over leiligheten.

Vi skrev tidligere at en bruker sa at han mistet leiligheten på grunn av rusing. Rusmisbruk er en årsak til manglende bostabilitet for dem dette gjelder, men vi får ikke noe nærmere utdyping av dette fra brukerne selv. En tjenesteutøver forteller om hvordan et botilbud de utviklet i sentrum, endte med å bli en rusbule. Til slutt var det ingen tjenesteutøvere som torde å gå inn, alt ble herpet og ødelagt. Denne typen problemer er det kun tjenesteutøvere og pårørende som er opptatt av.

En annen dimensjon i forhold til naboer og nabolag blir tatt opp av to av de pårørende. De er begge fortvilet over at deres familiemedlem bor i et område med mange andre som har problemer med rusmisbruk. Den ene av disse har et alvorlig og vedvarende rusmisbruk og den eksponeringen overfor rus som han blir utsatt for, bidrar ifølge den pårørende til at han ikke klarer å stabilisere seg og få kontroll over sin egen rusbruk. Den andre pårørende forteller at hans familiemedlem har et rusproblem, og at den leiligheten hun har fått, ligger i et område med mange andre som har rusproblemer. Han er fortvilet over at hun har alt for mye «dårlig besøk» og at rusmiljøet er for lett tilgjengelig.

### **Vansker med å overholde økonomiske forpliktelser**

Økonomi er også et tema som nevnes av mange i sammenheng med ustabil bosituasjon. For noen av brukerne har det vært et problem at de ikke har klart å overholde økonomiske forpliktelser i forbindelse med boligen. Også fra andre studier vet vi at flere i målgruppa kan ha problemer med å holde på boligen nettopp på grunn av problemer med å overholde økonomiske forpliktelser. Fafo evaluerer «Samarbeidsprosjektet – færre utkastelser», et samarbeid mellom Namsmannen i Oslo og tre bydeler i Oslo. Kartleggingen foretatt av prosjektet selv, viser at psykiske helseproblemer er en viktig risikofaktor når det gjelder begjæringsaker (Øverås mfl. 2005).

En av brukene forteller at tidligere brukte hun opp alle pengene med en gang hun fikk dem og dette gjorde at hun fikk problemer med husleie. Hun har nå gått inn på en avtale om at andre styrer henns økonomi og at hun får husleien trukket

direkte fra kontoen. Denne historien har sterke fellestrekk med historien til to andre. En forteller at han på grunn av rusing fikk stor gjeld og følgelig har hatt problemer med å overholde økonomiske forpliktelser. Han har mistet flere leiligheter på grunn av dette.

En av de pårørende forteller at familiemedlemmet mistet leiligheten på grunn av at hun ikke betalte husleien. Han forteller hvordan familiemedlemmets manglende overholdelse av økonomiske forpliktelser har ført til at han har fått masse problemer og i flere tilfeller følt seg nødt til å hjelpe brukeren. I et tilfelle kjente han huseieren som prøvde å presse ham til å gjøre opp for familiemedlemmet.

De fleste brukerne vi har snakket med, har laget ulike avtaler for forvaltning av økonomi. Når brukerne forteller oss om disse ordningene så vektlegger de selv på ulike måter at de har dårlige erfaringer med å ha full råderett og ansvar for egen økonomi. Mange har gått inn på avtaler med direkte trekk av husleie og strøm.

### **Manglende oppfølging**

Både brukeren, pårørende og ansatte er opptatt av at manglende oppfølging fra hjelpeapparatets side har vært medvirkende til en ustabil bosituasjon. Likevel viser våre intervjuer at det er tjenesteutøvere og pårørende som er mest eksplisitte i forhold til dette.

Mange av de pårørendes fortellinger er preget av en forhistorie hvor de har hatt problemer med å bli hørt i behandlingsapparatet, hvor de har opplevd manglende tilgang til psykiatrisk behandling ved behov, samt manglende kommunikasjon i forbindelse med utskrivninger. Flere har opplevd at deres familiemedlem har hatt hyppige reinnleggelse på grunn av manglende samarbeid mellom 1.- og 2.- linjetjenesten. En pårørende forteller om hvordan familiemedlemmet ble skrevet ut fra sykehus og sendt tilbake til kommunen uten at familien visste at hun kom og uten at det var noe tilbud som ventet.

«De kjørte henne hjem. Hun var syk på veien. Helt utrolig. Så kom hun hit, uten at det var noen som ventet.»

I den perioden bodde familiemedlemmet hjemme en liten stund, men det fungerte ikke. Hun var syk og de pårørende hadde ikke kapasitet til å ta seg av henne. Det var ingen oppfølging fra hjelpeapparatet. Det gikk ikke lang tid før hun ble innlagt igjen. Senere da hun kom tilbake til kommunen igjen, bodde hun ulike steder, og i en lang periode sammen med en voldelig mann. Denne pårørende forteller om det hun opplevde som en fortvilet prosess for at familiemedlemmet skulle få hjelp. Prosessen endte med tvangsinnleggelse og et lengre behandlingsopphold for brukeren.

To brukere forteller om situasjoner der de har bodd alene uten noen hjelp. De mener at de ved flere anledninger har blitt dårlige av den psykiske lidelsen fordi

de ikke fikk hjelp og ingen oppdaget behovet fordi de bodde alene. Når de endelig fikk behandling, så var det nødvendig med langvarige institusjonsopphold for å bli bedre.

Særlig pårørende og tjenesteutøvere til personer med dobbeltdiagnoser er opp-tatt av betydningen av oppfølging og kontakt med behandlingsapparatet. En av de pårørende til en bruker med dobbeltdiagnose sier:

«Han fikk en leilighet, men veldig lite oppfølging. Han ruset seg mye og ble enda dårligere, han ble psykotisk og redd for alt. Til slutt mistet han leiligheta fordi han ble tatt for tyveri.»

I dette tilfellet mener også den pårørende at den vonde sirkelen kunne vært brutt mye tidligere dersom brukeren hadde fått bedre oppfølging. Også en annen pårørende forteller om hvordan hun opplever at hun har stanget hodet i veggen i møte med behandlingsapparatet og ikke blitt hørt. Hun mener mye av rusproblemene og den langvarige ustrukturerte livssituasjonen til familiemedlemmet kunne vært unngått dersom han hadde blitt sett og tatt på alvor i behandlingsapparatet tidligere:

«Så bodde han her (hjemme), var i drift rundt om kring, så inn i institusjon og ut i igjen. Han var flere steder, flere opphold. (...) Han har alltid falt mellom to stoler. For mye rus for psykiatrien og for mye psykisk lidelse for rusbe-handlingen. (...) Jeg sa tidlig at han burde utredes for xxx, men det var det ingen som ville høre på. Jeg syntes at sånn han var lignet på det. Men det var det ikke snakk om. Nå, da han var nesten 30, ble han diagnostisert. Tenk alt vi kunne sluppet å gå igjennom. All denne rusen. Men det nytter ikke å gråte over det nå.»

Kartleggingen av udekkede bo- og tjenestebehov blant personer med psykiske lidelser peker på udekkede behov blant gruppen med dobbeltdiagnoser og bekref-ter derfor det bildet vi ser i vår studie her. En årsak til vansker med å gi hjelp som intervjuene med tjenesteutøverne i kartleggingen ga grunnlag for å peke på, var at de opplevde at mange ikke vil ha hjelp (Hansen og Ytrehus 2005:37). Vår stu-die her tyder på at mange ikke har blitt tilbudt hjelp, men tjenesteutøverne i den-ne studien mener også at det er vanskelig å gi hjelp. Et av momentene de trekker fram når det gjelder hvorfor målgruppa ikke har klart å holde på boligen tidligere, er at disse brukerne ikke lar seg «disiplinere inn i tiltak». Ifølge tjenesteutøverne handler det i stor grad om hvordan hjelpen gis. Deres holdning er at moralisering og krav fra hjelpeapparatet kun vil føre til at brukerne trekker seg vekk. En av dem sier:

«Behandlingsapparatet har i liten grad forstått brukernes komplekse liv og tilstand. De har lagt føringer for hvordan de skal leve og dermed har det ikke gått.»

Tjenesteutøverne innenfor området dobbeltdiagnoser er opptatt av oppfølging, tjenester og samarbeid med behandlingsapparatet, men at dette må skje på brukernes premisser. Botilbudene må utformes på en slik måte at brukerne ønsker å bo der, at de kan oppleve det som et hjem for seg. Deres erfaring er at da må kravene dempes og erstattes av aksept og tilbud.

### **Om å bo hos familien**

Noen av brukerne sier at de i perioder har bodd hos familie. En bodde hjemme hos mor i en kort periode fordi det skulle gjøres utbedringer i boligen. En annen forteller at han bodde hjemme en god stund før han fikk egen leilighet, og at dette var en veldig lite vellykket boligstrategi.

«Det var ikke bra, verken for meg eller familien at jeg bodde hjemme. Alle har jo rett til privatliv. Alle hjemme så at jeg ikke hadde det bra. Det var foreldrene mine som søkte om at jeg fikk et eget sted å bo. (...) Foreldrene mine er veldig glad i meg, men også veldig metta av situasjonen.»

Denne informanten er veldig bevisst på at han kan være en belastning fordi han er psykisk syk og fordi han mener at foreldrene ikke har kapasitet til å ha ham boende hjemme. Dette gjelder for flere av brukerne. De sier de tenker på at de kan være en belastning fordi de er syke og at familien deres har hatt mange bekymringer på grunn av dem.

Tre av de pårørende tar opp det at de har hatt familiemedlemmet boende i perioder. En av de pårørende forteller om hvordan hennes sønn med dobbeltdiagnose i perioder har bodd hjemme hos henne og at det har vært en enorm psykisk belastning for henne. Dette har vært i perioder hvor han ikke har hatt noe annet sted å bo og hvor han ofte har vært veldig dårlig. Som tidligere nevnt forteller en annen pårørende om hvordan hennes familiemedlem flyttet inn en periode etter et institusjonsopphold, men at de ikke klarte situasjonen. Den tredje pårørende har hatt sitt familiemedlem boende hjemme i flere perioder. Han forteller om hvordan dette har vært et stort ansvar og at han til tider har vært helt utslitt. Familiemedlemmet har i perioder vært meget syk, men han har opplevd store problemer med å bli hørt i behandlingsapparatet. To ganger har familien ikke kunnet ta ansvar for henne lenger og han har medvirket til at hun har blitt tvangsinnlagt. Dette gir han uttrykk for at har vært en psykisk påkjenning, særlig det å skulle stå til ansvar for overfor familiemedlemmet i ettertid.

En av de pårørende som har opplevd at deres familiemedlem har fått et botilbud med tilstrekkelig oppfølging, gir uttrykk for glede over ikke å ha hovedansvaret for brukeren lenger. Dette gjelder også flere. I alle disse tilfellene vektlegger den pårørende at de har fått et annerledes og bedre forhold til familiemedlemmet fordi de ikke trenger å ta hele ansvaret. En av dem sa:

«Nå er jeg bare mamma og det synes jeg er behagelig.(...) Når jeg går på besøk til ham nå er det bare for hygge. Det er fint, men det var vanskelig å gi fra seg omsorgen. Jeg har jo alltid hatt ansvaret. Men, nå slipper jeg å kjeft. (...) For min del er det godt at han ikke bor her.»

Dette sitatet er veldig illustrerende. Alle de pårørendesamtalene vi har hatt, viser hvor tungt de har opplevd opplevelsen av å ha en form for hovedansvar, og for en lettelse det er når de opplever at noen andre tar dette ansvaret. For tre av de pårørende som har opplevd dette, er det tydelig at denne ansvarsoverdragelsen har medvirket til en bedre relasjon til deres familiemedlem.

### **Dobbeltdiagnoser – «Dette er de vi har bosatt igjen og igjen»**

Det er noen særlige utfordringer når det gjelder gruppen med dobbeltdiagnoser. Våre informantsamtaler viser at de har enda mer turbulente bohistorier enn de som ikke har rusproblemer. Alle våre informanter i denne gruppen hadde vært bostedsløse før de fikk det boligtilbudet de har nå. Alle har hatt perioder med tilfeldige bosteder avbrutt av perioder uten noe sted å bo. To av disse brukerne kom fra opphold i institusjon da de flyttet inn i boligene de har nå; den ene fra fengselsopphold og den andre fra langvarig opphold i psykiatrisk institusjon. Før det hadde begge vært uten bolig og bodd tilfeldige steder. Den tredje hadde en ustabil bosituasjon med flere ulike og tilfeldige bosteder.

Informantenes historier er meget samsvarende med det bildet som tjenesteutøverne tegner av gruppen. En av tjenesteutøverne oppsummerer forhistorien for brukerne i botilbudet hun jobbet i, og sier:

«Dette er de vi har bosatt igjen og igjen, og kasta ut. Alle er tidligere bostedsløse med en ustabil og tilfeldig bosituasjon over lang tid. De har erfaringer fra institusjoner, både rusomsorg og psykiatri, og fra fengsel. De er slitne, det er folk med alvorlig psykisk lidelse og vedvarende langvarig rusmisbruk.»

En annen av tjenesteutøverne sier:

«Dette er en vanskelig gruppe å bosette. De lar seg ikke disiplinere inn i tiltak. Her må man bygge rundt galskapen og legge til side all tro på oppdragende metode, det er dødfødt.»

Intervjuene danner et bilde av mennesker som på mange måter har levd i samfunnets randsone. Alvoret i situasjonen ble tydeliggjort når vi snakker med pårørende. Deres beskrivelse av familiemedlemmets forhistorie er sterkt preget av lang tids frustrasjon og bekymring. Bolighistoriene de fortalte, handlet om mennesker som får problemer med å holde på boligen på grunn av mye rusing, et kaotisk dagligliv, rusmisbruket som forsterker den psykiske lidelsen, raserte boliger i perioder når brukeren er psykotisk, om kriminalitet og tyveri. Noen forteller om perioder hvor de har vært bekymret over ikke å vite hvor familiemedlemmet var og redsel for at de har kommet til skade. Den ene pårørende forteller om dette, men synes samtidig helt tydelig at det er vanskelig å utlevere sitt familiemedlem på denne måten. Hun forteller om perioder hvor hun har ringt rundt til politi og sykehus for å prøve å finne ut hvor han er, om redsel for selvmord og for at han er et sted uten å få hjelp.

Noen gir uttrykk for at de er psykisk utslitte selv etter mange år med opplevelse av å måtte ta hele ansvaret for familiemedlemmet, over ikke å ha blitt hørt i behandlingsapparatet og følelse av å stange hodet i veggen. I mye sterkere grad enn de andre pårørende har de erfart ikke å få hjelp, og ikke bli tatt på alvor eller å ikke passe inn, særlig når det gjelder behandlingsapparatet. Disse erfaringene samsvarer med det som etter hvert er blitt offisiell virkelighetsforståelse overfor denne gruppen. I Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og helhet står det om gruppen med dobbeltdiagnose:

«Personer i denne gruppen faller ofte utenfor behandlingstilbudene både i rusmiddelomsorgen og i psykisk helsevern. Behandlerne føler seg ofte hjelpeløse overfor disse menneskenes sammensatte problemer, og opplever at de vanlige behandlingstilbudene i rusmiddelomsorgen og psykisk helsevern »ikke passer». Av denne grunn avvises klientene ofte etter kort tid med store konflikter, og de blir overlatt til seg selv og blir gående uten tilbud, eventuelt helt til krisen og innleggelsesbehovet blir så åpenbart for omgivelsene at de ender i en akutt tvangsinnleggelse. Gruppen er overrepresentert blant hjemløse i de store byene, i hospitser og lignende.» (St.meld. nr. 25. (1996–97): 110)

Våre informantsamtaler med både brukere, pårørende og tjenesteutøvere bekrefter og utfyller dette bildet. Gjennom denne stortingsmeldingen ble ansvaret for pasienter med dobbeltdiagnoser forankret i psykisk helsevern, men med vektlegging av at gruppen trenger særskilte tilbud med spesiell kompetanse (St.melding nr. 25 (1996–97): kap.5.2.1.). Våre brukerinformanter har i dag et botilbud tilknyttet personale med kompetanse innenfor området dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri. Pårørende legger også sterk vekt på at de endelig føler at de får hjelp og at noen har tatt ansvar for deres familiemedlem.

Samtidig som de pårørende forteller mange dramatiske historier relatert til psykisk lidelse og rusproblemer, er de opptatt av å få fram også andre sider ved sitt familiemedlem. De legger vekt på at brukeren er et familiemedlem med mange sider og mange gode kvaliteter. En av de pårørende vektlegger at brukeren er hyggelig å være sammen med, at hun liker å gå på kafé sammen med ham fordi de har mye å snakke om og har mye felles som personer. Hun sier at nå som han har fått et skikkelig botilbud, går dette mye bedre.

«Han er en god gutt. Nå føler han seg trygg og det er ikke noe tull lenger.»

En annen bruker forteller om hvor kreativ og flink familiemedlemmet er til å lage ting. Intervjuene viser at de ønsker å betone andre sider ved personen enn det som handler om rusing og psykisk sykdom. Dette kan sammenlignes med det som beskrives som «mothistorier» i Fafos evaluering av Nattergalen, et botiltak for kvinner med dobbeltdiagnoser (Øverås 2004:51). Her beskrives hvordan de ansatte søker å styrke beboernes selvrespekt og legge til rette for at de får anledning til å presentere seg på en annen måte overfor omgivelsene. Beboerne skal gis mulighet til å etablere en annen identitet enn den som er direkte koblet til det å være rusmisbruker og samtidig ha alvorlige psykiske lidelser. I vårt tilfelle er det de pårørende som formidler «mothistorier», for å presentere brukeren overfor oss på en annen måte enn som bare en person med psykisk lidelse eller som rus klient.

## 2.2 Hvordan bor de nå?

Under gir vi en kort presentasjon av boligsituasjonene som brukerne har nå.

### **Ordinære kommunale boliger:**

I to av kommunene har vi snakket med brukere som bor i ordinære kommunale boliger. De har inngått en ordinær leiekontrakt med kommunen. Brukerne har individuelle avtaler om tjenester og oppfølging i boligen. Det kan være praktisk hjelp, oppfølging fra psykiatrienhet og andre kommunale tjenester. Det er ikke koblet personell direkte til boligen.

### **Bofellesskap med bemanning på dagtid:**

En bruker bor i et nystartet bofellesskap med seks leiligheter. Det er meningen at beboerne skal klare seg selv i størst mulig grad. Bofellesskapet har kun bemanning på dagen; hver formiddag, fire timer på helgedagene og to kvelder i uka. Bofellesskapet har felles stue, oppholdsrom og kjøkken. To ansatte fra psykiatritjenesten i kommunen har ansvaret for oppfølging i bofellesskapet. Det er ikke avgjort hvor-

vidt beboerne som tidligere har fått praktisk hjelp fra hjemmetjenesten, skal fortsette å få dette etter at bofellesskapet er kommet ordentlig i gang. Beboerne har husleiekontrakt og har inngått en samarbeidsavtale med kommunen. Samarbeidsavtalen innebærer at de forpliktet seg til å samarbeide med tjenesteutøverne og ta imot hjelp.

#### **Bofellesskap med døgnbemanning:**

To brukere bor i et bofellesskap med døgnbemanning. Dette er også det eneste bofellesskapet som er for personer med psykiske lidelser i denne kommunen. Dette er et stort bofellesskap satt sammen av to komplekser, totalt er det 16 enheter. Det er 14 årsverk tilknyttet bofellesskapet. I utgangspunktet skulle dette være et midlertidig botilbud, men ifølge de ansatte skapte dette utrygghet blant beboerne og de har nå endret praksis og gitt beboerne som ønsker det forsikring om at de kan bo der permanent. De ansatte i boligen har alt praktisk oppfølgingsansvar for beboerne. Dette vil si at de yter hjelp og støtte i dagliglivets gjøremål, bidrar med hensyn til sosial kontakt og også i forhold til kontakt med det øvrige hjelpe- og behandlingsapparat. De ansatte har ansvar for medisiner.

#### **Rekkehus tilknyttet en base:**

En bruker bor i et rekkehus med tre boliger som er tilknyttet en personalbase. Botilbudet består av rekkehusene i tillegg til noen leiligheter i huset hvor personalbasen ligger. Leilighetene i personalbasen har tettere oppfølging. Botilbudet har totalt sju beboere. Dette er et eget kvinneprosjekt for personer med enten rusproblemer eller psykiske lidelser. Brukeren har en egen kontaktperson på basen og har mulighet til å ta kontakt med basen ved behov. Basen er bemannet hele døgnet. Vår informant har ingen fast oppfølging fra personalbasen i botilbudet, men har mulighet til å ta kontakt med dem ved behov og opplever trygghet ved det tilsynet personalbasen har med boligene. Hun får oppfølging og tjenester fra det ordinære tjenesteapparatet. Beboerne har kontrakt for to år av gangen.

#### **Heldøgnsbemannet omsorgsbolig:**

Den yngste informanten bor i en leilighet i et stort boligkompleks med personalkontor (sonekontor) i bygget. Dette er kategorisert som en heldøgnsbemannet omsorgsbolig. Dette er ikke et eget botilbud for personer med psykiske lidelser. Boligkomplekset er primært et tilbud for eldre, men det bor også noen yngre funksjonshemmede i boligkomplekset.

Beboerne har avtaler om oppfølging og praktisk hjelp fra personalkontoret i bygget, og kan ta kontakt med de ansatte her ved behov. Vår informant har avtale om at en av de ansatte kommer innom fire ganger om dagen. Personalet ved kontoret i bygget har også ansvar for det de kaller boveiledning som i hovedsak

består i å skulle motivere og støtte henne i dagliglivets gjøremål. I tillegg har personalet ansvar for medisiner. Personalkontoret har ingen spesialkompetanse på psykiatri. Ifølge tjenesteutøver vi snakket med, så faller en del rettigheter til tjenester bort fordi dette er klassifisert som en heldøgns omsorgsbolig. Dette betyr at det er vedtatt at beboerne for eksempel ikke har rett til støttekontakt. Vår informant har likevel klart å få dette etter en lang prosess med kommunen.

### **Botilbud for personer med dobbeltdiagnoser:**

Vi har snakket med brukere i to botilbud som er for personer med samtidig rusproblemer og psykisk lidelse: et bofellesskap og en ambulansoppfølgingstjeneste for brukere i selvstendig boliger. Begge tilbudene gir tett oppfølging, men det er to forskjellige modeller og rammer. De fleste brukerne i begge botilbudene er i dag på metadon eller subuteks.

### **Ambulant oppfølgingstjeneste for personer i selvstendig bolig:**

To av våre informanter med dobbeltdiagnose bor i selvstendige kommunale leiligheter, men får hjelp fra en egen ambulansoppfølgingstjeneste. Oppfølgingstjenesten er knyttet til brukeren, ikke til boligen. Brukerne har fått vedtak fra kommunen om et visst antall timer med oppfølging fra oppfølgingstjenesten, men oppfølgings-tjenesten er tilgjengelig for sine brukere på mobil hele døgnet og rykker ut etter behov. Tjenesten har et fast sted (base) hvor brukerne kan komme. Den ambulante oppfølgingstjenesten har 5,5 årsverk og 13 brukere (i løpet av prosjektperioden økte antallet brukere til 15 personer). I løpet av de nesten fem årene tilbudet har eksistert, har de hatt 20 brukere. Det er kun én av disse brukerne som har mistet boligen. En annen har kuttet kontakt med oppfølgingstjenesten. Det mest typiske er at beboerne har flyttet for å få en institusjonsplass og noen er flyttet ut av byen. I den perioden vi gjennomførte våre intervjuer, ble det vedtatt at noen av brukerne som ønsket et høyere omsorgsnivå, skulle flytte til et nybygg med samlokaliserte boliger tilknyttet en fast personalbase. Avtalen er at brukerne som flytter til disse boligene, fortsatt skal være tilknyttet oppfølgingstjenesten.

Brukerne har i tillegg til oppfølging fra Oppfølgingstjenesten også individuelle avtaler om hjemmetjenester fra kommunen etter behov. Brukerne har en primærkontakt ved Oppfølgingstjenesten og denne personen inngår i eventuell ansvarsgruppe rundt brukeren.

Beboerne har samarbeidsavtale som konkretiserer omfanget av oppfølging og avtaler mellom bruker og Oppfølgingstjenesten om innhold og form.

Mange av brukerne av Oppfølgingstjenesten er, eller har vært pasienter ved et eget behandlingstilbud for personer med dobbeltdiagnose. Oppfølgingstjenesten har hatt tett samarbeid med dette behandlingstilbudet helt fra starten.

### **Bofellesskap for personer med dobbeltdiagnose:**

En av informantene bor i et eget bofellesskap for personer med dobbeltdiagnose. Botilbudet har hatt som utgangspunkt å favne de som er dårligst og som har hatt store problemer med å få til en stabil bosituasjon. Det er fem «leiligheter» i bofellesskapet. Bofellesskapet er et gammelt bygg og ligger på et sykehusområde. Leilighetene eller hyblene har ikke eget bad eller kjøkken, men felles fasiliteter i hver etasje. I tillegg har de fellesrom, stue og kjøkken. Bofellesskapet er døgnbemannet og har 9,6 stillinger. Det er alltid to ansatte på vakt. Beboerne har bodd her lenge, fire av dem siden starten (6 år).

Utgangspunktet i bofellesskapet er at beboerne skal klare mest mulig selv i leilighetene. Alle beboerne har vedtak om tvungen forvaltning. Alle får utbetalt en viss sum i uka. Beboerne skal handle mat, lage mat og vaske. Alle har en primærkontakt blant de ansatte og de ansatte yter praktisk hjelp og støtte på alle livets områder; fra praktisk støtte til dagliglivets gjøremål til kontakt med behandlingsapparatet, aktivitet og sosial kontakt. Alle har samarbeidsavtaler hvor de blant annet forplikter seg til å ta imot hjelp. Beboerne har ordinære husleiekontrakter.

### **Fra selvstendige boliger til samlokalisering og bofellesskap**

Flere av brukerne vi har snakket med, har tidligere bodd alene i egen bolig, men bor nå i bofellesskap eller samlokaliserte boliger med personale tilgjengelig. Det er særlig to momenter som trekkes fram som positivt når det gjelder det å bo i bofellesskap: For det første det at brukerne opplever at de nå får forståelse for at de har en psykisk lidelse og at de får *faglig* hjelp og støtte. Vi fikk en rekke uttalelser av typen «her forstår de at jeg er syk og tolererer galskap», eller en som sa at det fine i bofellesskapet var at det var lov å være akkurat som man er. En tredje bruker sier:

«Her er det folk som skjønner hvordan du har det, det er fagfolk her.»

Det andre momentet som ble trukket fram, var tryggheten ved å bo sammen med andre. Det hadde positiv betydning for mange at det er andre mennesker i nærheten, både personale og medbeboere. En dame som hadde bodd alene i selvstendig bolig lenge, sa:

«Det er fint at det er folk her, både personale og andre folk som bor her.»

Men våre intervjuer viste også at fellesskapet ikke bare var positivt. Flere la vekt på at det kunne være problematisk å bo så tett på andre som hadde store psykiske lidelser. En av beboerne sa at det ble jo mye noen ganger, «det er jo mye syke folk her». Denne brukeren bodde i et stort bofellesskap. Innenfor en slik ramme er det en ekstra utfordring å forhindre uro.

I tillegg så vi at denne tette boformen gir noen særlige utfordringer med hensyn til å bevare kontrollen og opplevelsen av å ha et privat hjem. Mange av brukerne tar opp dette i samtalen. En av brukerne sa at dersom dette skulle fungere som private leiligheter, så måtte man foreta utbedringer når det gjaldt lydisolering. Han var fornøyd med at han kunne låse døra inn til leiligheten sin, men det var så lytt i bofellesskapet at han ikke kunne unngå å ta del i de andres problemer og liv på den andre siden av veggen. Denne beboeren var også opptatt av å markere at han ville ha et liv og nettverk på utsiden av bofellesskapet som var hans. Når en bor så tett, så er det vanskelig å unngå uønsket kontakt. En annen bruker i et botilbud med flere leiligheter var opptatt av noe av det samme. Hun var veldig tydelig på at hun ikke ønsket å bli nære venner med de andre beboerne. Samtidig var det fra botilbudets side lagt opp til en del felles aktiviteter. Hun var bekymret for at det ble for tett med beboerne i de andre leilighetene.

«Jeg trekker meg litt tilbake. Er redd for at det skal bli for tett her. Vil helst gjøre ting andre steder enn her og knyttet til dette. Det kan bli for plagsomt om det blir for tett.»

En ansatt i et bofellesskap fortalte om at beboerne etablerte grenser for hvor tett inn de slapp de andre beboerne. Ifølge henne foregikk all kontakt mellom beboerne i fellesområdene. Beboerne var nesten aldri på besøk hos hverandre i leilighetene. Dette kan nettopp handle om redselen for at det skal utvikles for tette bånd. Strategien for å sikre dette blir å lage klare romlige grenser for kontakten.

Av dette ser vi se at særlig bokollektivene kan stå i fare for å få noen av institusjonens negative kjennetegn: Beboerne er felles om alle gjøremål, beboerne får ikke velge selv hvilke relasjoner de skal inngå i og alle gjøremål foregår på et og samme sted (jf. Goffman 1961). Samtidig gir brukerne stort sett inntrykk av at de har laget noen strategier for å ha kontroll og klarer å få til en skjerming av privatlivet sitt. En av brukerne sier:

«Leiligheten er litt mindre enn den jeg hadde, men jeg er veldig fornøyd. (...) Det er ingen som trenger seg inn her uten min godkjenning, så jeg får nok privatliv.»

En annen beboer sier at man kan velge hvor mye kontakt man vil ha, det er opp til hver enkelt. Ønsker man ikke fellesskap, kan man låse døra.

«Her er vi helt frie, kan ta kontakt eller låse døra.»

Når brukerne snakker om hva som er positivt ved bofellesskap eller andre botilbud med tilknyttet personale, så er det tryggheten ved tilgang til personale det som kommer først. I andre rekke kommer muligheten for fellesskap med andre beboe-

re, men hvor vi helt tydelig ser at det finnes klare grenser for hvor tett et fellesskap man ønsker.

### **Tidsbegrensede eller permanente botilbud**

Beboerne i kommunale boliger har ordinære husleiekontrakter som ikke er tidsbegrenset. I flere av de andre botilbudene er det derimot tidsbegrensede kontrakter. Selv om ingen av de botilbudene vi har sett på, er definert som treningsboliger, så viser intervjuene med tjenesteutøverne at noen av botilbudene har målsettinger om at beboerne på sikt skal kunne bo i mer selvstendige boformer. Det ene bofellesskapet med heldøgnsbemanning skulle i utgangspunktet være et midlertidig tilbud. Målsettingen var at beboerne etter en periode i botilbudet skulle klare å bo i en mer selvstendig boform. Mange av beboerne her kom rett fra langvarige institusjonsopphold. I løpet av perioden i botilbudet skulle de gradvis bli motivert og få støtte til selv å klare dagliglivets oppgaver. En av de ansatte sier at de erfarte at dette skapte usikkerhet og uro blant beboerne. Kommunen har derfor endret praksis og gir beboere som har behov for det, forsikring om at de kan bo i bokollektivet permanent. For våre brukerinformeranter i dette bofellesskapet er dette viktig. For dem er det viktig å ha trygghet for at botilbudet er et varig tilbud. Også for den pårørende som har et familiemedlem i dette bofellesskapet, er det viktig at dette er et permanent botilbud. Hun kan nå forholde seg til en forutsigbar ramme rundt brukerens liv.

En annen bruker er også opptatt av tryggheten som ligger i et varig botilbud, men han vurderer også muligheten for å flytte en gang. Han leier en ordinær kommunal bolig og sier:

«Jeg ønsker meg et lite krypinn med mindre praktiske problemer. Jeg vil eie noe selv, egentlig. Her føler jeg at jeg ikke har noen rettigheter og så blir jeg utrygg på grunn av det. Nå vil jeg ha rettigheter.»

For to andre brukere er nettopp botilbudets midlertidige karakter et viktig poeng. De vektlegger at slik situasjonen er nå, behøver de den skjermede boformen de har, men det er viktig for dem å vite at dette er kun et midlertidig tilbud før de er klar til å bo i en mer selvstendig bolig. Disse to brukerne har en klar ambisjon og et ønske om å komme videre til en mer selvstendig boform.

## 2.3 Boligønsker for fremtiden

Det generelle bildet er at de aller fleste er fornøyd med det boligtilbudet de har i dag. Brukerne sammenligner med tidligere boligsituasjoner og mange opplever det tilbudet de har nå som bedre enn det de hadde tidligere. To av brukerne er misfornøyd med selve standarden på boligen de har. For begge disse handler dette om at boligen er gammel og at de ønsker at den var bedre vedlikeholdt. Den ene er som vi tidligere har nevnt, opptatt av at det er meget lytt i boligen. I den boligen hvor boenhetene ikke har eget kjøkken og bad, så er dette et savn. En annen bruker som bor i ordinær kommunal bolig, ønsker å bo i bofellesskap. Han føler seg isolert og ønsker mer fellesskap. I dette kapitlet tar vi opp tre andre temaer som viser seg viktige angående framtidig bosituasjon: Beliggenhet, erkjennelsen av å ha et oppfølgingsbehov og vurderingen av behovet for skjerming som varig eller midlertidig.

### Beliggenhet

En av brukerne er svært misfornøyd med beliggenheten og dette er det temaet som engasjerer henne mest. Når hun fikk den boligen hun har nå, måtte hun flytte fra et etablert nettverk. Det medførte at barna i familien måtte bytte skole og møte en masse problemer i forhold til dette. Selv opplever hun at hun er blitt unødvendig isolert på grunn av boligens beliggenhet. Også andre brukere legger vekt på bostedet. I to av tilfellene er boligene plassert slik at beboerne skiller seg sterkt ut sammenlignet med andre beboere. Det ene tilfellet er barnefamilien over som er plassert i et område med hovedsakelig trygdeboliger for eldre, det andre tilfellet er en ung kvinne som er plassert i et boligkompleks for eldre.

Brukere med rusproblemer legger stor vekt på boligens beliggenhet. Felles for alle våre informanter med rusproblemer er at de ikke ønsker å eksponeres for rus. De ønsker ikke å bo slik at de er nødt til forholde seg til rusmiljøet på stedet. Brukerne har tydelige strategier for å unngå dette: Mange snakker om at de vil bo i utkanten av byen, at de ikke vil bo slik at de må gå gjennom byen. Samtidig vil majoriteten bo rimelig sentralt for å kunne ha tilgang til tjenester og tilbud i sentrum. Når vi spør den ene av dem om hvordan han vil bo i fremtiden, så sier han:

«Men en leilighet kan ikke ligge avsides, politiet må kunne komme kjapt hvis det trengs. Men det kan heller ikke ligge nærme byen. Jeg vil ikke gå gjennom by'n.»

På dette området har brukere og pårørende samme vurdering. Også de pårørende er opptatt av å hindre at brukeren med rusproblemer må bo slik at de blir eksponert for rus hele tiden. På en måte er botilbudet for personer med dobbeltdiagno-

ser i et dilemma når det gjelder dette. Alle her går på metadon/subuteks, men mange bruker noe narkotika i tillegg. En av tjenesteutøverne sier:

«Har klart å få en stabilisering av rusmisbruket, men i forbindelse med utbetaling av penger blir det fest. Det forholder vi oss til, de leier jo boligen, det er deres bolig, så det er vanskelig å nekte dem alkohol og rus her, de gjør det jo allikevel, men helst ikke her i området.»

Vårt inntrykk her er at de erkjenner at brukerne har misbruksproblem og aksepterer dette. Samtidig er tjenesteutøverne opptatt av å stabilisere misbruket og legge føringer for at det ikke skjer misbruk i boligen eller i boligområdet. Dette er delvis motivert av at ikke de andre beboerne skal eksponeres for rus.

### **Å erkjenne at en har et problem**

Flere av brukerne vi har intervjuet, forteller om erfaringer som gjør at de ser at de trenger oppfølging i boligen for å opprettholde bosituasjonen over tid. En av dem sier:

«En må gi seg selv lov til å gi opp – først da kan man gjøre noe med det.»

Denne informanten mente at prosessen med å innse at en ikke klarte å håndtere situasjonen var viktig for å komme videre. Det er flere av informantene som har bodd i ordinær bolig, men som har søkt seg over i boligformer med høyere omsorgsnivå fordi de ikke klarte å bo alene. De har gjort erfaringer som har ført til at de har ønsket tettere oppfølging. En av informantene som nå bor i leilighet i en heldøgnsbemannet omsorgsbolig, sier:

«Jeg vil helst bo alene, men jeg klarer ikke. Jeg hadde kommunal bolig, men det fungerte ikke. Jeg var redd. Alt var dårlig. (...) Så ble jeg innlagt igjen. Etter det søkte jeg omsorgsbolig.»

Denne informanten er i dag fornøyd med selve leiligheten, men misfornøyd med manglende kompetanse innenfor psykisk helsearbeid ved sonekontoret i boligen og følgelig dårlig kvalitet på den oppfølgingen som gis. Det som likevel er viktigst for henne, er tryggheten som tilstedeværelsen av personalet gir, samtidig er det veldig klart at dette er ikke måten hun ønsker å bo i framtiden.

To informanter har relativt nylig flyttet i bofellesskap etter å ha bodd i ordinære kommunale leiligheter. Begge begrunner dette med at de ble sittende alene, de ønsket seg en boform med mer fellesskap og nærhet til personale.

En annen bruker ønsker seg mer skjerming og tettere oppfølging. Dette handler nettopp om at han har erkjent at han ikke klarer å mestre rusproblemene og stabilisere sin psykiske tilstand uten å få et mer skjermet tilbud. I utgangspunktet

ønsket han å bo i ordinær bolig. En tjenesteutøver vi snakket med, vektlegger nettopp dette med nødvendigheten av erfaringer for å erkjenne at en trenger hjelp. Hun var veldig tydelig da vi intervjuet henne på at intervjuene med brukerne kom til å vise at i utgangspunktet vil de fleste bo akkurat som oss andre. Så sier hun videre:

«Brukerne skal gå på noen smeller før de innser at de trenger tettere oppfølging.»

Som vi har vist over, så bekrefter våre intervjuer dette bildet. De fleste vil i utgangspunktet bo helt «vanlig», og vektleggingen av behovet for oppfølging kommer av erfaring. Dette betyr ikke at alle har gitt opp ønsket om å bo «helt vanlig», i ordinær bolig.

### **På vei til selvstendig bolig**

Tre av brukerne er veldig klare på at den skjermede boformen de har, er riktig boform nå, men ikke på sikt. På spørsmål om dette er slik hun ønsker å bo framover, svarer den ene av dem:

«NEI! Jeg må få ting i system, orden på livet, ro. Må jo komme ut av dette. Etter det kan jeg flytte i vanlig bolig. Veit ikke helt hvordan jeg vil bo, men i utkanten av by'n. Vil ikke bo med en base i nærheten når jeg ikke har behov for det lenger. Dette er midlertidig. Har bokontrakt for to år. Men – selv om jeg flytter for meg selv et annet sted – så er det viktig med oppfølging. Må ha noen å ringe til, noen som er der.»

En annen sier:

«Det er ok å bo her nå, men under forutsetning av at det er midlertidig. Skal ikke bli boende her.»

Begge disse kvinnene er tydelige på at slik situasjonen er nå, må de bo slik de gjør for å føle seg trygge. Begge har imidlertid tro på at de skal få det bedre og etter hvert kunne bo i en mer ordinær bolig. Den tredje personen har samtidig rusproblemer og psykisk lidelse. Han er meget fornøyd med det bofellesskapet han bor i og mener det har vært redningen for at han er der han er i dag. Han er samtidig veldig klar på at han ønsker å flytte ut av bofellesskapet og over i ordinær bolig etter hvert. Hans målsetting er at han må klare å bli helt rusfri først.

Disse tre informantene bor alle i en bolig der de får eller har mulighet for å få tett oppfølging. Felles for dem alle tre er at de ser for seg at de etter hvert skal kunne bo uten personale til stede hele døgnet.

### **Boligønsker blant personer med dobbeltdiagnose:**

Fellesnevneren i boligønskene til våre informanter med dobbeltdiagnose er tett oppfølging. Beliggenhet er som nevnt over også viktig for denne gruppen. Brukerne er fornøyd med de botilbudene de har i dag, men en ønsker seg et tilbud med enda tettere oppfølging utenfor byen. Bofellesskapet gir noen rammer for trygghet som verdsettes høyt av den ene brukeren. Samtidig ser denne brukeren bofellesskapet som en mellomstasjon på vei mot en vanlig bolig med oppfølging.

Gruppen av personer med dobbeltdiagnose er sammensatt og har ulike behov. I kommunene der brukerne vi har snakket med, bor, finnes det flere ulike botilbud til målgruppa enn de som er representert i vår studie. Tjenesteutøverne er opptatt av at vurdering av boform fordrer en grundig vurdering av den enkeltes behov og hvilken oppfølging brukeren har behov for. Det samme mener de pårørende.

Tjenesteutøverne mener at bofellesskap ikke egner seg for alle. En av tjenesteutøverne sier at noen har en atferd som risikerer å destabilisere huset og noen diagnoser gjør at folk ikke kan leve i den form for fellesskap.

Alle tre tjenesteutøverne som jobber med brukere med dobbeltdiagnose, er opptatt av at det må være et differensiert botilbud. De mener noen trenger stor grad av skjerming, noen må vekk fra andre, mens noen trives i fellesskap. Dette betyr at det er behov for et differensiert boligtilbud.

## **2.4 Oppsummering**

Brukerne har en ustabil bohistorie preget av mange flyttinger, forskjellige boforhold og boforhold avbrutt av hyppige institusjonsopphold, noen med langvarige institusjonsopphold. Brukere med dobbeltdiagnoser av rus og psykiatri har en enda mer turbulent bolighistorie, alle disse brukerne har i perioder ikke hatt noe sted å bo overhodet. Vi har sett at en viktig årsaksfaktor til ustabil bosituasjon er manglende oppfølging. Vanskeligheter med å overholde økonomiske forpliktelser og problemer i relasjon til naboer trekkes fram som andre viktige årsaker til manglende bostabilitet. Naboproblemer handler både om stigmatisering og holdninger til personer med psykiske lidelser, samt problemer på grunn av uro knyttet til både oppførsel og rus. Neste kapittel om tjenestebehov gir oss et enda mer utfyllende bilde av hvilke behov brukerne har for å opprettholde en stabil boligsituasjon.

De fleste av brukerne bor i dag i botilbud med varierende grad av tilgjengelighet til personell. Flere av brukerne har tidligere bodd i vanlig bolig, men valgt å flytte til samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Begrunnelsen for dette handler for det første om behov for å møte forståelse for egen psykisk helse, for det andre

handler det om behov for trygghet i form av nærhet til tjenesteutøvere og andre brukere.

Alle brukerne har husleiekontrakter, men noen av disse husleiekontraktene er midlertidige. Studien viser at for noen er dette en faktor som skaper stor usikkerhet. Samtidig viser undersøkelsen at noen brukere ønsker at dagens boligsituasjon skal være midlertidig. De har selv et framtidsperspektiv der de ser for seg at de skal flytte ut av for eksempel bofellesskap eller samlokalisert bolig og mestre tilværelsen i en vanlig bolig.

Majoriteten av brukerne er fornøyd med dagens bosituasjon. Et viktig moment når det gjelder dette er at mange sammenligner med den situasjonen de hadde før de flyttet inn i nåværende botilbud. Mange har vært gjennom en *erfaringsbasert erkjennelsesprosess* når det gjelder eget behov for hjelp og oppfølging. Noen av brukerne sier at deres tilfredshet med boligsituasjonen er betinget av den nåværende tette oppfølging og er en mellomstasjon på vei til en mer selvstendig boform. For andre brukere er nettopp forsikringen om at botilbudet er permanent, en viktig faktor for trygghet og tilfredshet.

## 3 Tjenestetilbudet

Boligen er hjemmet til brukeren, en ramme for hverdagen. Å klare å leve et godt liv med den boligen de har som hjem handler selvsagt om å klare praktiske ting relatert til selve boligen, men det handler også om hverdagen og resten av tilværelsen. Dette kapitlet handler om tjenester. Først presenterer vi en liste som kort gir en oversikt over hvilke tjenester brukerne får. Deretter går vi nærmere inn på å beskrive hvilke spesifikke behov for hjelp de har, for å sikre en stabil bosituasjon. Vi går inn på fire ulike områder; praktisk hjelp i boligen, hjelp til å forvalte egen økonomi, tilrettelegging for trygghet og innhold i livet. På hvert område presenterer vi hvilke strategier som er valgt for å møte disse behovene. Neste underkapittel handler om organisering av tjenestene og til sist har vi et underkapittel om kontakten med behandlingsapparatet.

### 3.1 Hvilke tjenester får de?

Vi har spurt brukerne om hvilke tjenester de får. Under gir vi en oversikt over hva slags tjenester de mottar og hva slags type hjelp som ytes dem.

*Praktisk hjelp:* Noen av brukerne får noe hjelp til vasking og andre rent praktiske oppgaver i hjemmet. Mange klarer det meste av dette selv, og tre av brukerne har ingen praktisk hjelp i boligen. De som bor i en bolig der det er tjenesteytere i nær tilknytning, får praktisk hjelp etter behov.

*Støtte til dagliglivets gjøremål:* I flere botilbud med personale tilknyttet (bofelleskap, omsorgsbolig, oppfølgingstjeneste) gis det tilbud om det både tjenesteutøvere og brukere kaller for boveiledning. Dette innebærer stort sett støtte og veiledning til å utføre dagliglivets gjøremål i boligen. Hensikten ifølge tjenesteutøverne er å motivere brukerne til å utføre og ta ansvar for disse oppgavene selv. Ofte går dette ut på at brukeren og en tjenesteutøver gjør oppgaver sammen. Dette er praktiske ting som å rydde, vaske hus, vaske klær, personlig hygiene, vanne blomster, lage mat og rutiner i hverdagen.

*Mat og ernæring:* De fleste er ansvarlig for matlaging selv. To av bofellesskapene har avtaler om fellesmåltider i helgene. Et bofellesskap har felles frokost hver dag hvor beboerne er med på å organisere dette. En bruker har en ordning hvor han får levert middag på døra etter en avtale. En av informantene har fått et eget oppfølgingstilbud for å få hjelp med mat og ernæring. Dette går ut på veiledning omkring kosthold, handling og matlaging. En annen informant har avtale om lage mat sammen med en tjenesteutøver en gang i uka.

*Medisiner:* Utlevering av medisiner. Alle bortsett fra en av informantene har en eller annen form for bistand til utlevering og håndtering av medisiner. Denne oppfølgingen blir ofte gjort av psykiatrisk sykepleier. I to av bofellesskapene er det ansatte her som har ansvar for å utlevering av medisiner.

*Økonomi:* Majoriteten har en form for hjelp til å styre økonomien. Noen har tvungen forvaltning. Nesten alle har avtaler om direkte trekk av husleie. Noen har avtaler om utlevering av penger hver uke. En har en personlig avtale om at basekontoret for oppfølgingstjenesten passer på pengene hennes.

*Oppfølgingstjenester:* To kommuner har organisert en egen oppfølgingstjeneste som gir personlig oppfølging i forhold til brukerens totale situasjon. Den ene er den tidlige beskrevde Oppfølgingstjenesten for personer med psykiske lidelser. Den andre er en kommune som har valgt å slå sammen fagområdene rus, psykiatri og sosial. Det som er karakteristisk med begge disse tjenestene, er at de er fleksible med hensyn til brukernes behov, går inn på alle livets områder og de har en fast person som tar et overordnet ansvar for brukerens totale situasjon. Eksempel på hjelp som de yter, er: støtte og motivering når det gjelder praktiske oppgaver, hjelp til å etablere og opprettholde nettverk, sosial kontakt, kontakt med behandlingsapparatet, planlegging, deltakelse på møter og aktiviteter.

*Støttesamtaler/oppfølging:* Hovedsakelig ansatte innenfor psykisk helsevern som gir støttesamtaler i hjemmet, men ansatte herfra gir også annen hjelp, som for eksempel å motivere og støtte for å klare dagliglivets gjøremål.

*Trygghet/tilgjengelighet til personale:* Mange av brukerne er utrygge. Det at de har mulighet til å ta kontakt med sonekontor, base, oppfølgingstjeneste hele døgnet, er en viktig del av hjelpen.

*Støttekontakt:* Flere av brukerne har støttekontakt. De aller fleste har ikke støttekontakt i det omfang de selv ønsker.

*Dagsenter:* En av informantene bruker dagsenteret i kommunen aktivt. En informant har gjort avtale med primærkontakt i oppfølgingstjenesten om å oppsøke et dagsenter. Flere av de andre informantene sier at det er dagsenter i kommunen de bor i, men tilbudet passer ikke for dem.

*Arbeidslaktivitet:* To av informantene har et tilpasset jobbtilbud. En av dem har et tilbud kun én gang i uka og den andre noen timer hver dag. To andre informanter har tidligere hatt ulike former for arbeidstilbud, men har ikke tilbud i dag.

Vi vil nå gå videre med å beskrive brukernes hjelpebehov og noen strategier for å møte disse.

### **Praktisk hjelp i boligen**

I intervjuet med brukere har vi stilt spørsmål om hva de får hjelp til av praktiske gjøremål, og vi har også spurt pårørende og ansatte om hvilke hjelpebehov brukerne har. Intervjuene viser at det handler om tre områder: Det ene området er personlig hygiene. Det andre er behov for hjelp til å gjøre husarbeid som rydding, vasking av hus og tøy. Det tredje området er hjelp til mat og ernæring.

Når det gjelder personlig hygiene, er det få av brukerne som tar opp dette. Ut fra samtaler med tjenesteutøvere og pårørende får vi forståelse av at noen brukere må minnes om at de skal dusje og passe på egen hygiene. En bruker sier at hun må minnes om å dusje, men dette handler om at hun har problemer med å gjennomføre dusjing på egenhånd fordi hun har angst. Dette er en del av den oppfølgingen som hun får fra personalet i boligen hvor hun har leilighet. Under vil vi se nærmere på de to områder innenfor praktisk hjelp som tas opp av flest informanter: hjelp til husarbeid og ernæring.

### **Hjelp til husarbeid**

Tre av våre brukerinformanter har ikke noe behov for praktisk hjelp til å utføre husarbeid, de sier at de klarer det meste selv. Noen av brukerne snakker ikke om dette, men når vi spør direkte om de har noe hjelp, så svarer de bekreftende. Fire av brukerne sier at de trenger og har noe hjelp til å utføre husarbeid, hovedsakelig vasking. Tjenesteutøverne og de pårørende er mer opptatt av praktisk husarbeid enn brukerne selv.

Vi ser ulike strategier for å møte behovet om praktisk hjelp til husarbeid. Noen har hjemmehjelp som vasker og gjør disse praktiske huslige oppgavene *for* brukeren. En annen strategi er å støtte brukeren i utførelsen av slike oppgaver, men ikke gjøre oppgavene for brukeren. Hensikten da er å motivere og støtte brukeren slik at han på sikt vil bli i stand til å utføre disse oppgavene selv. To av brukerne sier

at de får «boveiledning» og flere av tjenesteutøverne sier at de gir «boveiledning». Med boveiledning menes nettopp at de får denne type hjelp og støtte til å utføre praktiske oppgaver. Dette betyr ikke at det alltid blir slik i praksis. En av brukerne forteller at de som skal gi henne det hun kaller boveiledning, ikke har psykiatrisk kompetanse og ikke klarer å motivere henne. Ifølge brukeren ender disse sekvensene ofte i konflikt, og resultatet kan godt være at hun ligger på sofaen og ser på at tjenesteutøveren støvsuger.

I noen tilfeller, særlig når det gjelder dem med dobbeltdiagnoser, ser vi at det er laget en praksis hvor brukeren i utgangspunktet har ansvaret for renhold selv, men hvor tjenesteutøverne har etablert en praksis for å avhjelpe når de mener brukeren har mistet kontroll over situasjonen. En av de pårørende tar opp at familiemedlemmet med dobbeltdiagnose i utgangspunktet ikke ønsker hjelp til å utføre husarbeid. Han vil klare dette selv. Ifølge den pårørende så betyr det i praksis at han i dårlige perioder ikke utfører disse oppgavene:

«Han vil ikke at andre skal ta i møkka hans. Han er stolt sånn. Vil vaske sjøl. Men det vokser ham jo over hodet. (...) Av og til får jeg hjelpe ham litt med å ordne hjemme, men han vil jo helst klare det selv. Når han er innlagt, så går oppfølgingstjenesten inn og ordner, vasker og ser til at det er fint.»

Vi ser at tjenesteutøverne går inn og vasker når behovet blir prekært. Tjenesteyterne begrunner dette med at brukerne ikke skal være nødt til å bli konfrontert med hvor dårlige de var før innleggelsen. De skal få komme hjem til en ren og ordentlig leilighet. Intervju med tjenesteutøverne som arbeider med dobbeltdiagnoser, er opptatt nettopp av at de må ha denne respekten for brukeren i kombinasjon med en fleksibilitet i tilnærmingen til dette med renhold. Brukeren skal få ha ansvaret, men når situasjonen er ute av kontroll går de inn og rydder opp. En tjenesteutøver forteller at de har laget en avtale med hjemmetjenesten i kommunen om at én gang i måneden blir leiligheten til en bruker vasket skikkelig ned. I mellomtiden har brukeren ansvaret for renhold selv. Tjenesteutøverne gir støtte og motiverer til å utføre oppgavene, men de tar ikke over oppgavene. Brukeren vasker og gjør noe, men situasjonen er slik at dersom ikke situasjonen skal komme ut av kontroll, har de lagt inn en ordentlig, grundig vask én gang i måneden. En annen tjenesteutøver forteller:

«De skal vaske selv, men personalet vasker hvis de ser det er helt nødvendig. Kan være helt psykotisk møkkete. Rett og slett dritt på veggene. Vi vasker da når beboerne er ute. Det er de veldig takknemmelige for. Mindre kaos rundt dem betyr mindre kaos i hodet.»

I bofellesskapet for dobbeltdiagnoser har de laget en ordning om at dersom beboerne «vasker rommet», så får de middag på søndag. Både tjenesteutøver og pårø-

rende forteller om dette. Denne ordningen har ført til at flere vasker sin boenhet. Samtidig kommer en ikke utenom at dette har sterke innslag av et kontrolltiltak. Dette står i kontrast til den generelle holdning i bofellesskapet om at en ikke stiller krav, men bare gir tilbud. Både tjenesteutøvere i bofellesskapet og den pårørende gir uttrykk for at det har vært en diskusjon om dette med beboerne om hvorvidt en på denne måten innfører straff for ikke å vaske boenheten. Deres holdning er at beboerne er fornøyd med ordningen og har valgt å se det som tilbud om et gode mer enn et potensielt straffetiltak. Brukeren som vi snakket med i dette bofellesskapet, tok ikke opp dette tilbudet i vår intervju samtale.

### **Mat og ernæring**

Mat og ernæring er et gjennomgående tema blant mange av informantene. En del brukere tar opp dette, men i særlig grad er dette noe tjenesteutøvere og pårørende er opptatt av. For noen brukere er ikke dette et problem, men flere brukere tar opp at de ikke er så flinke til å lage faste måltider, særlig varm mat og middag. Noen sier at de ikke kan lage mat eller har liten erfaring med å lage mat, og en sier at hun synes det er kjedelig å lage mat til bare seg. En bruker sier at hun ikke er så flink til å tenke igjennom hva hun spiser og at hun nok spiser veldig usunt. En annen bruker med dobbeltdiagnose sier at hun glemmer at hun skal spise og at hun ikke bruker tid på dette. Flere av tjenesteutøverne sier at mange brukere har behov for oppfølging av deres forhold til mat. Middagstilbudet i bokollektivet for personer med dobbeltdiagnoser som vi beskrev over, er også et tiltak motivert ut fra et ønske om å sikre at beboerne får noen varme måltider.

Vi ser flere strategier for å møte behovet om hjelp når det gjelder ernæring. En kommune har et eget prosjekt med oppfølging av yngre hjemmeboende og deres forhold til mat og ernæring. Brukeren som deltar i dette tilbudet, gir i intervjuet uttrykk for at hun er veldig fornøyd. Hun har avtale om oppfølging fra en person i prosjektet noen timer i uka. Hun og «matdama» snakker om kosthold, handler sammen og lager mat. Hun forteller om hvordan det har endret hennes kostvaner og sier:

«Jeg har aldri hatt så mye sunn mat i kjøleskapet. Spiser masse frukt og sønn.»

En av brukerne har en inngått en avtale om at han får brakt ferdig middag fra et storkjøkken i kommunen. De leverer to ganger i uka, men flere personer hver gang slik at han har middag hver dag.

Mat og dårlig ernæring er særlig et tema i intervju med tjenesteutøvere og pårørende til personer med dobbeltdiagnoser. Også en av brukerne med dobbeltdiagnose er opptatt av dette. Hun sier at hun glemmer å spise og at hun trenger oppfølging for å få et mer regelmessig kosthold.

«Jeg er ikke så god til å lage mat, ikke noe flink til å huske det. Det er heller ikke noe særlig å lage mat alene.»

Denne brukeren har inngått en avtale med primærkontakten i oppfølgingstjenesten om at de skal lage middag sammen én gang i uka. Hun sier at hun skjønner at det er viktig at hun må spise og at hun håper dette skal hjelpe.

En pårørende til en person med dobbeltdiagnose sier at familiemedlemmets kostvaner er et problem og at det blir et veldig ensidig kosthold. Hun sier:

«Det blir så som så med mat. Ikke så mye middag, mest brødkiver.»

Bofellesskapet som boform gir mulighet for å lage noen ordninger rundt måltider. Bofellesskapet for dobbeltdiagnoser har laget en avtale med beboerne om en frokostklubb. Ifølge personalet er dette en måte å sikre at alle får et ordentlig måltid hver dag. Alle betaler inn et beløp og ansvaret for å lage frokost går på rundgang, men personalet hjelper til. De ansatte mener dette frokostiltaket både er «botrening» og sosial trening. Tjenesteutøverne er opptatt av at flere av beboerne mangler grunnleggende ferdigheter rundt måltidssituasjoner, som for eksempel å dekke bord og finne ut hvilken mat som skal være på et frokostbord. Ifølge de ansatte skaper også dette felles måltidet en anledning til samtaler med beboerne.

Vi ser av dette kapitlet at mange har behov for noe praktisk hjelp i boligen. Dette handler om praktisk hjelp til å utføre dagliglivets oppgaver, hvor husarbeid og hjelp til mat og ernæring er to viktige områder. Innenfor de strategiene som er valgt for å møte disse behovene, ser vi at det utpeker seg to linjer; strategier som tar sikte på å selvstendigjøre brukeren med tanke på at de skal ta eget ansvar for oppgavene etter hvert, og strategier som går inn på permanent omsorg i form av å utføre noen oppgaver for brukeren. I noen tilfeller ser vi at dette går over i hverandre, eller at hvilke strategier som velges, varierer over tid. I noen tilfeller, særlig når det gjelder personer med dobbeltdiagnoser, ser vi klart en kombinasjon av begge strategiene. Her velger man både å gi brukeren ansvar, men lager samtidig et system for å hindre at brukeren mister kontrollen. Dette er veldig tydelig med tanke på husarbeid, men vi ser det samme også når det gjelder ernæring. Noen strategier tar sikte på å dyktiggjøre brukeren når det gjelder måltider og ernæring, mens andre strategier er permanente med sikte på å tilby mat.

## **Hjelp til forvaltning av egen økonomi**

Nesten alle våre brukerinformeranter sier at de har problemer med å styre egen økonomi og at de trenger hjelp til dette. Som vi beskrev i kapitlet over om bohistorier, så er det mange som har erfart at de ikke klarer dette selv.

Majoriteten av brukerne er uføretrygdet, to er sosialhjelpsmottakere og én får rehabiliteringspenger. Dette betyr at ingen har noen spesielt romslig økonomi. Særlig brukeren med tidsbegrenset uførestønad sier at hun har lite penger å leve for når faste utgifter er betalt. Dette er en lavere ytelse enn en permanent uføre-

pensjon. Også to av de pårørende er opptatt av at de synes brukerne har lite penger. Dette tar også en av tjenesteutøverne opp.

Når det gjelder behovet for hjelp til å styre økonomien, så er både brukere, tjenesteutøvere og pårørende meget samstemte i sin beskrivelse av situasjonen. Brukerne har gjort erfaringer som medfører at de ser behovet for hjelp. Alle bortsett fra to av brukerinformantene forteller at de har en eller annen hjelp til styre økonomien. Om vi ser på hvilke strategier som er valgt for å dekke dette behovet, så innebærer disse ordningene sterke inngrep overfor brukernes autonomi. Det er ulike strategier, men alle strategiene innebærer at brukeren gir fra seg eller fratras full råderett over egen økonomi.

Tjenesteutøveren i bofellesskapet for personer med dobbeltdiagnoser sier at alle beboerne har vedtak om tvangsforvaltning eller tvangsdisponering av økonomien. Alle faste utgifter blir trukket direkte og så får de et visst beløp i uka.

En annen bruker forteller at han har en rekke negative erfaringer med å ha ansvaret for pengene selv. Han trekker fram at han ble blakk lenge før neste utbetaling og at han hadde problemer med å betale husleia. Han forteller:

«Nå får jeg et fast beløp i uka. Husleia trekkes direkte. Det er hun på sosialkontoret som fikser dette for meg. Hun ordner også alt med regninger. Men jeg føler meg ikke umyndiggjort. Føler at jeg har litt å si. Men det var mye tull, brukte opp alt på musikk. Så jeg måtte legge meg litt flat og gjøre som de sa, gå med på å lage avtaler. Jeg ville jo ikke umyndiggjøres ...»

Denne brukeren har ikke vedtak om tvangsforvaltning, men han har gått med på å gjøre en avtale om forvaltning. Det er dette som er den mest alminnelige strategien overfor brukerne vi har snakket med. Samtidig kan vi se av hva denne brukeren sier at det har blitt lagt betydelig press bak forslaget om forvaltning.

En annen bruker sier at han har laget en ordning hvor støttekontakten skal hjelpe ham med økonomien. Han mener selv at han ikke klarer å holde orden på dette. Han har fått ordnet det slik at alle faste utgifter blir trukket direkte og støttekontakten hjelper ham med resten. Han sier at dette gjør han fordi han har opplevd at han ikke klarer å holde orden på dette selv. Han forteller at tidligere har han vært nødt til å gå på sosialkontoret å be om nødhjelp flere ganger fordi han har brukt opp alle pengene før neste utbetaling. Han gir uttrykk for at han synes dette var veldig ubehagelig.

En bruker sier at hun nå har fått økonomisk verge. Hun har lenge hatt en ordning med trekk av faste utgifter, men sier at hun har hatt problemer med å forvalte resten av de pengene hun hadde til disposisjon. Som flere av de andre brukerne vi har referert til, opplevde hun å bli blakk lenge før måneden var over. Hun sier at hun kan ikke uttale seg om hvordan det er å ha verge fordi dette har hun nylig fått. Vi kan tydelig merke at hun synes det er vanskelig at hun ikke skal ha disposisjonsretten selv. Likevel er hun klar på at hun trenger hjelp og sier:

«Jeg må jo lære dette med penger. Jeg blir veldig stresset når jeg ikke har penger.»

To av informantene har laget ordninger hvor personalkontoret (base eller sone) tar vare på pengene deres. De overleverer selv pengene til en på kontoret og så ber de om penger når de har behov for det. Den ene av disse brukerne har en dobbeltdiagnose og sier at det er helt fantastisk, nå opplever hun at hun nesten aldri er blakk. Denne ordningen ser ut til å ha bidratt til at hun har mer oversikt over egen økonomi.

Forvaltning av økonomi er et meget sterkt kontrolltiltak og en sterk inngripen i personers autonomi. En av brukerne gir uttrykk for at hun er skeptisk til hvordan det vil være å ikke ha full råderett over økonomien selv, de andre gir på mange måter uttrykk for at de er fornøyd med at det er blitt noen faste rammer rundt deres økonomi. Hva skyldes det at de ikke er mer skeptisk til en så sterk inngripen i eget privatliv? For oss ser dette ut til å ha sterk sammenheng med erfaringer de har gjort. De har vært gjennom en prosess. De har prøvd seg og opplevd at de mistet styringen, de ble blakke og klarte ikke å overholde forpliktelser. Forvaltning er et alvorlig tiltak som må brukes med varsomhet. Her ser det ut som at brukernes erfaringer gjør at disse forvaltningsstrategiene som er iverksatt, ikke oppleves som et overgrep.

### **Tilrettelegging for trygghet**

På spørsmål til brukerne om hva som er viktig for at de skal klare å bo i egen bolig, er det et tema som ofte går igjen; trygghet. Det å føle seg trygg blir trukket fram av veldig mange, uavhengig av hvordan de bor. Av dem som bor i botilbud med personell tilknyttet boligen, framhever nettopp opplevelsen av å føle seg trygg som en vesentlig årsak til at de er fornøyd med botilbudet. En av brukerne sier:

«Det er deilig å bo her. Alle forstår at du er sjuk og det er godt å ha folk rundt deg. Det er trygt her.»

En annen bruker sier:

«Det som er bra her, er at det er trygt, det er rolig og det er nattevakt.»

Hva er trygghet? Når vi ser nærmere på hva brukerne refererer til når de snakker om trygghet, så kan trygghet være mange forskjellige ting. For noen er trygghet at det er personale til stede i boligen de bor i, eller i tilknytning til boligen hele døgnet. For noen er det tilstrekkelig trygghet at det er noen til stede på dagen. For andre handler ikke tryggheten om fysisk tilstedeværelse, men muligheten for å kunne ringe noen hele døgnet, at de har et telefonnummer og noen de kan ta kontakt med ved behov. Et annet viktig aspekt ved trygghet er at de kjenner personalet, at det er faste personer som hjelper dem. Vi ser at det er en fellesnevner

ved alle disse historiene om trygghet og det er *mennesker*. Tilgjengeligheten til personale, til noen som kan hjelpe og være der når de har behov for det. Også tjenesteutøverne tar opp dette. En ansatt vi snakket med, sa:

«Tror nok noen savner mer trygghet om natta. Et system for nattkontakt kunne vært ønskelig. (...) DPS har jo heller ikke noe system for nattkontakt.»

En bruker gir uttrykk for at han ikke trenger personell fysisk i nærheten hele tiden, men han trenger å vite at han har noen han kan kontakte ved behov. Han sier at han har blitt lovet dette og at det står i hans individuelle plan, men at det ikke har skjedd noe. Den samme brukeren sier også at han blir utrygg fordi han opplever at det kan gå veldig lang tid før noen oppdager at han er dårlig.

Opplevelse av å være utrygg er en av forklaringene som blir oppgitt av de brukerne som har flyttet fra ordinær kommunal bolig til en bolig med høyere omsorgsnivå, for eksempel bofellesskap, samlokalisert bolig eller heldøgns omsorgsbolig. For alle disse er det tilgjengeligheten til personale som har vært viktigst. På slutten av en intervjusamtale spør vi en av brukerne i et bofellesskap om det er noe mer hun har lyst til å si. Svaret hennes oppsummerer hovedbudskapet i hennes samtale med oss, og illustrerer også hennes motivasjon for å stille opp til intervju:

«Jeg ønsker at flere kan få mulighet til sånne tilbud som dette. Jeg er veldig fornøyd. Folk må kunne få bo der de er ifra. Å ha det trygt og få hjelp.»

Graden av nærhet til personell for å føle seg trygg varierer. Når vi ser på strategiene som er valgt for å gi tilsyn og trygghet, så varierer også de.

Et bofellesskap har kun bemanning på dagtid. Tjenesteutøveren sier at de arbeider med hvorvidt det er behov for å lage en form for kriseplan. Dette handler i hovedsak om å etablere et sted hvor beboerne kan ringe dersom de har behov for hjelp om natta. Oppfølgingstjenesten for personer med dobbeltdiagnoser er tilgjengelig på telefon for sine brukere hele døgnet. Brukerne kan ta kontakt ved behov 24 timer i døgnet. Brukerne vi har snakket med, er fornøyd med dette. Pårørende og tjenesteutøvere mener at tilgjengeligheten er viktig og verdifull for at brukerne skal få den oppfølgingen som de har behov for. Den pårørende sier det er helt avgjørende at også hun kan ta kontakt når hun har behov for det – uansett når det måtte være på døgnet.

To av bofellesskapene har personale tilgjengelig hele døgnet. Begge disse har minst to på vakt om natta. I bofellesskapet for personer med dobbeltdiagnoser blir dette begrunnet både med tilgjengelighet for beboerne, men også med personalets trygghet og sikkerhet. I en døgnbemannet omsorgsbolig er det kun én person på vakt om natta, og dette synes brukeren vi har snakket med, er for lite. Hun føler at dette er utrygt med tanke på at dersom en annen beboer trenger hjelp, så vil det ikke være noen ansatte tilgjengelig på personalbasen.

En av brukerne som bor i rekkehus tilknyttet en personalbase, sier at hun opplever det som trygt å vite at de er der, hele døgnet. At de følger litt med på området og at hun kan ta kontakt ved behov.

Trygghet betyr for de fleste å vite at det er tjenesteutøvere tilgjengelig ved behov. Som vi ser er det mest vanlig å ha et system for dette for personer som bor i boligtilbud med personell tilknyttet boligen. Vårt materiale viser at også personer som bor i ordinære boliger, har behov for å vite at det er noen de kan kontakte dersom de har behov for det. Dette kan tyde på at det er et udekket behov innenfor psykisk helsevern for døgnåpne kontakttelefoner.

### **Innhold i livet**

Et fjerde område hvor vi ser at det er gjennomgående behov for hjelp og støtte, er det vi kan betegne som innhold i livet. Dette handler om sosial kontakt, relasjoner, arbeid og meningsfulle aktiviteter. Dette er områder som både brukere, ansatte og tjenesteutøvere framhever som svært viktige. Mange brukere er frustrert over at de er ensomme og har for lite å bruke dagen til. På dette området kan vi se at frustrasjonen er like stor hos både tjenesteutøvere og pårørende. En av brukerne sier:

«Før ble det litt ensomt av og til. Nå har jeg hatt jobb i ett og ett halvt år og da er det godt med helg.»

Hennes uttalelse illustrerer at begrepet «fritid» avhenger av at du har en annen «bundet tid». I motsetning til før hun fikk arbeid synes denne brukeren nå at det er godt at det er helg. Det er godt å få lov til å slappe av. For mange uten tilbud i hverdagen blir helgene lange og kanskje enda lengre enn en alminnelig hverdag. En annen bruker sa at det ble «forferdelig lange dager». Hun hadde fått en leilighet hun var veldig fornøyd med, hun følte seg trygg i motsetning til der hun bodde tidligere, men hun hadde ingen ting å holde på med.

En bruker forteller at han tidligere var dagpasient ved psykiatrisk avdeling og at det var veldig bra. Dette varte i noen år etter at han var blitt skrevet ut derfra. De gikk turer og gjorde ting sammen. Han fikk komme dit i helgene å spise middag. Dette ble det slutt på fordi det ble vurdert at han ikke trengte det lenger. Da hadde han ikke noe annet å gjøre i stedet, og endte med å sitte mye alene i leiligheten. En annen bruker sier:

«Skulle hatt mer kontakt med folk, ikke bare når jeg er på sykehuset. Jeg søkte om å komme i bofelleskap, men jeg fikk avslag. Jeg er lei meg for det. Jeg er ikke skapt for å være alene.»

Flere av de pårørende sier at de er bekymret fordi familiemedlemmet sitter mye alene i boligen, at de har for lite å gjøre. En av de pårørende sier:

«Jeg savner at de har et skikkelig aktivitetstilbud på dagtid, eller mer av det. En gård i nærheten, ei hytte de kunne bruke, at de kunne kommet seg litt mer ut i naturen. Han har prøvd seg i en vernet bedrift, men det funket ikke. (...) Her er trygghet, mat og folk, rammene er på plass. Det er veldig sosialt her. De er flinke. De feirer ting sammen. Julaften, alle høytider. Det er bra, men jeg synes ikke vi skal være fornøyd. De trenger noe mer. De trenger innhold i livet også.»

Denne pårørende sier at brukeren har prøvd å være i arbeid, men det gikk ikke. Veldig få av brukerne er i jobb, men flere har jobberfaring. En av brukerne forteller at han var i arbeid, men at det ikke gikk. Han likte jobben, men sluttet fordi han ikke taklet presset for å bli ferdig og levere når han skulle. Hans historie viser at det å tilrettelegge for arbeid er en stor utfordring. For noen av brukerne var ikke arbeid en problemstilling i intervjuet. Dette handlet både om alder og om psykisk helsetilstand/rus. En av brukerne er veldig klar på at arbeid har vært inngangen til et nytt nettverk og på den måten et viktig bidrag til at han har fått et bedre liv.

Nettverk og relasjoner er et annet viktig område innenfor innhold i livet. Noen brukere vi har snakket med, har et nettverk som fungerer, familie, venner og noen de vet vil stille opp ved behov. Mange har ikke det. En av brukerne forteller flere historier i løpet av intervjuet hvor det framgår at det er faren han kontakter når han har store og små problemer i livet sitt. I et tilfelle så avslutter han en historie med å si:

«Så ringte jeg far min, men han er egentlig litt lei meg. Skjønner det godt. Skulle få en annen jeg kunne ringe, men det har jeg ikke fått.»

Noen av intervjuene med brukere og pårørende viser at for noen brukere har pårørende vært det eneste nettverket de har kunnet støtte seg til hele tiden. Dette har vært slitsomt for mange pårørende. Noen av brukerne med rusproblemer har mistet kontakt med sine pårørende. Lang tid med rus har ført til brutte relasjoner for noen. En av brukerne sier:

«Jeg har ikke så mye kontakt med mamma. Tror ikke hun er så bra nå (...) De har jo fått noe informasjon om meg, de vet om ting jeg har gjort. Vet ikke fra hvem, men de blir vel litt skremt av det. Jeg har ikke ønska å ha så mye kontakt.»

Mange brukere mangler et godt nettverk. For mange av dem med rusproblemer er nettverket destruktivt med tanke på forhåpninger om bedre rusmestring og

stabilisering. En av brukerne sier i intervjuet at hun trenger å bli kjent med flere som ikke ruser seg.

Videre i dette kapitlet vil vi gå inn på virkemidler og tiltak som har framkommet i intervjuene angående det som handler om innhold i livet. Det vi ser nærmere på, er støttekontakt, dagtilbud, arbeid, nettverksbygging og relasjoner.

### **Støttekontakt**

Den mest vanlige tjenesten når det gjelder sosial kontakt, er støttekontakt, men intervjusamtalene viser også at dette er et begrenset tilbud. De aller fleste som har støttekontakt, har søkt om flere timer enn de har fått. En av informantene har søkt om støttekontakt, og venter på svar.

Et moment som noen tjenesteutøvere tar opp, er at det er vanskelig å finne noen som passer brukeren. Intervjuene med noen av brukerne bekrefter dette. To av brukerne forteller at de har støttekontakter som er mye eldre enn dem selv. For den ene fungerer dette greit. Han forteller at de går på tur sammen og at han er fornøyd med dette, det tror han også at støttekontakten er. Den andre brukeren forteller at han og støttekontakten har motstridende ønsker om hva de skal gjøre. Brukeren opplever at han møter liten forståelse for sine prioriteringer. Noen av disse motsetningene er helt klart relatert til alder.

En av brukerne forteller at slik situasjonen er nå, har hun ingen ting å gjøre. Hun har snakket med primærkontakten sin og de har søkt om å få støttekontakt, men hun er klar over at det tar tid fordi det er så få tilgjengelig. Denne brukeren tør ikke gjøre nye ting på egenhånd, hun er avhengig av å ha noen med. Hun har nå fått en avtale om at inntil hun får en støttekontakt, skal primærkontakten hennes i tjenesteapparatet bli med henne på et aktivitetstilbud.

Støttekontakter er mange steder vanskelig å rekruttere. En annen bruker forteller at hun har ei venninne som støttekontakt. Dette har hun et ambivalent forhold til. Hun er bekymret for hvorvidt dette «presser» venninnen til å være sammen med henne mer enn hun egentlig ønsker. Hun er redd for at dette skal påvirke deres forhold.

Ingen av brukerne med dobbeltdiagnose har støttekontakt. Når det gjelder disse brukerne, ser vi at det er de ansatte som jobber i forhold til dem som ivaretar oppgaver som vanligvis ville ligget til en støttekontaktrolle. Tjenesteutøverne gjør mange sosiale ting sammen med brukene, blir med dem på aktiviteter, drar på turer sammen. En av årsakene til dette kan være at brukerne har behov for støtte fra en som kjenner dem og som de har en god relasjon til. En av brukerne med dobbeltdiagnose forteller at hun nå har gjort en avtale med primærkontakten sin om at de skal gå på svømming sammen.

## Dagsenter

Mange steder er det tilbud om å komme til et kontaktsenter eller dagsenter. Flere av våre informanter mener at dette ikke passer for dem. To brukere forteller at de kjenner til dagsenteret i kommunen, men at det hovedsakelig er eldre mennesker som går dit.

I en større by er det flere målrettede tilbud for ulike målgrupper. Her sier en av brukerne at hun ikke har prøvd noen av tilbudene, men at hun har en avtale med primærkontakten om at de skal oppsøke et sted som hun tror passer for henne. Hun tør ikke oppsøke stedet alene. Det kan se ut som at mange savner et treffsted eller aktivitetstilbud som passer for dem. En av informantene våre sier:

«Har et dagsenter. Det er på dagen. Jeg går ikke dit for jeg er jo på jobb. Har en grilltur om sommeren, men det er jo en hel vinter å vente på det.»

Det er kun én av informantene som direkte sier at hun har glede av dagsenteret i kommunen. Det er ei eldre dame som har valgt ut noen faste dager hvor hun synes tilbudet passer for henne.

## Arbeid

Tjenesteutøverne vektlegger at å tilrettelegge for arbeid er vanskelig. Samtidig er alle tjenesteutøverne samstemte på at dette er et område de ønsker å jobbe mer med. Arbeid og aktivitet er det området hvor flest tjenesteutøvere mener de kan gjøre mer og ønsker å gjøre mer.

«Skulle ønske at vi hadde mer ressurser for å jobbe med tilrettelegging for arbeidstrening. Det er tungt arbeid. Står egentlig ikke på penger. Det handler mer om organisering. Prøvd mange ting, og til syvende og sist risikerer vi at brukerne ikke møter opp.»

Arbeid er viktig fordi det gir inntekt, innhold i livet og ikke minst tilgang til nettverk. Flere av brukerne har hatt jobb tidligere (jf. s. 16), men på intervju-tidspunktet vårt var det kun to brukerne som var i jobb. Begge arbeider på vernede arbeidsplasser. Den ene på en gård og den andre innenfor håndverk. Dette ser ut til å være hovedstrategien mange steder, å få avtaler med vernede arbeidsplasser. Dette kan ha sammenheng med det mange tjenesteutøvere tar opp som en hovedutfordring: å arbeide med å finne arbeidsgivere som er romslig nok. Dette handler om å finne arbeidsgivere som kan håndtere og tåle at brukerne ikke alltid er forutsigbare og at de ikke alltid er i form til å gå på arbeid. Dette blir særlig vektlagt av tjenesteutøvere som arbeider med personer med dobbeltdiagnose. I bofellesskapet for personer med dobbeltdiagnose sier tjenesteutøveren at de har jobbet med tilrettelegging for arbeid. Alle beboerne har vært med, men med varierende deltakergrad. Erfaringen er at mange klarer det bra i perioder. Oppfølgingsbehov og uforutsigbarhet er viktige dimensjoner. En av tjenesteutøverne sier:

«Det krever tilrettelegging. Majoriteten av våre beboere har så stort oppfølgingsbehov at de ikke vil kunne gå inn på hvilken som helst slags arbeidsplass.»

I en kommune har de vedtatt å gi tilbud om småjobber innenfor det kommunale systemet. En av tjenesteutøverne sier:

«Vi har en pott på 100 000 til småjobber i kommunen som kan brukes i forhold til brukerne. Ikke penger det har stått på, men å få det organisert. Slike småjobber er tenkt som et første steg på veien mot en mer ordinær jobb.»

Kommunen som arbeidsgiver kan være en start for noen, en mulighet til gradvis å prøve seg i arbeidslivet. Vi ser at mange steder er tilbudet vernede arbeidsplasser. Dette handler nok om at vernede arbeidsplasser på samme måte som en avtale med kommunen om treningsjobber har rom for uforutsigbarhet når det gjelder oppmøte, takling av arbeidsoppgaver og krav.

### **Nettverk og relasjoner**

Arbeidet med ivaretagelse og utvikling av nettverk og relasjoner er et tema i flere botilbud og kommuner. Men det er særlig tjenesteutøvere innenfor området dobbeltdiagnoser som har dette som en viktig jobb. Det er to hovedtemaer innenfor dette: å bidra til utvikling av nettverk og å støtte brukerne til å gjenoppta eller ivareta relasjonen til pårørende. Også innenfor generell psykisk helsevern er dette et tema, men det er helt tydelig ikke så fokusert som når det gjelder brukere med dobbeltdiagnoser. Dette handler selvsagt om at mange av brukerne med dobbeltdiagnoser er mer marginaliserte og at et aktivt rusmisbruk har svekket relasjoner til familie og nettverk utenfor rusmiljøet.

De fleste tjenesteutøvere vi har snakket med, har som utgangspunkt at pårørende kan være en viktig ressurs for brukeren. Å arbeide med forhold til pårørende er selvsagt noe som må være avklart med brukeren og noe brukeren selv ønsker. Det finnes familieforhold som er destruktive og hvor det er et bevisst ønske fra brukeren å ikke ha kontakt. Alle tjenesteutøverne vi har snakket med, er opptatt av dette. Vi ser av intervjuene med brukere uten rusproblemer at også noen av dem har behov for hjelp og støtte overfor egen familie og utvikling av nettverk, men at dette er mye mindre fokusert her.

Begge botilbudene for personer med psykiske lidelser hjelper og støtter brukerne med å få kontakt og opprettholde kontakt med familien. I det ene bofellesskapet har nesten alle brukerne barn, men veldig få av dem hadde kontakt med disse barna før de flyttet inn. Tjenesteutøverne forteller at de har hjulpet til med å etablere og legge til rette for en positiv kontakt med familien. De har blitt med på besøk og vært med når brukeren har fått besøk av familien i bofellesskapet. Oppfølgingstjenesten gir lignende hjelp og støtte. En bruker forteller at to tjenesteutøvere var med henne hjem da hun for første gang på flere år var hjemme på

besøk hos familien sin. De hadde kontakt med de pårørende på forhånd og bidro til å tilrettelegge for besøket. En tjenesteutøver sier:

«Vi har brukt mye energi på arbeid i forhold til pårørende. Det har vært positivt! Det er en klar fordel at vi kan ta stort ansvar. Vi vektlegger at møtet med pårørende skal være en positiv situasjon. At vi skal legge til rette for det – vi jobber med det i forkant. Vektlegger at når de møtes skal det være positivt.»

Tjenesteutøverne innenfor dobbeltdiagnose har også kontakt med pårørende direkte der dette er ønskelig. En av tjenesteutøverne sier at de tar opp dette i individuell plan eller samarbeidsavtale. Her blir det definert hvilken informasjon pårørende kan få. Det hender at pårørende presser på for å få vite mer enn det brukeren ønsker. All kontakt med pårørende om brukeren skjer i overensstemmelse med brukeren. Dette handler for eksempel om at den pårørende holdes orientert med hensyn til brukerens situasjon, at de får beskjed dersom det skjer noe osv. De pårørende vi har snakket med, er meget fornøyd med dette. Det ene bofelleskapet innenfor psykisk helse har også denne form for oppfølging av pårørende ved behov. Også her er den pårørende meget fornøyd.

De pårørende innenfor disse botilbudene sier at deres relasjon til brukeren har blitt mye bedre etter at brukeren fikk tett oppfølging. Nå kan de konsentrere seg om å være pårørende, gjøre hyggelige ting sammen, og ikke føle masse ansvar for brukerens liv. Noen av de pårørende er enormt slitne etter lang tid med opplevelse av eneansvar. Her er dette et viktig område for tjenesteutøverne. En av tjenesteutøverne sier:

«Ellers har vi mye samtaler med pårørende (foreldre/søsken), som generelt er grenseløst lykkelige for at barna har et sted å sove. Det er viktig for pårørende og beboer å ha kontakt. Viktig at pårørende kan være noe for barna sine – være mødre, og kan møte dem på hyggebasis.»

Vårt inntrykk fra samtaler med pårørende er at det viktigste relasjonsbyggingsarbeidet tjenesteutøverne i disse botilbudene har gjort, er å ta ansvar for brukeren. Gjennom at de pårørende slipper å ha ansvaret har de fått mulighet til å utvikle en mer positiv og gjensidig relasjon. En av mødrene sier at hun er så glad fordi hun nå bare kan være mamma.

En annen viktig relasjon for å opprettholde en stabil boligsituasjon er forholdet til naboer. En del av de oppgavene oppfølgingstjenesten for personer med dobbeltdiagnoser gjør, er at de reiser ut og snakker med naboer før brukeren flytter inn. Dette handler om å forberede naboene på hvem som flytter inn, men også om å gi informasjon om hvor de kan henvende seg nettopp dersom det blir uro og problemer. Tjenesteutøveren forteller også om brukere som har tatt kontakt fordi

de har mistet kontrollen over besøk i leiligheten sin. En av tjenesteutøverne forteller:

«Vi jobber mye med nabolag på forhånd. Forbereder dem og gir dem beskjed om hvor de kan ta kontakt om det er noe. For brukerne våre er kanskje ensomhet det største problemet. Og at de fordi de er ensomme trekker de andre med inn i boligen. Det kan oppstå behov for grensesetting, da hjelper vi dem med å få folk ut. Da kommer vi to stykker. Sier at vi har bestemt at de må dra – her kan de ikke være.»

En av tjenesteutøverne innenfor dobbeltdiagnose sier at for noen beboere driver de systematisk nettverksarbeid. Dette gjelder brukere som de tror at kanskje etter hvert kan flytte ut i egen leilighet. Arbeid kan være et slikt tiltak. Den ene brukeren med dobbeltdiagnose som selv mener at han har klart å stabilisere sin situasjon og ønsker å flytte i egen bolig, sier at et arbeidsforhold på mange måter ga ham muligheten til å komme videre. På arbeidsplassen fikk han en venn, og denne vennen har hatt stor betydning for hans utvikling. Han sier:

«En venn er viktig, en du kan snakke med om alt og ingenting. Det er viktig med et nettverk utenfor rusmiljøet. Jeg fikk en venn på en arbeidsplass og det er bedre med ham enn med hundre rusvenner.»

Denne brukeren har begynt å trene, holder på med musikk og vektlegger at dette er viktig for å klare å slutte å ruse seg. En annen av brukerne med dobbeltdiagnose er veldig opptatt av det samme. Hun ønsker å få et annet innhold i livet sitt. Hun snakker om at hun ønsker å ta et kurs, begynne med fysisk aktivitet, men en viktig dimensjon i alt dette er at hun sier at hun trenger å få kontakt med flere mennesker utenfor rusmiljøet. Primærkontakten til denne brukeren har inngått avtaler med brukeren om å følge opp dette. Disse brukernes mestringsstrategi er å fylle hverdagen med et annet innhold enn rus. Begge er helt klare på at dette er en forutsetning dersom de skal få kontroll over rusmisbruket. Denne holdningen finner vi også igjen hos noen av brukerne uten rusproblemer. Da handler dette om aktiviteter og innhold i livet for å bli stimulert til å komme videre og på sikt klare seg bedre på egenhånd.

## 3.2 Tjenesteorganisering

I forrige kapittel beskrev vi brukernes hjelpebehov og hvilke virkemidler som ble brukt for å dekke disse. Dette kapitlet handler om tjenesteorganisering og utforming. På grunnlag av intervjuene har vi identifisert noen organisatoriske trekk

som har betydning. I dette kapitlet går vi inn på fire områder som omhandler dette: helhetlige oppfølgingstilbud, faste tjenesteytere, kvalifisert personell og til slutt bruk av planleggingsverktøy for å sikre gode tjenester.

### **Helhetlig oppfølgingstilbud**

Intervjuene viser at for de pårørende er det viktig at noen tar et helhetlig ansvar for brukerens totale situasjon. Tre av de pårørende vi har intervjuet, framhever dette som viktigst ved det tilbudet brukeren har nå. To av disse brukerne har dobbeltdiagnose, den ene bor i bofellesskap og den andre er tilknyttet oppfølgingstjenesten. Den tredje brukeren bor i et bofellesskap med døgnbemanning. De ansatte har overtatt det overordnede ansvaret som de pårørende opplever at de har vært alene om tidligere.

I bofellesskapet med heldøgnsbemanning gir de ansatte hjelp på alle områder brukeren har behov for. I bofellesskapet for personer med dobbeltdiagnose er dette også tilfellet. Også ansatte i oppfølgingstjenesten for personer med dobbeltdiagnose gjør dette.

I en annen kommune har kommunen slått sammen alle de enhetene som tidligere arbeidet med rus, psykisk helsevern og sosialt arbeid. Dette utgjør nå en egen enhet som gir oppfølging blant annet til personer med psykisk lidelse i kommunen.

Det som er karakteristisk med alle disse oppfølgingstilbudene, er at de er helhetlige. De forholder seg til alle de tjenestetilbudene brukerne har og går på tvers av etablerte tjenesteområder. Dette betyr ikke at de utfører alle tjenester selv, men at de snakker med brukerne om behov og bistår med å få nødvendige tjenester på plass. De er fleksible og forsøker å tilpasse seg brukernes behov. Brukerne har faste tjenesteytere som de forholder seg til. En tjenesteutøver i den sammenslåtte oppfølgingstjenesten forsøker å beskrive hva de gjør:

«Veldig individuelt hvordan vi jobber. Vi har støttesamtaler, men hjelper også folk i systemet. Vi er litt potet, veldig fleksible. Vi som jobber der, er hovedsakelig psykiatriske sykepleiere og sosionomer.»

En bruker som får oppfølging fra denne tjenesten, sier:

«Hun hjelper meg med det meste. Er med på møter, hjelper meg med utbetalinger. Vi har søkt om uføretrygd. Er også med meg på ting, tannlegen for eksempel. Hun er helt enestående. Hun kjenner meg veldig godt. Trenger ikke si så mye, hun vet hva det handler om. Det er helt topp å ha det sånn. Vi har snakket om at jeg må komme i gang med noe, aktiviteter og jobb.»

Oppfølgingstjenesten for personer med dobbeltdiagnose er mer omfattende enn oppfølgingstjenesten som er skildret over. Brukerne har vedtak om et visst antall

timer oppfølging, men utover dette kan de ta kontakt på telefon hele døgnet ved behov. Dette er en helt unik ordning. For noen av brukerne er det vanskelig å sette ord på hva oppfølgingstjenesten gjør, en av dem sier:

«De hjelper meg med alt.»

Ut fra intervjuene er det helt tydelig av brukeren opplever det sånn. Et annet svar er at «de gjør mye bra». Når vi går nærmere inn på hva de ansatte i bofellesskap og oppfølgingstjeneste for dobbeltdiagnoser hjelper til med, så er det overordnede inntrykket nettopp det at «de hjelper til med alt», og at brukerne synes de «gjør mye bra». Når vi forsøker å utdype hva dette «alt» er for en av informantene, så er det for eksempel å følge ham til distriktspsykiatrisk senter, passe på at han overholder avtaler, besøke ham når han er innlagt, hjelpe til med praktiske oppgaver i hjemmet og være der for ham ved behov.

En annen bruker har bedt oppfølgingstjenesten om å passe på penger for henne og nøklene til leiligheten. Det hender ofte at hun låser seg ute fra leiligheten og nå har hun noen hun kan kontakte når det skjer. De har også passet på penge- nenes slik at hun ikke bruker opp alt med en gang, men kan fordele det ut- over måneden. I samtaler med brukere og tjenesteutøvere får vi også historier om hjelp til gjenoppretting av familierelasjoner, turer og utflukter, planer om å trene sammen. Kort sagt «alt».

Fleksibiliteten er høyt verdsatt av mange brukere. En av brukerne i bofelles- skap forteller at hun har en primærdag hver uke. Hun sier:

«Vi har en primærdag. Da kan vi gjøre forskjellige ting, jeg bestemmer selv. I dag har vi vaska, men vi dro ikke til butikken for jeg skulle ikke ha noe. De kan bli med til tannlegen eller legen, kjører meg dit jeg skal.»

En annen informant forteller:

«Jeg kan få hjelp til å vaske, de hjelper meg også med medisiner. Og så hender det jeg må stenge gamle spøkelser ute og da er de her for meg.»

Vi kan se noen fellestrekk ved alle disse ordningene: helhet og samordning, per- sonlig kontakt og fleksibilitet.

### **Faste tjenesteytere**

Vi ser veldig tydelig i intervjuene at det å kjenne tjenesteutøverne og oppleve at de har en god relasjon, er av stor betydning for brukerne. Å ha faste tjenesteutø- vere er et av de fem nøkkelordene for god organisering av tjenestetilbud. En av brukerne sier:

«Jeg har en fast psykiatrisk sykepleier, det er veldig bra. Hun kommer én gang i uka. I en periode hvor jeg var dårlig da kom det veldig mange forskjellige. Det var ikke bra, alt for mange å forholde seg til.»

Mange brukere trekker fram at det er bra med faste personer fordi det er trygt og ikke minst at tjenesteutøveren kjenner dem. De slipper å fortelle alt hver gang. Et annet moment som ikke kan underslås, er personlig kjemi. Relasjonen mellom tjenesteutøver og bruker er viktig for hvordan hjelpen oppfattes. En av brukerne sier:

«Jeg har veldig god kontakt med xxx. Det er jo forskjellig, men jeg har god kontakt med xxx. Har mest kontakt med ham. Han er en pådriver, vi har god kjemi. Jeg kan snakke med ham. Får inspirasjon, det er viktig. Han er en pådriver.»

Vi ser helt entydig hvor viktig det å ha en god personlig relasjon oppleves av brukerne. Også andre brukere tar opp at de har en eller to som de føler at de har god kontakt med. Det er ikke mulig å vedta at en skal klare å få den personlige kjemien til å fungere, men vi kan se av intervjuene at det er viktig for å klare å gi relevant hjelp. For mange av brukerne med dobbeltdiagnose er dette veldig viktig. Også tjenesteutøverne snakker om å komme i en posisjon for å opparbeide seg tillit for å kunne hjelpe.

## **Kvalifisert personell**

Flere av brukerne trekker fram viktigheten av at det er ansatte som forstår hvordan de har det. Det er viktig at de som skal jobbe med dem, har kompetanse når det gjelder psykisk helsearbeid. Kompetanse er ikke bare fagutdanning, men erfaring. En av informantene sier:

«Det som er så bra med dem som jobber her, er at de har jobbet med dette i lang tid. De ser raskt når noen ikke hører hjemme her.»

En av informantene har fått botilbud i en heldøgnsbemannet omsorgsbolig uten kompetanse på psykiatri, men hvor det er de ansatte der som skal gi støtte til utføring av dagliglivets gjøremål. Dette fungerer ikke bra. Informanten sier:

«De skal jo drive biveiledning, men det fungerer ikke. De kan ikke motivere. Skulle ønske at det ble en mer positiv opplevelse når de skal hjelpe meg. Nå går jeg mye på tverra. Det går galt, og de begynner å kjefta på meg. Jeg blir tverr og legger meg på sofaen. Sier de skal gå. Skulle ønske de fikk til at det ble en mer positiv opplevelse.»

Sonekontoret i denne omsorgsboligen er hovedsakelig rettet inn mot praktisk hjelp for eldre og funksjonshemmede. Hun opplever at booppfølgingen ikke fungerer, situasjonene blir negative og preget av konflikt. Tjenesteutøverne er innstilt på å yte praktisk hjelp, ikke på å gjøre ting sammen. Brukeren opplever at det hun har behov for, er personer som kan motivere henne til selv å utføre oppgavene. Hun sier videre:

«Problemet er at de ikke motiverer. De bare kjefter, er opptatt av å få ting gjort. For eksempel lage middag, vaske gulvet, dusje.»

Også tjenesteutøvere peker på viktigheten av å ha kompetanse og forståelse for brukerens behov. Dette fordrer en tilrettelegging av tilbud ut fra den enkeltes behov, ikke ut fra hva som finnes av tilgjengelige boliger i kommunen. De brukerne som har oppfølging fra personer med kompetanse innenfor psykiatri, verdsetter dette. Dette er et signal om at dersom man skal gi personer med psykisk lidelse et botilbud med oppfølging, så må dette være et sted med kompetanse på psykisk helsearbeid. Tilbudet må være tilpasset målgruppa.

### **Virkemidler i tjenesteytingen – individuell plan og samarbeidsavtaler**

Individuell plan er tenkt som et verktøy for å sikre et samordnet og tilpasset tjenestetilbud. Dette er tenkt som et fellesdokument som skal utarbeides av bruker og en kontaktperson i hjelpeapparatet. I individuell plan skal brukerens hjelpebehov og alle vedtak og strategier for å møte disse behovene konkretiseres (jf. Sosialtjenesteloven § 4-3a<sup>2</sup>). Individuell plan er en rettighet for brukeren, men ingen kan pålegges å utarbeide individuell plan. Tjenesteutøverne framstiller samarbeidsavtale som nesten det samme som en individuell plan, men vi ser av intervjuene at det er en vesentlig forskjell: Brukere kan pålegges å skrive samarbeidsavtale for å få flytte inn i botilbud. Gjennom disse samarbeidsavtalene forplikter brukeren seg til å ta imot hjelp ved behov.

Majoriteten av informantene sier at de har enten individuell plan eller samarbeidsavtaler. Noen av brukerne er veldig klar på at dette er en avtale om hvilken oppfølging de skal ha. For majoriteten av brukerne er det ikke slik. Intervjuene viste oss noen viktige svakheter ved bruken av disse virkemidlene. For det første viste intervjuene at mange av brukerne ikke husket hva som står der. For det andre mener noen av brukerne at tiltakene ikke blir fulgt opp. En av informantene sier at han har en «oppfølgingsplan», han husker at de snakket om den. Hans inntrykk

<sup>2</sup> Lov om Sosiale tjenester m.v. Se også Rundskriv 1-17/2004 fra Helse- og omsorgsdepartementet: Ny felles forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

er at mange av de tiltakene de ble enige om, ikke er blitt noe av. Han nevner en rekke eksempler på dette. En av tingene var at han skulle få en fast person å henvende seg til.

En av brukerne med dobbeltdiagnose har nylig sittet sammen med primærkontakten sin og arbeidet med oppdatering av samarbeidsavtalen sin. Hun er veldig fornøyd med dette og opplever at de er blitt enig om mange viktige ting. Dette er for eksempel avtaler som gjelder penger, det å lage mat sammen, om aktiviteter de skal prøve. Denne brukeren er en av de få som gir uttrykk for at utarbeidelsen av denne planen har vært en veldig positiv prosess. I oppfølgingstjenesten som denne brukeren er tilknyttet, blir samarbeidsavtaler og individuell plan betraktet som et viktig prosessverktøy. En av tjenesteutøverne sier:

«Vi bruker individuell plan som prosessverktøy. Det er noen brukere som ikke vil ha, men de blir mer positiv når de ser at det har en praktisk relevans. Noen vil på bakgrunn av erfaring ikke ha sånne dokumenter. Men det fungerer. Vi kan gå tilbake og se om ting som ble avtalt, fungerer. Ja, det var det med nøkler – det må vi jobbe mer med – det må oppfølgingstjenestene ta vare på i en periode. Individuell plan er viktig for å få til brukermedvirkning.»

Disse historiene viser at individuell plan eller samarbeidsavtale kan være et nyttig virkemiddel, men at det mange steder ikke blir brukt på en slik måte.

### **3.3 Tilgang og samarbeid med behandlingsapparatet**

Både brukere, pårørende og tjenesteutøvere er opptatt av forholdet til spesialisthelsetjenesten og tilgang til behandling i spesialisthelsetjenesten ved behov. Dette er et tema som går igjen i nesten alle intervjuene. For brukerne og pårørende handler dette mye om trygghet for at de får behandling ved behov, for tjenesteutøverne handler dette om at det finnes noen som kan ta ansvar når ikke de har noe å tilby. Det er tre områder som peker seg ut som utfordringer: tilgangen til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud, samarbeid og kommunikasjon, samt tett oppfølging.

Alle unntatt én av de pårørende samt noen av brukerne mener at forholdet til spesialisthelsetjenesten har blitt bedre. Dette handler selvsagt om at mange har en lang forhistorie hvor de har opplevd å ikke få den hjelpen de trengte og etterspurte. Nå har brukeren fått en bolig og ulike former for oppfølging, og i noen tilfeller har botilbudet et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Brukerne er nå innenfor en ramme hvor de blir sett av tjenesteapparatet. En av tjenesteutøverne i en kom-

munal psykiatrienhet sier at etter hvert som de har etablert en kontakt med spesialisthelsetjenesten, så har terskelen for å ta kontakt blitt lavere og dermed utgangspunktet for kommunikasjon bedre.

Tjenesteutøverne i noen botilbud forteller at de har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De mener dette gir resultater i form av bedre kommunikasjon og opplevelse av en mer helhetlig ivaretagelse av brukerne. Noen har fått ordentlig system rundt veiledningsplikt fra spesialisthelsetjenesten. Samarbeid åpner for mulighet til planlagte innleggelses og oppfølging etter innleggelses. Det er også noen av brukerne som har avtaler med spesialisthelsetjenesten, som gjør at de kommer raskt inn ved behov.

Tilgang til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud er et gjennomgående tema. Flere av tjenesteutøverne tar opp at det er behov for at spesialisthelsetjenesten kunne fungere mer ambulant. De mener at mange brukere kunne fått god hjelp hjemme, og at spesialisthelsetjenesten kunne ha god nytte av å se brukerne i hjemmesituasjonen. Disse tjenesteutøverne mener at en ambulant tjeneste innenfor psykisk helsevern kunne erstatte og forebygge mange dramatiske innleggelses.

Et annet gjennomgående tema er manglende kapasitet. En av tjenesteutøverne sier:

«De blir ikke så lenge, og oftest for kort tid til å bli stabilisert.»

Enda et problem som tas opp av tjenesteutøvere og pårørende, er mangel på akutt-plasser. De mener at dette særlig er et problem når det gjelder brukerne med dobbeltdiagnose. I tillegg mener tjenesteutøverne at de møter begrenset forståelse for brukernes behov i spesialisthelsetjenesten. I det ene botilbudet for personer med dobbeltdiagnoser sier en tjenesteutøver at det er et problem at brukerne opplever at de ikke er velkommen i spesialisthelsetjenesten. Brukerne har hovedsakelig fått tilbud om poliklinisk behandling, noe de har dårlige erfaringer med fordi brukerne ikke klarer å overholde avtaler. I det andre botilbudet har de et etablert samarbeid med et prosjekt i spesialisthelsetjenesten nettopp for pasienter med dobbeltdiagnose. Her opplever de at de har fått til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fortsatt er det et fellesproblem for disse to tilbudene at det er for liten kapasitet i akuttavdelingen og at det ikke finnes tilgjengelige avlastningstilbud.

Mange tar opp at brukere blir utskrevet for tidlig og uten noe ordentlig opplegg for oppfølging. Nettopp overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og egen bolig tas opp av både brukere og tjenesteutøvere. En av tjenesteutøverne innenfor dobbeltdiagnose mener at mange re-innleggelses kunne vært unngått dersom brukerne fikk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten en periode etter utskrivning.

Kommunikasjon og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er viktig nettopp ved overganger. Her viser det seg at det fortsatt er varierende

praksis når det gjelder samarbeid med kommunen når brukerne blir utskrevet. I en kommune fungerer dette samarbeidet godt. Både brukere, pårørende og tjenesteutøvere mener dette. En bruker forteller at hun opplevde det som meget positivt at hun ble hentet av noen kjente tjenesteutøvere etter et institusjonsopphold. Hennes uskrivning var planlagt. En av de pårørende som har mange dårlige erfaringer med psykiatrien gjennom årene, roser den innsatsen som ble gjort da hennes familiemedlem skulle flytte fra institusjon etter et lengre opphold og inn i et botilbud i hjemkommunen. Hennes opplevelse fra tidligere utskrivninger var nettopp at de ikke ble informert og at brukeren ble skrevet ut uten at sykehuset forsikret seg om at noen tok imot i den andre enden. Denne gangen var overgangen planlagt og godt forberedt. De pårørende var involvert og deltok i forberedelsen til et liv i eget hjem. Kommunen var forberedt og hadde et botilbud med oppfølging klart.

### **Tett oppfølging gir mindre behandlingsbehov**

Mange av brukerne forteller at siden de kom inn i et ordentlig oppfølgingsopplegg, så har de hatt færre innleggelse i psykiatrien. Begge botilbudene for personer med dobbeltdiagnose opplever at de har en nedgang i innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldinger fra pårørende og tjenesteutøvere støtter opp under dette bildet. En av tjenesteutøverne sier:

«Mange hadde tidligere hyppige dårlige perioder, de var svingdørspasienter i psykiatrien. Her har vi klart å få til en stor reduksjon. Vi har laget miljøplaner hvor vi tar opp hva brukeren ønsker når de blir dårlige, vi har utredet trygghetsbehov, skapt stabilitet gjennom faste rammer i økonomi, handling, personer å prate med, rutiner i det daglige.»

En av brukerne forteller om at hun har hatt veldig mange langvarige innleggelse de siste årene, opptil tre måneder av gangen. Sist gang hun var innlagt, var en helt annen opplevelse. Hun hadde flyttet i et bofellesskap og da hun begynte å bli dårlig, ble det oppdaget i en tidlig fase. I motsetning til da hun bodde alene, ble hun innlagt på et tidlig tidspunkt og innleggelsen varte kun i tre uker. Et annet moment som hun er opptatt av, er at det var mye lettere å komme tilbake etter institusjonsoppholdet. Tidligere opplevde hun at hun kom tilbake til ingenting, en tom leilighet. Nå opplevde hun at hun var ventet. Tjenesteutøverne hentet henne på sykehuset og hun opplevde at hun ikke gruet seg til å komme hjem. Denne historien er ikke unik. Flere av brukerne forteller at de har fått en mye mer stabil psykisk helse etter at de fikk et sted å bo med tettere oppfølging. Dette gjelder særlig for brukerne med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer, men også for brukere med kun psykisk lidelse. Dette handler delvis om at stabilisering i form av et fast sted å bo, omsorg og støtte i hverdagen, bedre ernæring og riktig medisiner

kan bidra til en stabilisering av psykisk helse. Et like viktig moment også her er at forverring i psykisk helsetilstand blir oppdaget tidligere. En bruker med dobbelt-diagnose forteller at hun året før hadde 30 innleggelses. Mange av dem var tvangsinnleggelses. Siste år hadde hun kun én innleggelse. Når jeg spør om hvorfor hun ikke har hatt så hyppige innleggelses, så handler dette om at hun tar kontakt tidligere når hun begynner å bli dårlig og får hjelp før hun blir for dårlig.

### 3.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gitt en oversikt over de tjenestene som brukerne mottar. Vi har videre skildret hvilke behov brukerne har og hvilke virkemidler som blir brukt for å møte disse behovene. Hjelpet behovet kan grupperes under fire temaer: behov for praktisk hjelp i boligen, hjelp til forvaltning av egen økonomi, behov for trygghet og innhold i livet. Behov for trygghet framstår som et grunnleggende behov for å sikre en stabil boligsituasjon over tid. Her har mange brukere fått dekket behovet gjennom varierende grader av tilgjengelighet til personell. Vi ser at for mange brukere i vanlige boliger savnes en døgnkontinuerlig kontaktsentral innenfor psykisk helse.

Det er særlig når det gjelder området «innhold i livet» at vi ser store udekkede behov. Dette handler særlig om meningsfulle aktiviteter og arbeid. Støtte til å etablere og opprettholde nettverk og relasjoner er særlig viktig for brukere med dobbeltdiagnose.

Organisering av tjenestetilbudet er viktig. Intervjuene viser at helhetlige oppfølgingstilbud, fleksibilitet med hensyn til brukernes behov, faste tjenesteytere og kvalifisert personell har stor betydning for hvordan tjenestetilbudet oppfattes. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig for å få et helhetlig og kontinuerlig tjenestetilbud. For brukerne og pårørende er det viktig med trygghet for at de får behandling ved behov, for tjenesteutøverne er det viktig å ha trygghet for at noen tar ansvar når ikke de kan gi brukeren et forsvarlig tilbud. Våre informanter mener at utfordringene overfor tjenesteapparatet handler om manglende kapasitet, kommunikasjon og samarbeid. Undersøkelsen viser at mange har erfaring med at når brukerne får tilstrekkelig oppfølging, så går behovet for behandling i spesialisthelsetjenesten ned.

## 4 Bosettingsstrategier for personer med psykiske lidelser

Kapitlene foran har på mange måter bekreftet hovedfunnene fra Fafos kartlegging av udekkede bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. Majoriteten av brukerne har behov for hjelp og oppfølging i boligen, og det er innenfor området sosial kontakt, trygghet og tilsyn at det er flest udekkede behov (Hansen og Ytrehus 2005). I denne rapporten har vår framgangsmåte gitt oss mulighet til å gå mer spesifikt og detaljert inn på hvordan hjelpebehovene arter seg, hvilken hjelp som ytes og erfaringene med hjelpen. De foregående kapitlene har vist hvor viktig det er å gå ned på individnivå for å få i tak i hva som oppfattes som god oppfølging, hvordan tjenestene utformes og hvilke elementer ved tjenesteutformingen som har betydning for brukernes opplevelse.

Følgende hovedfunn er framkommet i denne studien:

- Brukerne har en ustabil bohistorie preget av mange flyttinger, forskjellige boforhold, og flere avbrudd i boligforhold på grunn av institusjonsopphold. Brukere med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer har en enda mer turbulent bohistorie. Alle disse brukerne har i perioder ikke hatt et sted å bo overhodet.
- Det er mange ulike årsaker til tidligere ustabil bosituasjon, for eksempel vanskeligheter med å overholde økonomiske forpliktelser og forholdet til naboer, men hovedårsaken er først og fremst knyttet til manglende oppfølging.
- Majoriteten av brukerne bor i dag i en bolig med tilknyttet personell. Flere av brukerne har valgt å flytte fra vanlig bolig til samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Hovedårsakene til dette slik brukerne framstiller det, er behov for å møte forståelse for egen psykiske helse, det andre er behovet for trygghet i form av nærhet til tjenesteutøvere og andre beboere.
- Majoriteten av brukerne er fornøyd med dagens bosituasjon. En årsak til dette er at de sammenligner med tidligere bosituasjon. Et annet viktig moment er betydningen av å ha gjennomgått en erfaringsbasert erkjennelsesprosess med hensyn til behov for hjelp og støtte.
- For noen brukere er fornøydheten med en bosituasjon med tett oppfølging betinget av at dette er midlertidig og en mellomstasjon på vei mot en mer selv-

stendig boform. For andre er nettopp forsikringen om at botilbudet er permanent, en viktig faktor for trygghet og tilfredshet.

- Behovet for trygghet framstår som det mest grunnleggende behov hos brukerne for å kunne klare å bo i egen bolig over tid. Tryggheten handler om tilgjengelighet til tjenesteytere og hjelp ved behov. Brukere i vanlige boliger uten tilknyttet personell savner en døgkontinuerlig kontakttjeneste.
- Ensomhet og isolasjon er et problem for mange. Det er når det gjelder «innhold i livet» at det er størst behov for mer hjelp og støtte. Særlig i forhold til arbeid og meningsfull aktivitet at det er store mangler. Her er brukere, pårørende og tjenesteutøvere samstemte.
- For brukere med samtidig rus og psykisk lidelse er det ekstra viktig å fylle livet med et annet innhold for å klare å opprettholde en stabil bosituasjon og kontroll over eget rusbruk.
- Oppretting og opprettholdelse av nettverk og relasjoner er en særlig viktig oppgave med tanke på personer med samtidig rus og psykisk lidelse.
- Organisering av tjenestetilbudet er viktig. Intervjuene viser at helhetlige oppfølgingstilbud, fleksibilitet med hensyn til brukernes behov, faste tjenesteytere og kvalifisert personell blir tillagt stor vekt.
- Tett oppfølging står i kontinuerlig fare for å overtrække brukerens autonomi og rett til privatliv. Dette krever bevissthet i hjelpeapparatet. Tjenesteutøverne vi har intervjuet, er oppmerksomme på dette dilemmaet og tar hensyn til det i sitt arbeid.
- Tilgang til spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig for et helhetlig tjenestetilbud.

Våre funn er ikke unike. I grove trekk finner vi at tett oppfølging og støtte er viktig for denne målgruppa dersom de skal klare å opprettholde en stabil bosituasjon. Undersøkelser fra Norge og flere andre land har vist at det å tilby bolig til personer som tidligere har vært bostedsløse over lengre eller kortere perioder, eller har bodd under svært dårlige boforhold, har gitt gode resultater når det *også* gis sosial støtte i tillegg for å mestre boligsituasjonen (Busch-Geertsema 2005, Dyb 2005, Ytrehus og Drøpping 2004). Vår undersøkelse tydeliggjør brukernes behov og gir en større forståelse for hvordan en møter personer som trenger hjelp og støtte for å klare å bli boende i boligen sin.

På bakgrunn av våre intervjusamtaler kan vi trekke fram tre hovedvirkemidler for å fremme bostabilitet:

- En bolig hvor den enkelte bruker opplever at han får dekket sitt behov for trygghet i form av tilgjengelighet til personell. Dette behovet varierer, fra å ha behov for personell i boligen til å ha mulighet til å nå personell per telefon.
- Tilstrekkelig oppfølging. God oppfølging er helhetlig, forholder seg til brukernes behov gjennom hele døgnet og brukerens totale livssituasjon.
- Tett oppfølging og samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan forebygge behov for institusjonsopphold og behandling i andrelinjetjenesten.

Et annet viktig funn i vår undersøkelse er at boligen har en betydning som forutsetning for behandling. Mange brukere har fått en mer stabil helsetilstand etter at de flyttet inn i boligen sin. Særlig for en del av brukerne med dobbeltdiagnose så handler dette om de har fått en ramme og struktur rundt livet sitt, og gjennom dette tilgang til behandling som de ikke har fått tidligere. Dette handler om den helhetlige rammen.

Ingen av botilbudene vi har hatt kontakt med, har noen målsetting om å drive behandling. Samtidig ser vi at for noen har tett oppfølging ført til at de har fått en mer stabil helsetilstand. Å ha noen å snakke med, å gjøre praktiske ting sammen, få kontroll på medisiner, få stabilisert rusbruken, få bedre ernæring er ikke behandling, men våre intervju samtaler viser at det ser ut til å ha konsekvenser for helsetilstanden.

### **Grenser for åpen omsorg**

Vår brukerundersøkelse gir verdifull kunnskap om hvordan en del brukere opplever hverdagen i egen bolig. I vår undersøkelse møtte vi kun ett eksempel på en bruker hvor både bruker selv, tjenesteutøver og pårørende mente at en form for institusjonsløsning ville være et riktigere alternativ. Det betyr ikke at de ser institusjon som en permanent løsning, men mener at dette bør være et tilbud for en lengre periode. Dette handlet om behov for å stabilisere rusmisbruk, men også mulighet for behandling av psykisk lidelse over tid. Livet i egen bolig var blitt et liv med meget hyppige innleggelse i psykiatrien, perioder med mye rusing, depresjon og lite overskudd og interesse for aktiviteter. Personen var blitt sykere og ønsket selv å komme bort fra byen og til et opplegg med tettere oppfølging.

At alle skal bo i egen leilighet må ikke bli ensrettet på den måten at vi lukker øynene for at dette ikke er riktig alternativ for alle. Et kvalitativt godt tilbud i førstelinjen fordrer kapasitet i andrelinjen. Samtidig må vi kanskje være ærlige og realistiske og innse at det kanskje finnes en grense for åpen omsorg.

## **Personer med dobbeltdiagnose – egne tiltak eller mer av det samme...?**

En av våre problemstillinger for denne undersøkelsen var om det er særegne bo- og tjenestebehov hos personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. Rusproblemer er en tilleggsdimensjon som for mange krever tiltak når det gjelder stabilisering av rusbruk. Hovedinntrykket som vår studie gir er likevel at det ikke er noen markante forskjeller i behov mellom brukere med psykiske lidelser og de brukerne som i tillegg har et vedvarende rusproblem. For alle brukerne vi har studert handler dette om at noen tar et overordnet ansvar for et bo- og tjenestetilbud som henger sammen i forhold til alle livets sider, og som omfatter hele døgnet. Vi kan si at behovene til dem med samtidig rus og psykisk lidelse er enda mer ytterliggående. Vårt inntrykk er at en av suksessfaktorene er at noen faktisk tar regien for at livet henger sammen. For noen er dette et kontinuerlig behov, for andre er det et midlertidig behov på vei mot et mer selvstendig liv i egen bolig.

Denne undersøkelsen handler ikke om behandlingsformer innenfor psykiatrien og er på ingen måte rettet inn mot å vurdere hva som er gode modeller for å behandle personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. Vår innfallspørsmål er hvilke bo- og tjenestebehov brukerne har når det gjelder å klare å opprettholde en stabil bosituasjon over tid. I et slikt perspektiv ser vi at brukerne med samtidig rusproblemer og psykisk lidelse blir et ekstremcase som tydeliggjør hva som er utfordringene med hensyn til åpen omsorg. Det de peker på når det gjelder helhetlig ansvar, trygghet, tilgjengelighet og innhold i livet, er det samme som pekes på av den store mangfoldige gruppen av personer med psykisk lidelse. Det som skiller personene med dobbeltdiagnose fra de andre, er at de er enda sykere, mye mer slitne og har en lengre forhistorie som marginaliserte. Dette gjør behovene sterkere på alle områder. Vi ser at de tydeliggjør behov og utfordringer.

## Referanser

- Busch-Gertsema, Volker (2005), «Does re-housing lead to reintegration? Follow-up studies of re-housed homeless people.» *Innovation*, Vol 18, No 2, Routledge
- Dyb, E. og K. Nordlund (2005), *Boligbehov i psykisk helsevern. Kartlegging av behov for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser 2005–2008*. Byggeforsknnotat 77. Norges byggforskningsinstitutt
- Dyb, E. (2005), *Prosjekt bostedsløse. Evaluering av et fireårig nasjonalt prosjekt*. Byggeforskningsskriftserie 7. Norges byggforskningsinstitutt
- Goffman, E. (1961), *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday
- Granerud, Arild (1999), *De nye naboene: hvordan blir psykiatriske langtidspasienter mottatt i nærmiljøet når de etablerer seg i egne boliger?* Nordiska Hålsavårdhögskolan, Göteborg: Rapport nr. 17:99
- Hansen, I.L.S. og S. Ytrehus (2005), *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. En kartlegging av udekkede bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser*. Fafo-rapport 494
- Hansen, T., A. Holm og S. Østerby (2004), *Bostedsløs i Norge 2003 – en kartlegging*. Prosjektrapport 371. Norges byggforskningsinstitutt.
- Ytrehus, S. og J.A. Drøpping (2004), *Den vanskelige fortsettelsen. En kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse*. Fafo-rapport 448
- Øverås, S. (2003), *Fra portvakt til døråpner. En midtveisevaluering av Tøyen-prosjektet (ROP-Tøyen)*. Fafo-notat 2003:22
- Øverås, S. (2004), *Nattergalen. Evaluering av et bofellesskap for tidligere bostedsløse kvinner i Oslo*. Fafo-rapport 460
- Øverås, S., A.B. Fyhn og H.C. Sandlie (2005), «Trenger du hjelp?» *Oppstartevaluering av Samarbeidsprosjektet – færre utkastelser*. Fafo-rapport 469
- St.meld. nr. 41 (1987–88), *Helsepolitikken mot år 2000*. Nasjonal helseplan

St.meld. nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*

St.meld. nr. 25 (1996–97), *Åpenhet og helhet*. Sosial- og helsedepartementet

St.prp. nr. 63 (1997–98), *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og helsedepartementet

xxx kommune

Oslo, 05.01.06

**Fafo**  
**Institutt for arbeidslivs-  
og velferdsforskning**  
Postboks 2947 Tøyen  
0608 Oslo  
Borggata 2B

Telefon 22 08 86 60  
Faks 22 08 87 00  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

### **Undersøkelse om bo- og tjenestebehov blant psykisk syke**

Fafo gjennomfører på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet en brukerundersøkelse om bo- og tjenestebehov blant personer med psykiske problemer som har fått hjelp av kommunen til å skaffe seg bolig. Hensikten med undersøkelsen er å få mer kunnskap om bolig- og tjenestebehov, hva som er gode boligløsninger og hvilke tjenester som er viktig for å skape økt bostabilitet for personer med psykiske lidelser. Sammen med oppdragsgiver har vi valgt ut deres kommune som en av fem kommuner hvor vi gjør intervjuer.

Undersøkelsen er først og fremst en kvalitativ brukerundersøkelse. Vi ønsker å intervju 2 – 3 personer som har fått hjelp til å skaffe seg et sted å bo. Intervjuet handler hovedsakelig om brukers erfaring rundt det å bo, om etablering i egen bolig og vurdering av eget bo- og tjenestetilbud. Undersøkelsen er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som er personvernombud for Fafo og alle opplysninger som framkommer vil bli behandlet i tråd med lovbestemte regler.

Som del av undersøkelsen vil vi også intervju en tjenesteutøver som arbeider i direkte kontakt med brukerne i bolig, for eksempel psykiatrisk sykepleier, booppfølger, miljøarbeider. Dersom det er mulig ønsker vi også å komme i kontakt med pårørende som kan tenke seg å bli intervjuet.

Vi er helt avhengig av et godt samarbeid med dere for at denne undersøkelsen kan gjennomføres, særlig i forhold til å formidle kontakt til brukerne. Ta derfor kontakt med Inger Lise Skog Hansen, telefon \_\_\_\_\_ eller e-post: [ilh@fafo.no](mailto:ilh@fafo.no) for nærmere avtaler.

På forhånd tusen takk for hjelpa!

Med hilsen

Inger Lise Skog Hansen (forsker)

Fafo ved Inger Lise Skog Hansen

Telefon direkte:

Mobil

**Fafo**  
**Institutt for arbeidslivs-  
og velferdsforskning**  
Postboks 2947 Tøyen  
0608 Oslo  
Borggata 2B

Telefon 22 08 86 60  
Faks 22 08 87 00  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Oslo, januar 2006

### **Brukerundersøkelse om bo- og tjenestebehov**

Fafo, som er et forskningsinstitutt, skal gjennomføre en brukerundersøkelse om bo- og tjenestebehov blant personer som har fått hjelp til å skaffe seg bolig av kommunen. I den anledning vil vi gjerne intervju deg. Din deltakelse er viktig for at vi skal få et ordentlig bilde av dine behov og om du har fått den hjelpen du trenger. Deltakelse i undersøkelsen er selvsagt frivillig, det er du som bestemmer om du vil delta. Du skal vite at ingen i kommunen eller andre vil få vite hva du har fortalt i intervjuet og all informasjon vil bli anonymisert. Du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen og all informasjon om deg blir da slettet.

Sier du ja til å delta så kan du fylle ut vedlagte samtykkeerklæring for deltakelse og lever denne til kontaktperson i kommunen slik at vi får avtalt et tidspunkt. Alternativt tar du direkte kontakt med Inger Lise Skog Hansen på telefon eller for å avtale intervjutidspunkt.

Nærmere om undersøkelsen:

Hensikten ved undersøkelsen er å få mer informasjon om hva dere som har eller har hatt behov for hjelp til å få et sted å bo mener er gode boligløsninger og hvilke tjenester dere mener er viktige.

Fafo, som er et forskningsinstitutt gjennomfører denne undersøkelsen på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Undersøkelsen er knyttet til oppfølgingen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hensikten er altså å få mer kunnskap om bolig- og tjenestebehov, og på den måten et bedre grunnlag for utforming av bo- og tjenestetilbud.

Dersom du vil delta så vil du bli intervjuet av Inger Lise Skog Hansen som er forsker på Fafo. Intervjuet varer ca en time. Intervjuet har i hovedsak spørsmål som dreier

seg om etablering i egen bolig og hvordan du vurderer bo- og tjenestetilbud. Din deltakelse er viktig for at vi skal få et riktig bilde av situasjonen og brukernes ønsker.

Undersøkelsen er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste(NSD) og alle opplysninger vil bli behandlet etter lovbestemte regler. Vi vil ikke oppbevare noen opplysninger som kan knytte deg til datamaterialet. Intervjueren har taushetsplikt. Det vil heller aldri bli offentliggjort eller videreformidlet opplysninger der enkeltpersoner kan identifiseres.

Fafo vil på bakgrunn av undersøkelsen lage en rapport om bo- og tjenestebehov blant mennesker med psykiske lidelser. For alle som er engasjert innenfor feltet psykisk helse vil denne undersøkelsen gi nyttig kunnskap. Rapporten vil bli overlevert til Sosial- og helsedirektoratet som er oppdragsgiver for dette prosjektet. Dersom du deltar vil du bidra til nyttig kunnskap om utviklingen av tjenestetilbudet innenfor psykisk helse i kommunene. Vi vil derfor igjen oppfordre deg til å delta!

Med hilsen

Inger Lise Skog Hansen  
forsker

---

**Til Forskningsstiftelsen Fafo, ved forsker Inger Lise Skog Hansen**

Jeg ønsker å bli intervjuet i brukerundersøkelsen som Fafo gjennomfører om bo- og tjenestebehov

Jeg \_\_\_\_\_ kan nås på telefon \_\_\_\_\_  
navn (fornavn er tilstrekkelig)

## Intervjuguide for brukere:

### ***Dagens bosituasjon:***

Fortell om hvordan du bor nå?

Hvordan fikk du denne leiligheten?

Hvordan er det å bo her?

Er det noe du hadde ønsket var annerledes?

Ønsker du å fortsette å bo her framover?

(Er det slik du ønsker å bo i framtiden?)

Hva synes du er viktig for at du skal trives med å bo?

### ***Bohistorie:***

Hvor bodde du før du kom inn i dette boligtilbudet?

Hvordan var det? Hva var bra / dårlig? Hvorfor gikk det ikke?

Hvem fikk du hjelp fra? Var det noen som pleide å hjelpe deg når du hadde behov for det?

Pårørende? Organisasjoner? Tjenesteapparatet?

Flytting? Hvorfor? – frivillig eller fordi du var nødt?

Hva er annerledes nå enn slik som du bodde tidligere?

Går det bedre nå enn tidligere? Hvorfor det?

### ***Dagens tjenestetilbud:***

Hvilken hjelp trenger du for å klare å bo i egen leilighet?

(Vasking, matlaging, handling, medisiner, kontakt med offentlige kontorer)

Hvilke tilbud om hjelp har du?

Hva synes du om den hjelpa du får?

Får du hjelp til det du synes du trenger?

Er det noen faste som hjelper deg?

Noen kan kontakte ved behov?

Aktiviteter på dagtid / fritid?

Hvordan fungerer samarbeidet med de ansatte som hjelper deg?

Har du vært med å lage en plan for den oppfølging som du skal få?

Hva synes du om det å ha en plan?

Hvilke andre personer hjelper deg? Hvordan og hvor ofte?

Hvordan fungerer kontakten din med behandlingsapparatet?

Får du hjelp når du behøver det?

Hva mener du er viktig for at du skal kunne klare å bo på egenhånd?

## **Intervjuguide for pårørende:**

### ***Dagens bosituasjon:***

Opplevelse av familiemedlemmets boligsituasjon.

Hva er bra?

Trives familiemedlemmet?

Noe som ikke fungerer?

Hvordan fikk familiemedlemmet dagens bolig?

Hjelp / pådrivere?

Egen rolle?

### ***Bohistorie:***

Familiemedlemmets tidligere bohistorie.

Hva var bra / dårlig?

Ev. hvorfor fungerte det ikke?

Hvem hjalp til da? Støttepersoner.

### ***Involvering av pårørende:***

Opplevelse av kontakt med hjelpeapparatet.

Involvert eller tatt med på råd?

Hjelpeapparatets bevissthet i forhold til samarbeid med pårørende.

### ***Tjenester:***

Hvilke tjenester får familiemedlemmet?

Får han / hun de tjenester de har behov for?

Områder hvor du savner innsats?

Opplevelse av den hjelp og støtte som gies.

Tjenestenes organisering.

Forhold til behandlingsapparatet?

### ***Bostabilitet:***

Hva er viktig for at familiemedlemmet skal klare å opprettholde en stabil bosituasjon?

## **Intervjuguide - tjenesteutøvere**

### **Oversikt over behov:**

Om tjenesteutøveren har forutsetning for å si noe om bo- og tjenestebehov i kommunen.

### **Tilbudet:**

Hvilke botilbud finnes i kommunen til personer med psykiske lidelser / personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer.

### **Kartlegging av behov:**

Hvordan kartlegges bo- og tjenestebehov hos brukeren?

Bruk av IP.

### **Boligønsker:**

Hvordan ønsker brukerne å bo?

### **Opprettholdelse av boligsituasjon:**

Hva er viktig for at brukerne skal klare å opprettholde en stabil bosituasjon?

### **Tjenestetilbudet:**

Tjenestetilbud (hjelp og støtte) i dag

Hvilke tjenester kunne dere ønske dere?

Ambulante eller stasjonære tjenester – erfaringer?

Hvilke tjenestesteder involvert?

Hvordan fungerer samarbeidet?

Kontakt med spesialisthelsetjenesten.

### **Nettverk / Andre støttepersoner:**

Forholdet til pårørende?

Arbeid med nettverk?

### **Boligosiale perspektiver:**

Utfordringer i forhold til bostabilitet i målgruppa?

Gode virkemidler?

Ønskede modeller?



# Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser

I denne rapporten presenteres en brukerstudie av bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. Et lite utvalg har samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. Studien er gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og bygger videre på en tidligere gjennomført kartlegging av samme tema i et utvalg norske kommuner.

Rapporten belyser sentrale temaer relatert til å forebygge bostedsløshet og fremme bostabilitet hos personer med psykiske lidelser som har hatt et udekket boligbehov. Rapporten fokuserer særlig på tjenestesiden, brukernes behov for hjelp og oppfølging for å klare å opprettholde en stabil bosituasjon. Rapporten gir omfattende kunnskap om hvordan hjelpebehovet arter seg, hvilken hjelp som ytes og erfaringer med hjelpen. På bakgrunn av dette trekkes det fram hva som oppleves som god oppfølging, hvordan tjenestene utformes og hvilke dimensjoner ved tjenesteutformingen som har betydning for brukernes opplevelse av tjenestene.



**Fafo**

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen  
N-0608 Oslo  
[www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 519  
ISBN 82-7422-527-9  
ISSN 0801-6143