



BACHELOROPPGAVE

Boforhold hos mennesker med ROP-
lidelse

Living conditions of people with dual
dignosis

351

Tuva Wiksten Landfald

Sosialt arbeid

Fakultet for Helse og sosialvitenskap. Institutt for velferd
og deltaking

Antall ord: 11050 (Alternativ B)

20.05.2020

Abstract:

People who suffers from mental illness and addiction in Norway are overrepresented by the peoples who are homeless. The communes in Norway are having a hard time giving these people a good place to live and the right follow-up. The reason might be that with this kind of complicated health struggles, the client falls out of the system. Many of the people with dual diagnosis suffers from bad economy, poor quality of life and poor living conditions because they are disadvantaged on the housing marked. These clients will also need help to master the home situation, the mental illness and the addictions.

Social work involves creating sosial justice by preventing social differences in a society. The socialworkes are often working with people who in one way og another have problems in their lives. The work can involve helping clients to selfhelp with building up their self confidence and sense of achievement. A socialworker can also work with people with dual diagnosis with their mental illness, addiction and complicated living conditions.

To help these clients, the work should contain involvement for the client, good contact between the client and the socialworker, empathy and patience from the sosialworker and multidisciplinary team to help the client with its complicated disorder. In this text, I will try to illustrate with a literature study how living conditions among people with dual diagnosis in Norway are, and how a socialworker can help the clients in the best poissble way.

My results are that interdisciplinary partnership, injury reduction and client involving are factors that can help improve living conditions for people with dual diagnosis. A socialworker can contribute to this work through secure financial conditions at work in NAV, or be part of interdisciplinary teams such as ACT-teams. The socialworker can also contribute with treatment such as change-focused counseling, financial counseling and helping the clients to manage the housing situation.

Innhold

1.0 Innledning	4
1.1 Tema.....	4
1.1.1 Forforståelse av tema.....	5
1.2 Problemstilling	5
1.2.1 Avgrensing av problemstilling.....	6
2.0 Metode	6
2.1 Litteraturstudie.....	6
2.2 Kildekritikk.....	6
2.3 Fremgangsmåte og empiri	7
2.3.1 Fremgangsmåte.....	7
2.3.2 Begrepsavklaring	8
2.3.3 Empiri.....	9
3.0 Teori	11
3.1 Boligsosialt arbeid.....	11
3.2 Housing first.....	12
3.2.1 Muligheter.....	14
3.2.2 Hindringer.....	15
3.3 ROP-lidelse.....	16
3.4 Sosionomens rolle.....	17
3.5 Brukermedvirkning	18
3.6 Motivasjon og mestring.....	19
4.0 Funn	20
4.1 Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study.....	20
4.2 Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer	21
4.3 Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge – ansattes beskrivelser.....	22
5.0 Drøfting	22
5.1 Brukermedvirkning	23
5.2 Oppfølging	24
5.3 Skadereduksjon.....	25
5.4 Sosionomens rolle.....	26
6.0 Konklusjon og oppsummering	27
6.1 Oppsummering	27
6.2 Konklusjon	29
7.0 Referanser	30

1.0 Innledning

Har du noen gang tenkt over betydningen av å ha et trygt og godt hjem, og hvordan boforholdene dine påvirker deg som menneske?

I Norge i dag er personer som betegnes som bostedsløse overrepresentert blant mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer (Departementene, 2014). Kommuner i Norge i dag har problemer med å tildele egnede boliger og riktig oppfølging til denne brukergruppen. Grunnen til dette kan være at med kompliserte helseutfordringer vil brukerne falle utenfor hjelpeapparatet (Departementene, 2014). Mennesker som har utfordringer med rus- og psykiske lidelser, kan vi kalle for mennesker med ROP-lidelse. I Norge er det mange med denne problematikken som har dårlig økonomi, dårlig livskvalitet og dårlige boforhold ved at de er vanskeligstilte på boligmarkedet (Helsedirektoratet, 2012). NAPHA viser til at i 2017 var det cirka 150 000 personer som er vanskeligstilte på boligmarkedet, og 6200 av disse har ikke fast bosted. Fra en rapport fra Folkehelseinstituttet kommer det frem at Norge må forske mer på bostedløshet, når tallene fortsatt er så høye som de er (Strøm, 2017).

I denne oppgaven ønsker jeg gjennom en litteraturstudie å belyse hvordan boforhold blant mennesker med ROP-lidelser er i Norge i dag. Mennesker med ROP-lidelser kan ha behov for tilrettelagt hjelp for å mestre boforhold og rus- og psykiske helseproblemer. Jeg ønsker dermed å finne ut hvordan man kan hjelpe denne brukergruppen på best mulig måte, og hvordan en sosionom kan bidra i dette arbeidet. Oppgaven vil være delt inn i metode og fremgangsmåte, teori, empiri og funn fra forskning og en drøftingsdel hvor jeg knyttet teorien sammen med mine funn for å svare på problemstillingen min.

1.1 Tema

Mitt tema for denne oppgaven er boligsosialt arbeid blant vanskeligstilte grupper i Norge. Grunnen til at jeg har valgt dette tema er at det er et tema som er aktuelt i dag og sannsynlig fremover i årene som kommer. Som sosionom kan det være nyttig å få et helhetlig syn på problemene eventuelle brukere har. Disse problemene trenger ikke være skapt av en konkret sak, men kan være sammensatt av flere ulike utfordringer. Det kan også være viktig å forstå viktigheten av å ha sitt eget hjem, og oppfølging i hjemmet. Mennesker som lever som for eksempel med rus- og psykiatriproblematikk kan ha vanskeligheter med å skaffe seg sted å bo, og å mestre det å bo med tanke på økonomi, renhold og materielle goder som behøves i en

«normal» hverdag (Departementene,2014). Ved denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap og et større blikk på hva som påvirker mennesker med ROP-lidelse sine boforhold og bosituasjon, og hvordan man kan bedre disse. Den kunnskapen jeg kan få gjennom denne oppgaven, kan også hjelpe meg som fremtidig sosialarbeider å forstå det helhetlige problemet en bruker kan ha.

1.1.1 Forforståelse av tema

Olav Dalland (2017) peker på at alle har en forforståelse eller fordommer som kommer til uttrykk i en undersøkelse. Det kan være enkelt å kun se det som kan bekrefte vår forforståelse, og det kan være nyttig å reflektere over denne forståelsen før man undersøker et tema for å få frem flere synspunkt (Dalland O. , 2017, s. 58).

Gjennom undervisningen jeg har deltatt i ved Høgskulen på Vestlandet har jeg fått kjennskap til at alle mennesker i Norge har en rett til å ha et sted å bo, og det er ingen som skal måtte bo på gata. Det er heller ingen som skal måtte gjøre seg verdig til å ha et sted å bo. De gruppene i Norge som er de vanskeligstilte på boligmarkedet er innvandrere, mennesker med rus- og psykisk helseproblematikk, tidligere innsatte og mennesker med lav utdanning og inntekt (Departementene, 2014). Jeg har og med meg erfaring fra arbeid i hjemmesykepleien med mennesker med rus- og psykiske helseproblemer. Erfaringen min er basert på at mange i denne brukergruppen bor i boliger som er preget av dårlig stand og dårlige bomiljø.

1.2 Problemstilling

I startfasen av arbeidet med denne oppgaven ønsket jeg som nevnt å skrive om boligsosialt arbeid innenfor vanskeligstilte grupper i Norge. Min første tanke var at jeg ønsket å skrive om mennesker som opplevde fattigdom i Norge og deres bosituasjon. Når jeg begynte å søke etter litteratur innenfor denne problemstillingen fant jeg ut at dette ble for stort, og at mennesker i Norge som betegnes som fattige har mange undergrupper. Med tanke på dette konkluderte jeg med at jeg ønsket å skrive om mennesker som har rus- og psykiske helseutfordringer, altså ROP-lidelse. I tillegg ønsket jeg å finne ut av hvordan bosituasjon og boforhold denne brukergruppen har, hvordan bedre disse og hvordan en sosionom kan være en hjelper i den prosessen.

1.2.1 Avgrensning av problemstilling

Problemstillingen jeg da har valgt for denne oppgaven er:

Hvordan bedre boforhold hos personer med ROP-lidelse, og hvordan kan en sosionom være en hjelper i denne prosessen?

2.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert som er sitert i Dalland (2017) beskriver metode som en fremgangsmåte eller et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, 1986, s.196, hentet fra Dalland, 2017, s.51). Dalland (2017) skriver at når man velger en metode, skal hensikten ved å velge denne metoden være at den kan belyse det man prøver å finne ut av på en best mulig måte. Det er viktig å vurdere metoden man velger ved å sette opp fordeler og ulemper, og vurdere hvordan denne metoden har fungert i en avslutning av oppgaven (Dalland O. , 2017, ss. 51-55).

2.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt litteraturstudie i denne oppgaven. I en litteraturstudie studerer du litteratur, altså det som er undersøkt gjennom forskning av andre. Forskningen vil da være min sekundærdata. I denne metoden vil ikke ny kunnskap komme til syne, men nye erkjennelser kan komme frem når man sammenligner disse i en drøfting (Magnus og Bakketeig, 2002, hentet fra Støren, I., 2013, s. 17). Kunnskapen man kan få ut fra en litteraturstudie kan bidra til å systematisere kunnskap for et fagfelt eller yrkesgruppe, og kan være en start på et forskningsprosjekt. Ved å systematisere kunnskap vil det si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den (Støren, 2013, ss. 16-17). En fordel ved å bruke litteraturstudie i denne oppgaven er å få frem syn fra både sosialarbeidere og brukere i synet på bosted og oppfølging (Dalland, 2017, s. 211).

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig ved å vurdere om kunnskap man finner enten i bøker eller fra internettet er holdbar kunnskap. I denne vurderingen må man ta utgangspunkt i om den er av god kvalitet

og om den er brukbar til å belyse din problemstilling og arbeid. I kildekritikk så finnes det to sider. Den første dreier seg om å finne litteraturen som er relevant, mens den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen du har anvendt i oppgaven. Beskrivelser av hvorfor man har inkludert ulike kilder i en tekst vil spille inn på troverdigheten til teksten (Dalland, O., Tygstad, H., 2017, ss. 149-155).

I denne oppgaven har jeg brukt Oria og Idunn til å finne litteraturen min, og jeg var bevisst på hvordan jeg gikk frem. De artiklene jeg har trukket frem i min oppgave er fagfeller vurdert som vil si at den vurderes av forskere før de publiseres. Jeg har også valgt disse artiklene for jeg mener de belyser min problemstilling ved å undersøke hvordan livssituasjonen til mennesker med ROP-lidelse er ved bolig med og uten oppfølging. Dette kan gi meg grunnlag til å kunne drøfte denne kunnskapen senere i oppgaven. Jeg har også brukt noen kilder som er fra internettet, men disse vurderte jeg og som pålitelige da det kom fra troverdige sider som Helsedirektoratet, Husbanken og regjeringen sin side.

2.3 Fremgangsmåte og empiri

I denne delen av oppgaven skal jeg forklare hvordan jeg har kommet frem til min litteratur og teori ved mine søkeord. Jeg skal også presentere litteraturen min ved hvem som har forsket, hvem som er forsket på og hvordan de har utført undersøkelsene.

2.3.1 Fremgangsmåte

I startfasen av denne oppgaven forsøkte jeg å finne både teori og forskning innenfor mitt tema. Dette gjorde jeg ved å søke i databasen Oria med søkeord som levekår, hjem og bolig. Sammen med disse søkeordene skrev jeg og inn ord som rus, dobbeltdiagnose og avhengighet. Jeg søkte også med engelske ord for å forsøke å få frem forskning som ikke var gjort i Norge. Ved søkene mine fikk jeg opp mange forskjellige artikler og bøker, men jeg måtte lete en del før jeg fant noen jeg syntes passet til mitt tema og problemstilling.

Artikkelen av Ellen Andvig m.fl. *Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer* fant jeg ved søkene mine i Oria. Denne var publisert i Idunn, og jeg søkte videre etter forskning under denne databasen. Når jeg søkte på ord som housing first, bolig og dobbeltdiagnose i Idunn fant jeg artikkelen av Nordaunet og Andvig *Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge – ansattes beskrivelser*, og artikkelen av Jack Tsai m.fl. *Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental*

Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study fant jeg ved å bruke snøballmetoden, og fant artikkelen i litteraturlisten til Ellen Andvig.

Grunnen til at jeg valgte å bruke disse artiklene var at de gav meg både brukerens syn på bolig og oppfølging, men også ansatte som arbeider innenfor feltet sine syn på tematikken.

Artiklene gir et innblikk på både hvordan brukere og ansatte ser på bolig med og uten oppfølging i hjemmet, og hva oppfølgingen har hjulpet brukere med. Ved dette innblikket mener jeg at jeg kan finne ut om hvordan man kan bedre boforhold for mennesker med ROP-lidelse, og sammen med teorien finne ut hvordan en sosionom kan hjelpe i den prosessen.

2.3.2 Begrepsavklaring

Boligsosialt arbeid: Boligsosialt arbeid er å skaffe bolig til vanskeligstilte, og å styrke mulighetene til å mestre dette boforholdet. Det kan innebære å hjelpe vanskeligstilte med økonomi, behandling, handling og/eller renhold (Departementene, 2014).

ROP-lidelse: ROP-lidelse er en lidelse som innebærer at en person har både rus- og psykisklidelse (Helsedirektoratet, Nasjonale faglige retningslinjer, 2012).

Housing first: Housing first er en modell som er startet opp av Sam Tsemberis i New York i 1992. Modellen går ut på at man skal tildele brukere med ROP-lidelse bolig først, og deretter oppfølging i boligen. Dette arbeidet skal ikke kreve rusfrihet, og skal følge noen viktige prinsipper som er en del av modellen (Husbanken, 2013). Disse prinsippene vil bli presentert i teoridelen av denne oppgaven.

Å ha en bolig og et hjem: Når man skal definere begrepene bolig og hjem, må man se på de litt forskjellige. En bolig kan forklares som de ytre forhold, altså bostedet, boligtype og kjennetegn ved boligen (Dyb mfl. 2005 sitert i Brodtkorb, 2007) (Brodtkorb, 2007, s. 14). En bolig er et fysisk objekt som kan danne grunnlaget for et hjem. Et hjem handler mer om det sosiale og psykologiske som er en del av de indre forholdene i boligen. Et hjem handler om et bosted, men handler og om trygghet, identitet og sosial tilhørighet (Brodtkorb, 2007, s. 14).

Vanskeligstilte på boligmarkedet: De vanskeligstilte er mennesker som ikke mestrer å skaffe seg egen bolig, bor i uegnet bolig eller bomiljø eller mennesker som ikke mestrer et ordentlig boforhold uten oppfølging. Personer i Norge som kan være vanskeligstilte på

boligmarkedet kan være flykninger, mennesker med nedsatt funksjonsevne, enkeltpersoner eller familier med lav inntekt, tidligere innsatte eller mennesker med rus og/eller psykiske lidelser (Departementene, 2014).

ACT-team: ACT forkortet fra Assertive Community Treatment, er en modell som kommer fra Wisconsin i USA på 1970-tallet. Teamet i modellen er sammensatt av flere profesjoner som skal gi et helhetlig tilbud til brukere. Det helhetlige tilbudet ACT-team kan inneholde medikamentell behandling, behandling ved rusproblematikk og hjelp med økonomi og bolig (Aakerholt, 2013).

Skadereduksjon: Skadereduksjon handler om at man skal redusere negative konsekvenser med langvarig rus og/eller psykiske lidelser. Innenfor rusmisbruk kan skadereduksjon handle om rene sprøyter, veiledning om renhold og ernæring. Skadereduksjon innenfor psykiske lidelser kan handle om behandling for problematikken (Helsedirektoratet, Sammen om mestring, 2014).

Brukermedvirkning: Brukermedvirkning handler om at en bruker skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak. Denne medvirkningen og innflytelsen kan bidra til at en bruker får muligheten til å ta egne valg om saker som angår dem selv og deres liv (Ellingsen, 2016, ss. 106-111).

2.3.3 Empiri

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere forskningen jeg har funnet. Jeg vil presentere de ved hvem som har skrevet dem, hva de ønsket å finne ut av ved undersøkelser og hvem de har undersøkt.

Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study:

Denne artikkelen er skrevet av Jack Tsai, Gary R. Bond, Michelle P. Salyers, Jenna L. Godfrey og Kristin E. Davis (2010). Forfatterne av artikkelen har gjennomført en kvalitativ undersøkelse av mennesker med erfaring fra bostedløshet og ROP-lidelse. Undersøkelsen er tatt ut av en større undersøkelse hvor 103 brukere deltok, og hvor alle var en del av en psykososial rehabilitering i Chicago i USA. Jack Tsai m.fl. (2010) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse med 40 personer hvor de fleste var menn, og gjennomsnittsalderen lå på 46,3 år.

Forfatterne i denne undersøkelsen intervjuet både brukere som bodde i en bolig med oppfølging, og brukere som ikke hadde oppfølging. De ønsket å finne ut hva brukerne helst ønsket og hva som var best for deres livssituasjon (Tsai, Bond, Salyers, Godfrey, Davis, 2010).

Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer:

Denne artikkelen er skrevet av Ellen Andvig, Anne Lyberg, Bengt Karlsson og Marit Borg (2013). Forfatterne i denne artikkelen gjennomførte en kvalitativ undersøkelse med brukere som hadde ROP-lidelse. Deltakerne av undersøkelsen var med i et treårig boligprosjekt for mennesker med rus- og psykiske helseproblemer, og hensikten gikk ut på hvilke erfaringer denne brukergruppen fikk ved å få et eget hjem med muligheter for å medvirke boligforholdene. Deltakerne i undersøkelsen fikk også oppfølging i bolig. Det var seks deltakere i undersøkelsen, hvor det var to kvinner og fire menn i alderen 30-60 år. Alle deltakerne hadde til felles at de hadde rus- og psykiske helseproblemer, og alle hadde en ustabil bosituasjon før prosjektet (Andvig E. L., 2013).

Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge – ansattes beskrivelser:

Denne artikkelen er skrevet av Ole Martin Nordaunet og Ellen Andvig (2018). Forfatterne av denne artikkelen har undersøkt ved fokusgruppeintervju, beskrivelser og erfaringer ved å arbeide med skadereduksjon hos mennesker med ROP-lidelse. De ansatte som er undersøkt var en del av et tverrfaglig team som besto av personer med sykepleierutdanning, sosionomutdanning, utdanning innen psykologi og utdanning innen samfunnsvitenskap. Et teammedlem var også ansatt på grunn av din brukererfaring. Deltakerne var fordelt mellom to kvinner og tre menn i alderen 30-60 år (Nordaunet, 2018). I artikkelen til Nordaunet og Andvig (2018) blir det skildret at lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til at flere brukere opplever reduksjon i negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblem (Helsedirektoratet, hentet fra Nordaunet, 2018). Det er et satsingsområde fra regjeringen at disse skal ha en stabil og god bolig, og en del av opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 skal det heller ikke være et krav om rusfrihet (Helse- og omsorg departementet, hentet fra Nordaunet, 2018). Disse tilbudene skal også tilby tett oppfølging, og

kan være et annerledes behandlingstilbud enn det tradisjonelle rusfrie hjelpetilbudet (Snertingsdal, hentet fra Nordaunet, 2018).

3.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere teori rundt emnet og problemstillingen min. Siden problemstillingen min er hvordan man kan bedre boforhold hos personer med ROP-lidelse, og hvordan en sosionom kan være en hjelper i denne prosessen, vil jeg presentere relevant teori. Jeg vil presentere teori angående bolig, brukergruppen, sosionom rollen og andre emner jeg anser som viktige for å belyse problemstillingen. Disse andre emnene vil være teori rundt modellen Housing first, brukermedvirkning, motivasjon og mestring, som skal være med videre inn i drøftingen.

3.1 Boligsosialt arbeid

Thyness (2004) skriver at bolig og et hjem er noe mennesker i Norge setter høyt, og det påvirker vår mentale helse og velferd (Thyness, 2004, s. 13-31). Thyness (2004) viser til at en bolig kan gi frihet, ro og valgmuligheter som mange setter pris på. Ifølge menneskerettighetene har alle mennesker rett på et sted å bo. Selv om mange i Norge mestrer egen hverdag og har evnen til å bo, betyr det ikke at dette gjelder alle (Thyness, 2004, 13-31). Rammene for det boligsosiale arbeidet handler om at boligpolitikken og ulike instanser skal bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal kunne få bedret sin bosituasjon (Thyness, 2004, ss. 13-31). I det norske lovverket står det klart at kommunene er forpliktet til å finne midlertidige botilbud til mennesker som ikke klarer dette selv (Sosialtjenesteloven, 2010, § 27).

Ifølge regjeringens strategi om Bolig for velferd (2014) er definisjonen på boligsosialt arbeid å skaffe bolig til vanskeligstilte, og å styrke mulighetene til å mestre dette boforholdet. I strategidokumentet har regjeringen satt opp tre hovedmål for det boligsosiale arbeidet i Norge. Nummer en dreier seg om at alle skal ha et godt sted å bo. De prioriterte innsatsområdene til dette målet er å hjelpe mennesker fra et midlertidig til et varig bosted. Dette innebærer og å hjelpe mennesker til å skaffe egen varig bolig. Det andre målet til regjeringen handler om at alle som har behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet. De prioriterte innsatsområdene til dette dreier seg om å forhindre utkastelser, og å sette inn oppfølging og

tjenester i hjemmet. Det tredje og siste målet som regjeringen har trukket fram er at den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv. Prioriterte innsatsområder til dette er å sikre en god styring og målretting av arbeidet. Det er også å stimulere nytenkning og sosial innovasjon, og planlegge for gode bomiljøer (Departementene, 2014).

I strategien Bolig for velferd (2014) blir det presisert at visjonen for det boligsosiale arbeidet er at alle mennesker i Norge skal ha et godt og trygt sted å bo. Det å ha et godt sted å bo kan være individuelt, men det er en grunnleggende faktor for at man skal kunne mestre å stå i utdanning, stifte familie, komme seg ut i arbeid og generelt ta var på egen helse. Visjonen går også ut på at mennesker i Norge skal ha en tilhørighet i et lokalsamfunn og et nærmiljø. Å ha et dårlig sted å bo kan medføre at man faller ut av helse – omsorg og velferdstjenester, jobb og utdanning (Departementene 2014).

I Norge i dag er det ifølge strategien fra regjeringen (2014) et eget ansvar å skaffe et sted å bo, men det offentlige sin oppgave å tilpasse det slik at alle kan klare dette på egen hånd. Hos mennesker som ikke evner dette selv skal få hjelp av det offentlige (Departementene, 2014). Når det kommer til mennesker med ROP-lidelse som er en del av de vanskeligstilte, mener regjeringen (2014) at det skal settes inn tiltak ved mer oppfølging og mer medvirkning i arbeidet om varig bolig og tjenestetilbudet. Det uttrykkes i en undersøkelse fra 2012 at 54% av bostedsløse har et rusproblem, og 38% har en psykisk lidelse (Departementene, 2014). Ifølge strategien (2014) er mennesker med rus og/eller psykiske problemer også overrepresentert i mennesker som er bostedsløse over lengre tid (over 6 måneder) (Departementene, 2014). Det er kommunens oppgave å vurdere tiltak i hjemmet for hver bruker, og det er i en økende grad benyttet ACT-team i oppfølgingen. Økonomisk veiledning fra NAV kan også være med i arbeidet mot varige boliger, og forhindre eventuelle utkastelser (Departementene, 2014)

3.2 Housing first

Ifølge Husbanken (2013) er Housing first en modell som ble etablert av en frivillig organisasjon ved navn Parthways to Housing. Psykiateren Sam Tsemberis er mannen som etablerte denne organisasjonen i New York i 1992. Modellen inspirerte land i Europa, også Norge (Husbanken, 2013). Hans erfaringer ifølge Husbanken (2013) ved modellen er at den er effektiv blant mennesker med ROP-lidelser, og er med på å redusere problemer knyttet til rus og kriminalitet (Husbanken, 2013). Modellen er også en reaksjon mot prinsippene om at personer med rus- og psykiske vansker skal få tildelt bolig etter de har gjennomført botrening,

rehabilitering eller behandling. Husbanken (2013) presenterer og at Housing first går ut på at bolig er grunnleggende for at man skal mestre botrening, rehabilitering eller behandling. Egen bolig er med på å skape livsmotivasjonen og stabiliteten som er nødvendig i arbeidet mot en bedre hverdag (Husbanken, 2013).

Ifølge Husbanken (2013) er det seks hovedprinsipper i Housing first modellen. Nummer en går ut på bolig er en menneskerett. Dette vil si at det å ha en bolig ikke skal være noe man har gjort seg fortjent til, eller må fortjene. Det er heller ikke et krav at brukerne skal kunne mestre bosituasjonen på egenhånd eller være rusfri. Boligen skal også inneholde nødvendige funksjoner for å kunne bo, og med standard leiekontrakt (Husbanken, 2013). Det andre prinsippet handler om valgfrihet. Dette går ut på at å være bruker i Housing first programmet skal være valgfritt. Valgfriheten innebærer også at brukere skal kunne være med på å bestemme hvordan og hvilket geografisk område de ønsker å bo. Denne valgfriheten kan være noe begrenset ved at bomiljøer som er overrepresentert av mennesker med rus- og psykiske problemer ikke er hensiktsmessig, og ikke er aktuelle i denne modellen (Husbanken, 2013). Det tredje hovedprinsippet handler om integrering, som innebærer at brukere skal integreres i samfunnet, og ikke plasseres i bomiljø som er overbelastet av rus- og psykiatri. Boligen deltakerne får tildelt skal inneholde møbler og nødvendig utstyr, og de kan innrede bolig selv om dette er ønskelig (Husbanken, 2013). Hovedprinsipp nummer fire dreier seg om skille mellom bolig og oppfølging. Boligen skal tildeles brukere uten en plikt om oppfølging, men de ansvarlige for brukeren skal uansett ha tilgang til boligen en gang i uken. I skille mellom bolig og oppfølging dreier det seg også om at teamet rundt brukeren vil fortsatt være tilgjengelige selv om brukeren blir kastet ut av boligen. Teamet følger brukeren og ikke boligen. Oppfølgingen i boligen vil også tilpasset hver brukers behov, og oppfølgingen og boligen forsvinner heller ikke ved en eventuell innleggelse (Husbanken, 2013). Det femte hovedprinsippet handler om respekt, varme og medfølelse. Teamet som arbeider med Housing first modellen skal møte brukere på en respektfull måte. Dette handler om at de er bevisst på hva slags språk de bruker, hva slags signaler de bruker og hvordan de lytter til brukerne. Myndiggjøring er og et viktig begrep i modellen som går ut på at man tar beslutninger med og ikke for deltakerne (Husbanken, 2013). Det siste hovedprinsippet handler om rehabilitering og skadereduksjon. I Housing first modellen er helsen til deltakerne fokusert ved å tilby behandling og oppfølging. Oppfølgingen har også fokus på å hindre negativ adferd som kan føre til negative konsekvenser som for eksempel utkastelse (Husbanken, 2013).

Ifølge Husbanken (2013) går arbeidet i Housing first modellen ut på at man har ulike arbeidsfaser. I oppstartsfasen blir en bruker enten henvendt fra en instans, eller at brukeren tar kontakt med programmet selv. Det vil bli hold en oppstartsamtale hvor brukeren får informasjon om programmet, fordeler og ulemper og undersøkelser om personen selv ønsker å delta. I videre samtaler vil en kartlegging av brukeren forekomme, og muligheter for å bestemme hvilken bolig en ønsker å bo i eller om man ønsker alternativer. Innflytting i boligen skjer så raskt som mulig. Etter oppstartsfasen vil arbeidet fortsette med oppfølging etter behov for hver enkelt bruker, og oppfølgingen tilbys hjelp i form av psykiatriske tjenester, behandling, sykepleie, nettverksarbeid og anropstjeneste. Avslutningen i arbeidet vil gjerne være satt opp på forhånd, men kan vurderes underveis (Husbanken, 2013).

Rambøll (2012) sammen med Husbanken, har funnet muligheter og hindringer for å innføre Housing first modellen i Norge.

3.2.1 Muligheter

I Norge kan det være gode muligheter for å bruke Housing first modellen (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) trekker frem at fordeler ved denne modellen er at den er hurtig, og skaper stabilitet, trygghet og mer forutsigbarhet for deltakere og ansatte i programmet. Modellen skaper også mer motivasjon for aktivitet og reduisering av rusbruk. Rambøll (2012) trekker også frem fordelen ved å møte brukeren der han eller hun er, og drive oppsøkende arbeid hos mennesker som kan ha problemer med å møte til møter (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) viser til i rapporten om muligheter og hindringer for Housing first i Norge at ACT-team har god effekt i Norge, og brukere med denne oppfølgingen er fornøyde med tiltaket. En mulighet for å innføre Housing first i Norge kan da være å bruke erfaringer og innføre ACT-team inn i modellen (Rambøll, 2012).

Rambøll (2012) mener i sin rapport at norske kommuner har muligheter for å skaffe seg flere kommunale boliger som kan tildeles til vanskeligstilte på boligmarkedet. Dette kan gjøres ved det som kalles 10 prosent regelen, som handler om at kommunene eier 10 prosent av boliger i borettslag. Denne regelen kan sikre det prinsippet i Housing first som handler om at brukerne skal bo ordinære bomiljø, og ikke samlet med andre med samme problematikk (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) trekker også frem at kommunene bør etablere mer kontakt med private

utleiere for å skape flere muligheter på det private leiemarkedet for vanskeligstilte (Rambøll, 2012).

3.2.2 Hindringer

Til tross for muligheter for å bruke housing first modellen i Norge, trekker Rambøll (2012) og frem hindringer. Ifølge Rambøll (2012) er det et press på private og kommunale boliger i Norge ved høye krav på privatmarkedet og lange køer på det kommunale markedet. Ved dette høye presset på bolig i Norge, vil de vanskeligstilte med dårligere økonomi få dårligere muligheter ved å skaffe seg bolig (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) skriver at i Norge foregår tildelingen ut ifra hvem som har mest behov for bolig og hvem som passer inn i ulike bomiljø istedenfor valgfriheten som Housing first trekker frem (Rambøll, 2012). Mennesker med rusproblematikk er de vanskeligste å plassere på grunn av de er sjeldent ønsket som naboer (Rambøll, 2012). I Bergen ble det forsøkt å innføre valgfrihet i bolig for deltakere i Housing first. Dette ble ikke en suksess fordi prosessen tok for lang tid ved det ble mangel på kommunale boliger og satte bremsen for effektiviteten boligtildelingen (Rambøll, 2012).

Prinsippet i Housing first modellen som handler om at man skal tildele bolig først og deretter oppfølging i hjemmet, kan også bli diskutert i Norge. Rambøll (2012) formidler at om oppfølgingen med brukerne i modellen er god nok, er det muligheter for at den kan fungere i Norge, men om det er mangel på oppfølging kan det resultere i eventuelle utkastelser (Rambøll, 2012). Disse utkastelsene kan være begrunnet med at deltakeren ikke betaler leien og/eller ikke klarer å forholde seg til regler i bolig ved ro og orden (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) trekker frem at oppfølgingen i hjemmet hos deltakerne kan også være kompliserte ved at det ikke er bare en instans som har hovedansvar for oppfølgingen av brukerne. Dette kan være negativt ved at det er dårlig samarbeid mellom de ulike instansene, og brukerne kan måtte forholde seg til veldig mange forskjellige mennesker på en gang. I Housing first modellen er et av prinsippene at brukere skal få en helhetlig oppfølging i hjemmet. Ved at dette samarbeidet mellom instansene ikke er til stede, vil det være en barriere for Housing first i Norge (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) trekker frem i rapporten at om brukere skal få opplevelse av brukermedvirkning, er det nødvendig at det er et helhetlig team (slik som et ACT-team) som gir oppfølgingen i hjemmet. Det vil også komme an på økonomien fra kommune til kommune om hvorvidt de har råd til å innføre modellen (Rambøll, 2012).

3.3 ROP-lidelse

Håkonsen (2015) forklarer rammen rundt psykiske lidelser som forhold mellom særtrekk ved menneskers følelsesliv, og omgivelsene ved samspill med andre mennesker, sosiale og økonomiske forhold og boligsituasjon og familieliv (Håkonsen M. H., 2015, s. 276).

Håkonsen (2015) forklarer også at avhengighet av rusmidler kan forklares som et fenomen som er sammensatt av tankemessige, atferdsmessige og fysiologiske forhold som utgjør at en bestemt atferd får en høyere prioritet enn annen atferd som tidligere hadde stor verdi (WHO, 2004 sitert i Håkonsen, 2015) (Håkonsen M. H., 2015, s. 380).

Ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer (2012) omfatter ROP-lidelse en problematikk som er knyttet til både rusproblematikk og psykisk sykdom (Helsedirektoratet, 2012). Mennesker som har denne problematikken faller ofte ut av behandling, og grunnen til dette kan være at behandlingen enten kun setter søkelys på rusproblemet eller kun setter søkelys på de psykiske vanskene (Helsedirektoratet, 2012). Mennesker som har en ROP-lidelse har ofte problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet, har ofte problemer økonomisk og mange har dårligere livskvalitet enn «folk flest» i samfunnet (Helsedirektoratet, 2012). I undersøkelser fra USA og Europa kommer det frem at mennesker med større rusproblemer har større forekomst av psykisk sykdom, og mennesker med sterk psykisk sykdom har større forekomst av rusproblemer (Helsedirektoratet, 2012). Ifølge Helsedirektoratet (2012) har en betydelig del av bostedsløse i Norge ved 25 % ROP-lidelse. For instanser som arbeider med mennesker med denne type problematikk kreves det god kunnskap om problemene, evne til å ha tålmodighet og å vise empati til brukerne (Helsedirektoratet, 2012).

Ifølge Jensen (2010) kan mennesker som går under ROP-lidelse begrepet deles inn i to ulike grupper. Den første kalles de sårbare som omfatter mennesker med psykose, alvorlig depresjoner, angst, spiseforstyrrelse og personlighetsforstyrrelse. Disse sårbare har behov for gode relasjoner, forutsigbarhet, støtte og mindre konfronterende oppførsel i en behandling. Den andre gruppen kalles de utagerende som omfatter mennesker med dyssosiale og emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser. I behandling av disse menneskene er det behov for et strukturert opplegg hvor rammene for sosialt akseptabel atferd er tydelige. Her er det stort fokus på praktiske løsninger Evjen m.fl., 2009, sitert til i Jensen, 2010) (Jensen, 2010).

Ifølge Jenset (2010) kan mennesker med en ROP-lidelse ha problemer med å bo i ordinær bolig, hvor boforholdene kan være belastet med mye utrygghet og isolasjon. Dette kan resultere i at menneskene ikke mestrer å oppholde seg i egen bolig. Det er også problematikk som går ut på evnen til å beholde bolig på grunn av adferd som skaper frykt. Mennesker med ROP-lidelse kan ha behov for oppfølging for å bedre sin boevne (Fagheftet rus og psykiatri, 2002, sitert i Jenset, 2010) (Jenset, 2010).

Når det kommer til behandling av mennesker med ROP-lidelse, vil den variere fra bruker til bruker hva som er nødvendig behandling, ifølge Helsedirektoratet (2012). Hos noen brukere kan det være skadereduksjon og bedring av livskvalitet som gjelder, mens hos andre kan det handle om rusfrihet, god funksjonsevne og integrering tilbake i samfunnet. I behandlingen av mennesker med denne problematikken har det vist seg at motiverende intervju for å skape motivasjon og mestring hos brukeren har god effekt (Helsedirektoratet, 2012).

3.4 Sosionomens rolle

Sosialt arbeid har som mål å skape sosial rettferdighet og å hindre sosial ulikhet (Berg, Ellingsen, Levin, Kleppe, 2016, s. 23-24). I dag jobber sosionomene ofte med vanskeligstilte grupper som på en eller annen måte har problemer i livet. I profesjonen ønsker man gjerne å hjelpe brukerne til å hjelpe seg selv, som kalles hjelp til selvhjelp. Dette kan bidra til at brukere blir mer aktive, mer integrert og mer deltakende i arbeidet med problemene sine. Sosionomen skal også hjelpe brukeren til å få en bedre livssituasjon ved å arbeide sammen med den det gjelder og eventuelle andre instanser eller mennesker rundt brukeren. I arbeidet ønsker man og å finne styrker og å skape mestringsfølelse hos brukeren (Berg, Ellingsen, Levin, Kleppe, 2016, ss. 23-24).

Når det kommer til sosionomens rolle i det boligsosiale arbeidet kan det handle om å hjelpe mennesker som har problemer med å mestre egne boforhold i et ACT-team (Helsedirektoratet, 2012). Slike arbeidsoppgaver kan innebære å hjelpe brukere med å skaffe seg egen bolig, og å hjelpe brukere med å overholde lover og regler som følger med boligen. Hjelpen kan også innebære å hjelpe brukere med oppgaver i hjemmet, og de sosiale og praktiske ferdighetene som kan behøves ved å ha et hjem med naboer og et fellesskap (Helsedirektoratet, 2012). Som nevnt over kan sosionomen også ha en rolle i modellen Housing first ved å være en del av oppfølgingsteamet rundt en bruker.

Ifølge Thyness (2004) kan oppfølging i hjemmet dreie seg mye om omsorg og praktisk assistanse. Det vil selvsagt variere fra person til person hvor stort behovet er for denne omsorgen og den praktiske assistansen. Det er viktig i dette arbeidet å møte brukerne der de er og på deres premisser, noe som påvirker relasjonen mellom brukeren og sosionomen. Noen eksempler på hjelp sosionomen kan hjelpe brukere med i det boligsosiale arbeidet er råd og veiledning om økonomi ved bolig, bidra til sosial kontakt og aktivisering, hjelp til vedlikehold og renhold av bolig osv. (Thyness, 2004, ss. 13-31).

Elisabeth Wilumsen (2016) viser til at en sosionom kan også ha en koordinerende funksjon. Denne koordinerende rollen kan innebære at man ikke bare skal samarbeide internt på sin arbeidsplass, men også med andre instanser som arbeider med en bruker (Wilumsen, 2016, s.165-166). Wilumsen (2016) viser til at ved å koordinere tjenester vil skape et helhetlig og sammenhengende arbeid med en bruker som kan ha flere sammensatte problemområder (Wilumsen, 2016, s. 165-166).

3.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et begrep som ofte brukes av mennesker som arbeider med brukere i ulike livssituasjoner. Begrepet handler om at en bruker har mulighet til å medvirke og delta i arbeidet som omfatter dem selv og deres situasjon (Ellingsen & Skjefstad, 2016, ss. 106-111). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det at en pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten eller brukeren har og rett til å medvirke ved valg av tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Grunnen til at brukermedvirkning eksisterer og er hjemlet i lov, er at jo større grad en bruker kan medvirke sin egen situasjon kan være med på å påvirke brukerens selvbilde og motivasjon til endring (Helsedirektoratet sitert i Ellingsen & Skjefstad, 2016) (Ellingsen & Skjefstad, 2016, s. 106).

Helsedirektoratet (2017) om brukermedvirkning, informerer om at relasjonen og kommunikasjonen mellom en bruker og en hjelper er viktig i arbeidet med brukermedvirkning. De legger frem at om brukeren opplever å bli tatt på alvor, blir møtt med respekt og opplever tillit og trygget kan det spille inn på om brukeren opplever brukermedvirkning. Helsedirektoratet (2017) presenterer en metode som kan være med på å ivareta brukermedvirkningen. Dette kan være å utarbeide en individuell plan sammen med brukeren og at brukeren har en fast kontaktperson i tjenesteapparatet (Helsedirektoratet,

2017). Individuell plan er og hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven, og innebærer at kommunen skal utarbeide en individuell plan sammen med brukeren (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1).

Solvår Wågø m.fl. (2020) har gjennomført et prosjekt i ulike kommuner i Norge om etablering av bolig for mennesker med rus- og psykiske lidelser. Formålet med prosjektet var å innhente kunnskap om ønsker denne brukergruppen hadde når det gjaldt bolig, og innhente kunnskap slik at kommunene kunne etablere best mulige boliger for dem (Wågø, 2020).

Wågø m.fl. (2020) trekker frem i rapporten om prosjektet at mennesker med ROP-lidelser sjeldent får medvirke når det kommer til bolig (Wågø, 2020). Videre trekker Wågø m.fl. (2020) frem at det er viktig med kunnskap om brukergruppen for å vurdere om bolig er riktig. Man må også la hver enkelt bruker være med å medvirke siden alle er forskjellige når det kommer til behov rundt bolig (Wågø, 2020).

3.6 Motivasjon og mestring

Tom Barth, Tore Børtveit og Peter Prescott (2013) beskriver motivasjon som en indre styrke eller kraft som befinner seg inne i mennesker. Motivasjonen er også noe utenfor mennesket som vi dras mot, og er årsaker til menneskelige handlinger. Det dreier seg altså om både positive og negative faktorer som gir retning til handlinger og atferden vår (Barth, Forandring av problematisk atferd, 2013, ss. 49-60).

Håkonsen (2015) beskriver mestring som hvordan et menneske forholder seg til en situasjon eller hendelse som påvirker det med mistriivsel eller ubehag (Håkonsen, 2015, ss. 252-267). Håkonsen (2015) viser videre til at det finnes to ulike typer mestring som heter problemfokuset mestring og følelsesmessig fokusert mestring. Problemfokuset mestring handler om at mennesket fokuserer på en ubehagelig situasjon som han eller hun ønsker å endre. Følelsesmessig fokusert mestring handler om at mennesket ønsker å endre på ubehagelige følelser som er knyttet til en situasjon (Håkonsen, 2015, ss. 251-267). Håkonsen (2015) beskriver og følelsesmessig mestring som kan være uhensiktsmessig. Disse kan være benekting av situasjonen, avkobling av tanker og følelser, bruk av rusmidler for å «flykte» fra situasjonen eller oppgivelse ved at man forteller seg selv at det ikke nytter og prøver ikke å finne løsninger på problemene sine (Håkonsen, 2015, ss. 252-267).

Tom Barth, Tore Børtveit og Peter Prescott (2013) skriver i sin bok hvordan man kan arbeide med motivasjon og mestring hos mennesker med problematisk atferd. De beskriver at når man først og fremst skal arbeide med utvikling av motivasjon er det nødvendig at man forandrer

sitt syn på egen atferd og konsekvensene av den. En endring av dette synet kan forekomme ved hendelser som inntreffer plutselig eller at man gradvis forstår at en endring er nødvendig for bedring av livssituasjon og atferd (Barth, 2013, ss. 49-60).

Barth m.fl. (2013) presenterer videre i sin bok hvordan man kan utføre praktisk arbeid med motivasjon og mestring. I dette arbeidet ønsker man å finne ut hvorfor en bruker ønsker å endre på sin atferd (motivasjonen), og hvordan man kan få til dette (mestringen). En rådgiver/sosionom vil da utforske og hjelpe brukeren med disse spørsmålene. I arbeidet om motivasjon og mestring kan en rådgiver/sosionom sette opp de endringsfokuserede kategoriene i fem kategorier. Det kan være brukerens opplevelse av problemet, bekymring og negative følelser knyttet til problemet, hvor stort ønske er for å gjøre en forandring, planer og fremgangsmåter for endring og hvilket tiltro brukeren har til egen gjennomføring av endring. Ved å skape motivasjon til endring i atferd, kan det være lurt at brukeren selv kommer med forslag om hvordan han eller hun ønsker å gjennomføre endringen. Motivasjonen hos brukeren kan bli forsterket ved at han eller hun kommer opp med forslagene enn om rådgiveren gir dem. Dermed blir en viktig oppgave for rådgiveren å åpne opp for at brukeren selv kan reflektere rundt hindringer og muligheter for endring (Barth, 2013, ss. 191-226).

4.0 Funn

I denne delen av oppgaven vil jeg legge frem funnene i empirien som jeg anser som betydelig for å belyse min problemstilling. Jeg trekker dermed frem det som er vesentlig for hvordan man kan bedre boforhold for personer med ROP-lidelse, og hvordan en sosionom kan være en hjelper i den prosessen. Kategoriene jeg vil fokusere på vil være brukermedvirkning, oppfølgingen og skadereduksjon.

4.1 Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study

Som beskrevet tidligere i presentasjonen av litteraturen har Jack Tsai m.fl. (2010) utført en kvalitativ undersøkelse med mennesker med ROP-lidelse, hvor hensikten var å finne ut om deltakerne ønsket bolig med eller uten oppfølging. Resultatene av undersøkelsen viste at det var et overordnet fellestrekk at alle følte det var godt å føle et eierskap av bolig. De satte pris på å ha sine egne nøkler, eget bad, eget kjøkken og gjøre som man selv ville. Det kom også frem at brukerne som bodde i leiligheter uten oppfølging opplevde mindre felleskap enn brukerne som fikk oppfølging. De med oppfølging fikk mer kontakt med andre leietakere i

prosjektet. Det kommer også frem at de brukerne med oppfølging klaget mer på andre leietakere i form av rus, festing og stjeling, til tross for at de opplevde mer fellesskap. De brukerne som ikke hadde oppfølging, opplevde dårlige fysiske standard på bostedet i form av dårlig renhold og skader på bolig (Tsai, 2010).

I følge Tsai m.fl. (2010) var det felles for mange i undersøkelsen at de fikk dårlige alternativer av boliger de kunne velge mellom. De fleste fikk få eller ingen valgalternativer. Brukerne ga også uttrykk for at grunnen til at de ikke spurte om flere alternativer var på grunn av en desperat situasjon til å forbedre livskvaliteten og boforholdene sine. Brukerne i prosjektet som ikke hadde oppfølging hadde problemer med å skaffe egen bolig da de ble møtt med mye fordommer og stigma på det private boligmarkedet. Problemer for de brukerne med oppfølging var at det var svært lange ventelister på bolig og oppfølging (Tsai, 2010).

Avslutningsvis undersøkte Tsai m.fl. (2010) deltakerne av undersøkelsen som ble intervjuet om hvordan de ønsket at deres boligforhold skulle være i fremtiden. Da kom det frem at over halvparten ønsket oppfølging i bolig, men hadde et ønske om å bli uavhengige etter hvert. Grunnen til at de ønsket oppfølging var for å bedre problemer de hadde med rus og psykiatri (Tsai, 2010).

4.2 Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer

Som nevnt i presentasjonen av litteraturen har Ellen Andvig m.fl. (2013) gjort en undersøkelse hos mennesker med ROP-lidelse om deres erfaringer med å ha en egen bolig med oppfølging, og å kunne medvirke hvordan boforholdene skal være.

Funnene i artikkelen til Andvig m.fl. (2013) gikk ut på hvordan det var å ha en egen bolig. Det kom til uttrykk at det positive med å ha et eget hjem var privatlivet, deriblant å ha ro rundt seg, kunne invitere familie og venner til et fint sted og ha trygghet rundt seg og avstand fra rusmiljøet. Tryggheten ved egen bolig var viktig for deltakerne, og at de fikk være med å bestemme hvor i kommunen boligene skulle ligge. Dette var gunstig for å komme seg bort fra tidligere rusmiljø og å ha kontroll på hvem som skulle få slippe inn i boligene. Det var også en trygghet at man ikke kunne bli kastet ut av boligen ved at de fikk hjelp av kommunen til å betale leien, og oppfølging i hjemmet ved veiledning ved å bo og hjelp til å hindre uønskede gjester å komme til eller i nærheten av boligene. Deltakerne satt og pris på å kunne sette sitt

eget preg på bolig ved hage, interiør og farger, men det kom også til uttrykk at dette ikke skjedde i alle situasjoner. Noen fortalte at medvirkningen av boligen ble redusert på grunn av tidspress. Da ble det fortalt at boligen ikke følte som deres egen ved at farger på veggene og møbler ble bestemt av andre. Det sosiale rundt prosjektet ble og skildret ved at deltakerne opplevde å være en del av et fellesskap. De fikk kontakt med naboene sine, nærmiljøet og en deltakelse i samfunnet ved småjobber på lokale matbutikker ved opprydning (Andvig, 2013).

4.3 Møte mellom skadereduksjon og Housing first i Norge – ansattes beskrivelser

Denne artikkelen av Nordaunet og Andvig (2018) handler om en undersøkelse som er gjort blant mennesker som arbeider med skadereduksjon hos mennesker med ROP-lidelse i Norge.

Funnene i undersøkelsen til Nordaunet og Andvig (2018) viste at skadereduksjonen ved rene sprøyter, god hygiene, tilgjengelighet ved psykologiske vansker og ernæring hadde en god effekt. Det var også vesentlig for skadereduksjonen å få orden på forhold som bolig og økonomi og få tilgang på nødvendige helse- og sosiale tjenester for å bedre hverdagen til brukerne. Autonomi og en god relasjon med teamet rundt brukerne var også nødvendig for et godt arbeid, ved at brukerne bestemte over egne liv og at det var trygghet rundt dem (Nordaunet, 2018). Nordaunet og Andvig (2018) trekker frem at arbeidet de ansatte beskriver omfatter mange av prinsippene i Housing first, og undrer seg om sosialt arbeid innenfor Housing first er skadereduksjon. Avslutningsvis i funnene i undersøkelsen var at det mest essensielle i skadereduksjonen at brukerne får egen bolig med oppfølging. Denne oppfølgingen skulle bidra til at brukerne kunne bo i boligen lengst mulig, og få assistanse som bidro til en stabil bosituasjon (Nordaunet, 2018).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte litteraturen og teorien jeg har funnet opp mot problemstillingen min. Det jeg da skal drøfte rundt er hvordan bedre boforhold hos personer med ROP-lidelse, og hvordan kan en sosionom være med på denne prosessen? Måten jeg velger å gjøre dette på er å ta for meg en og en kategori som belyser problemstillingen. Disse kategoriene vil være brukermedvirkning, oppfølgingen og skadereduksjon. Jeg vil også drøfte kategoriene sammen for å belyse hva en sosionom kan bidra med i arbeidet for bedre boforhold for mennesker med ROP-lidelse.

5.1 Brukermedvirkning

Wågø (2020) viser til fra sitt prosjekt for etablering av bolig for mennesker med rus- og psykiske lidelser, at brukergruppen får i liten grad være med å medvirke ved bolig og boligområde (Wågø, 2020). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), har brukere rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Brukermedvirkningen er og viktig for å bedre brukerens selvbilde og motivasjon til endring (Helsedirektoratet sitert i Ellingsen & Skjerfstad, 2016) (Ellingsen & Skjerfstad, 2016, s. 106). Når vi ser på resultatene fra artikkelen til Andvig m.fl. (2013) kommer det frem at brukermedvirkningen rundt beliggenhet av bolig var viktig for å ta avstand til tidligere rusmiljø. Medvirkningen i dette tilfellet førte til trygghet i eget hjem for brukerne. Det kom og frem i artikkelen til Andvig m.fl. (2013) at medvirkningen rundt interiør av boligen var vesentlig for at brukerne følte seg «hjemme». Noen av deltakerne i undersøkelsen fortalte at de ikke fikk være med på innredningen av bolig, og dermed ikke følte som deres egen (Andvig, 2013). Til tross for at noen brukere i undersøkelsen til Andvig m.fl. (2013) opplevde at boligen ikke følte som deres uten medvirkningen, var resultatet noe annerledes i artikkelen til Tsai (2010). I prosjektet til Tsai (2010) hvor en del fikk bolig med oppfølging, og den andre delen fikk bolig uten oppfølging, fikk brukerne få eller ingen valgmuligheter i valg av bolig. Til tross for begrensede valgmuligheter opplevde de fleste eierskap av boligen (Tsai, 2010). Ifølge Tsai (2010) kom det også frem at om brukerne hadde fått medvirket boforholdene om de skulle ha oppfølging eller ikke, ville over halvparten ha oppfølging for å bedre rus- og psykiske helseproblemer (Tsai, 2010).

Wågø (2020) nevner i sin rapport at det er vesentlig at man undersøker hva hver enkelt bruker har som ønsker knyttet til bolig og oppfølging (Wågø, 2020). I artikkelen til Nordaunet og Andvig (2018) viser de til at autonomi, altså at brukerne fikk bestemme over seg selv, var en av faktorene som var nødvendig for et godt arbeid (Nordaunet, 2018). I et arbeid med mennesker med ROP-lidelse er det lovpålagt at hver bruker får en individuell plan i oppfølgingen. Loven er skrevet i helse- og omsorgstjenesteloven, og inneholder at kommunen er pliktige å utarbeide en individuell plan til brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Planen skal utarbeides med andre tjenesteytere for å sikre et helhetlig tilbud for brukere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1). Ifølge Helsedirektoratet (2012) skal en individuell plan også alltid utarbeides sammen med brukeren. Det skal også

være tydelig hvem som har hvilke oppgaver, som for eksempel hva som er oppgavene til NAV, ACT-team og/eller andre instanser som er involvert i oppfølgingen av brukeren (Helsedirektoratet, 2012). Ved å utarbeide en individuell plan sammen med en bruker kan man undersøke ønsker han eller hun har knyttet til bolig og oppfølging. Denne medvirkningen kan som nevnt føre til styrket selvbilde og motivasjon til endring hos brukeren (Helsedirektoratet sitert i Ellingsen & Skjerfstad, 2016) (Ellingsen & Skjerfstad, 2016, s. 106). Barth m.fl. (2013) viser og til at om en bruker får mulighet til å komme med egne forslag og medvirke i sin egen sak, kan det resultere i at brukeren får mer motivasjon til endring av problematisk atferd (Barth, 2013, ss. 191-226).

Husbanken (2013) viser og til ved å benytte seg av modellen Housing first for bostedsløse med ROP-lidelse i Norge og å følge prinsippene i modellen, vil brukermidvirkning bli tatt hensyn til (Husbanken, 2013). I modellen viser Husbanken (2013) til at valgfrihet ved valg av bolig og bomiljø er et av de viktige prinsippene (Husbanken, 2013). Modellen kan da være en mulig sikring at brukere med ROP-lidelse får medvirke i egen sak som er knyttet til bolig. Rambøll (2012) viser derimot at i Norge er denne valgfriheten vanskelig å få til (Rambøll, 2012). Tildelingen av kommunale boliger blir prioritert til de som har størst behov, og til de som passer best inn i ulike bomiljø. Dette er noe motstridene fra synet til Housing first modellen ved at brukeren har valgfrihet. Det gjør det og vanskeligere for brukere med ROP-lidelse, som ofte er vanskelig å plassere. Grunnen er at det er få som ønsker mennesker med rusproblematikk som naboer (Rambøll, 2012). Rambøll (2012) viser og til at kommuner i Norge burde ha gode forutsetninger for å skaffe flere kommunale boliger, og kontakter på det private markedet (Rambøll, 2012). Det kan kanskje sikre at brukerne får flere boliger å velge mellom.

5.2 Oppfølging

Ifølge regjeringens strategi Bolig for velferd (2014-2020) er et av hovedmålene for det boligsosiale arbeidet i Norge at alle som har behov for tjenester i hjemmet for å mestre boforholdene sine, skal få det. De prioriterte innsatsområdene er å forhindre utkastelser, og å sette inn tjenester og oppfølging i hjemmet (Departementene, 2014). I strategien Bolig for velferd (2014-2020) viser de videre til at om man bor i en uegnet bolig, kan medføre at man detter ut av utdanning, arbeid og helse- og omsorgstjenester (Departementene, 2014). Det er kommunene sitt ansvar å sette inn tilrettelagt oppfølging for mennesker med ROP-lidelse i

Norge, og det er i økende grad brukt tverrfaglige team som ACT-team i denne oppfølgingen (Departementene, 2014).

I artikkelen til Tsai (2010) opplevde brukerne som ikke fikk tilrettelagt oppfølging i egen bolig mindre felleskap enn brukerne som fikk tilrettelagt oppfølging. De opplevde og mer skader og dårlig renhold i boligen uten oppfølging. Brukerne som derimot fikk tilrettelagt oppfølging i bolig, opplevde mer felleskap (Tsai 2010). I artikkelen kom det også frem at over halvparten ønsket tilrettelagt oppfølging i egen bolig for å bedre rus- og psykiske helseproblemer (Tsai, 2010). I artikkelen til Andvig m.fl. (2013) kom det frem at oppfølgingen i egen bolig bidro til trygghet både ved økonomisk sikkerhet og ved forhindring av uønskede gjester (Andvig, 2013). I artikkelen til Nordaunet og Andvig (2018) kommer det frem at oppfølging av personer med ROP-lidelser ved renhold, ernæring og tilgjengelighet for behandling hadde god effekt (Nordaunet, 2018). Det trekkes også frem at en tilrettelagt oppfølging i egen bolig er vesentlig for at brukerne skal få et stabilt og trygt liv (Nordaunet, 2018).

Oppfølging i egen bolig for mennesker med ROP-lidelser ved et helhetlig fokus på flere forhold ved boligen kan da være vesentlig. For å kunne sikre denne helheten kan det være nødvendig med tverrfaglige tjenester, som tilbyr flere tjenester. Helsedirektoratet (2012) trekker frem at ACT-team er viktig i behandling av mennesker med ROP-lidelse. Arbeidet et ACT-team er oppsøkende og tverrfaglig og kan gi denne brukergruppen oppfølging og behandling i hjemmet. Personene som arbeider i slike team kan tilby medikamentell behandling, gi bruker støtte og mestring, samarbeide med brukerens pårørende, tilgjengelighet ved kontakt på for eksempel SMS, terapi og et trygt sted å bo. Ved et ACT-team kan dermed brukere med ROP-lidelse få den hjelpen som er nødvendig i deres eget hjem (Helsedirektoratet, 2012). Husbanken (2013) og Rambøll (2012) viser og til at Housing first er en modell som skal tilrettelegge tverrfaglig oppfølging for hver enkelt bruker (Husbanken, 2013) (Rambøll, 2012). Ved bruk av denne modellen i Norge, kan det tverrfaglige teamet rundt en bruker sikres.

5.3 Skadereduksjon

Skadereduksjon i arbeid med mennesker med ROP-lidelser innebærer at brukerne skal redusere negative konsekvenser ved rus- og psykiatri (Helsedirektoratet, Sammen om mestring, 2014). Skadereduksjonen kan innebære veiledning ved renhold, hygiene og

ernæring, men den kan og innebære behandling for rus- og psykiske helseutfordringer (Helsedirektoratet, Sammen om mestring, 2014). I artikkelen av Tsai (2010) kom det som nevnt frem at brukergruppen som ikke hadde oppfølging i bolig, opplevde dårligere renhold og skader på bolig (Tsai, 2010). Opplevelsen av trygghet ved veiledning i hjemmet var noe brukerne i artikkelen til Andvig m.fl (2013) trakk frem som viktig i skadereduksjonen (Andvig, 2013). Fra funnene i artikkelen til Nordaunet og Andvig (2018) ble det presisert at skadereduksjon ved renhold, behandling og ernæring hadde god effekt på brukerne (Nordaunet, 2018). De ansatte som ble intervjuet i Nordaunet og Andvig (2018) sin artikkel trakk også frem at å få orden på bolig og økonomi var vesentlig for skadereduksjonen. Det kommer også frem at skadereduksjonen de ansatte utøvde fyller kravene til mange av prinsippene i Housing first (Nordaunet, 2018). Dette kan være skadereduksjon ved veiledning i bolig for å forhindre utkastelser og behandle rus- og psykiske helseproblemer som skaper trygghet for brukerne (Rambøll, 2012).

5.4 Sosionomens rolle

Sosionomens rolle i brukermedvirkningen kan innebære at tjenesteyteren tar en koordinerende rolle. Det vil si at sosionomen tar en rolle som innebærer at han eller hun samarbeider med andre instanser som er involvert i brukerens liv (Wilumsen, 2016). Sosionomen kan i dette arbeidet involvere brukeren ved at de sammen utarbeider en individuell plan. I følge Nordaunet og Andvig (2018) var det som nevnt viktig at brukeren hadde autonomi for et godt arbeid (Nordaunet, 2018). Den individuelle planen skal inneholde brukerens ønsker til bolig og oppfølging, og hvem som har ansvar for hva i arbeidet med brukeren. Ved at sosionomen lar brukeren få medvirke ved bolig og oppfølging, kan det styrke brukeres selvbilde og motivasjon til mestring (Helsedirektoratet sitert i Ellingsen & Skjerfstad, 2016) (Ellingsen & Skjerfstad, 2016, s. 106). Som nevnt i artikkelen til Andvig m.fl. (2013) var og valgfriheten ved å kunne bestemme interiør og farger på veggene vesentlig for at brukerne skulle føle eierskap på bolig (Andvig, 2013). Sosionomen kan og bidra med å forsikre at ønskene til brukeren blir hørt gjennom en individuell plan. En sosionom kan også bidra til brukermedvirkning som en del av det tverrfaglige teamet i Housing first. Husbanken (2013) trekker som nevnt frem valgfrihet som en av hovedprinsippene i modellen (Husbanken, 2013). Sosionomen kan derfor sikre brukermedvirkning ved å arbeide innenfor denne modellen.

Når det kommer til sosionomens rolle i oppfølging av mennesker med ROP-lidelse, kan profesjonen arbeide i et ACT-team. Ifølge Aakerholt (2013) er tverrfagligheten i et ACT-team viktig, og det kan inneholde sykepleiere, vernepleiere, psykiatere, sosionomer, en teamleder med ansvar for å koordinere og personer med sosialfaglig kompetanse. I tillegg trenger mennesker som arbeider i ACT-team et samarbeid med kommunale og statlige etater som NAV (Aakerholt, 2013). Altså i arbeidet rundt oppfølging av mennesker med ROP-lidelse kan en sosionom være en del av det tverrfaglige teamet, og bidra med sosial kontakt, aktivisering og vedlikehold av bolig. Sosionomen kan også ha en rolle ved å gi brukeren råd og veiledning angående økonomi (Thyness, 2004, s. 13-31).

Sosionomens rolle i skadereduksjonen hos mennesker med ROP-lidelse kan han eller hun bidra med behandling og endring av problematisk atferd. Jensen (2010) skriver at atferden til brukere med ROP-lidelse kan og skape frykt i et nabolag som kan resultere i utkastelser (Jensen, 2010). Barth m.fl. (2013) beskriver i sin bok om endringsfokusert rådgivning at en sosionom kan arbeide med endring hos mennesker med problematisk atferd (Barth, 2013, ss. 191-226). I boken blir det presisert at i arbeid for endring av problematisk atferd må man undersøke motivasjonen for endring, fremgangsmåter og hvor stor tro brukeren selv har til endring (Barth, 2013, s. 191-226). I endringsarbeid som skadereduksjon, presiserer Barth m.fl. (2013) at brukermedvirkningen er viktig. Den er viktig ved at om brukeren selv kommer med forslag til hvordan utførelsen av endringen skal forekomme, vil dette skape mer motivasjon til gjennomføringen (Barth, 2013, s. 191-226). Sosionomens rolle i skadereduksjonen kan dermed være å drive endringsfokusert rådgivning til brukere som har problematisk atferd. Endringen kan kanskje bidra til som Nordaunet og Andvig (2018) nevner, at brukerne kan beholde boligen lengst mulig, og få en stabil bosituasjon (Nordaunet, 2018).

6.0 Konklusjon og oppsummering

6.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på problemstillingen, hvordan bedre boforhold hos personer med ROP-lidelse, og hvordan kan en sosionom være en hjelper i denne prosessen? Denne problemstillingen har jeg forsøksvis belyst gjennom drøfting av teori rundt brukermedvirkning, boforhold, oppfølging og skadereduksjon, og forskning på feltet. I

oppsummeringen av oppgaven velger jeg å trekke frem det vesentlige i drøftingen som jeg mener belyser min problemstilling.

For å bedre boforhold hos mennesker med ROP-lidelser har brukermedvirkning vist seg å ha en stor betydning. Brukermedvirkningen har stor betydning når det kommer til boforhold og livskvalitet. Medvirkningen kan føre til motivasjon til endring av problematisk atferd, og ved eierskapsfølelse i bolig ved egne valg av boligområde og interiør i hjemmet (Barth, 2013, ss. 191-226) (Andvig, 2013). Ved bruk av Housing first i Norge, kan det sikre brukerne å få valg av bolig og område (Husbanken, 2013). Brukermedvirkningen kan og sikres ved arbeid gjennom en individuell plan, hvor brukeren har rett til å medvirke i sin sak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Gjennom en individuell plan vil man også kunne involvere brukeren i tilrettelagt oppfølging som passer den enkelte.

Oppfølgingen av mennesker med ROP-lidelse kan gi gode resultater ved et helhetlig og tverrfaglig team, som ACT-team eller ved bruk av team i Housing first. Brukergruppen kan ha sammensatte problemer som kan kreve at flere profesjoner og instanser tar del i oppfølgingen (Helsedirektoratet, 2012). Oppfølgingen i egen bolig kan bidra til at brukere får et stabilt og trygt liv ved økonomisk trygghet, hindring av uønskede gjester og behandling for lidelsen (Andvig, 2013) (Nordaunet, 2018). Sosiale ferdigheter, aktivisering og kunnskap om ernæring og hygiene er og positive resultater av tilrettelagt oppfølging hos brukergruppen (Tsai, 2010) (Nordaunet, 2018).

Skadereduksjon hos mennesker med ROP-lidelser kan og bidra til å bedre boforholdene. Denne skadereduksjonen kan innebære som nevnt behandling av lidelse og veiledning om økonomi, ernæring og hygiene. Det trekkes frem at å få orden på bolig og økonomi var det mest vesentlige i skadereduksjonen (Nordaunet, 2018).

Sosionomen kan ha flere ulike roller når det kommer til å bedre boforhold hos mennesker med ROP-lidelser. Det kan innebære råd og veiledning om økonomi, praktiske gjøremål i bolig og bidra til sosiale opplevelser. Sosionomen kan også være en koordinator i arbeidet, og samarbeide med andre profesjoner og instanser (Wilumsen, 2016). I behandlingen av brukerne, kan sosionomen arbeide med endringsfokuserert rådgivning, og hjelpe brukeren til endring av problematisk atferd (Barth, 2013, s. 191-226). Endringen av problematisk atferd kan bedre boforholdene til brukeren ved å redusere utkastelser og få en stabil og trygg livssituasjon.

6.2 Konklusjon

Som skrevet i oppsummeringen, tyder det på, ut fra teorien og forskningen jeg har funnet, at tverrfaglige helhetlige tilbud, skadereduksjon og brukermedvirkning er faktorer som kan være med på å bedre boforhold for mennesker med ROP-lidelse. En sosionom kan bidra i dette arbeidet ved sikre økonomiske forhold i jobb i NAV, eller være en del av tverrfaglige team som ACT-team. Sosionomen kan og bidra med behandling som endringsfokusert rådgivning, økonomisk veiledning og å hjelpe brukerne med botrening og oppfølging for å mestre boforholdet.

Gjennom denne oppgaven har jeg som nevnt brukt litteraturstudie som metode for å belyse problemstillingen. Jeg så denne metoden som god ved at jeg fikk belyst brukere og arbeidere sin erfaring med bolig og oppfølging, noe som jeg ikke nødvendigvis hadde fått ved å utarbeide min egen undersøkelse. Noe man kan stille spørsmål ved, er at all teorien og forskningen jeg fant, hadde samme konklusjon om viktigheten av oppfølging i bolig for mennesker med ROP-lidelser. Jeg fant også lite forskning om resultater av bolig uten oppfølging av brukergruppen i Norge. Ville resultatene da vært annerledes, eller ville de fortsatt være det samme?

Gjennom denne oppgaven har jeg fått et mye større innblikk i forståelsen av mennesker med ROP-lidelse, og betydningen av å ha et trygt og stabilt hjem. Jeg har og fått mer kunnskap om viktigheten av tverrfaglig samarbeid, et helhetlig syn og brukermedvirkning. Dette er refleksjoner jeg vil ta med meg videre inn i arbeidslivet som sosionom.

7.0 Referanser

Aakerholt, A., & Kompetansesenter rus Region øst. (2013). *ACT-håndbok : Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen* (2. utg. ed.). Brumunddal: Sykehuset Innlandet HF. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team/ACT-h%C3%A5ndbok.pdf/_attachment/inline/e5f34a2a-ca34-485f-913c-3d4b88312a8f:3fe03314d75076082dd147746534b2e0e1d51514/ACT-h%C3%A5ndbok.pdf

Andvig, E. L. (2013, 03 06). Et anstendig liv: Erfaringer med å skape et hjem for personer med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 160-168.

Hentet fra:

<https://www.idunn.no/tph/2013/02/et-anstendig-liv-erfaringer-med-aa-skape-ethjem-forperson>

Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2013). Forandring av problematisk atferd. I T. B. Barth, *Endringsfokusert rådgivning* (ss. 49-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2013). Praktisk arbeid med motivasjon og mestring. I T. B. Barth, *Endringsfokusert rådgivning* (ss. 191-226). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., Kleppe, L. C. (2016). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, *Sosialt arbeid en grunnbok* (ss. 23-24). Oslo: Universitetsforlaget.

Brodtkorb, E. R. (2007). Stig på, velkommen inn! I E. R. Brodtkorb, *Under tak - mellom vegger* (s. s. 14). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Departementene (2014) Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020). Oslo: Departementene. Hentet fra:

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

Ellingsen, I. T., Skjerfstad, N. S. (2016). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. T. Ellingsen, *Sosialt arbeid en grunnbok* (ss. 106-111). Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2017, Oktober 17). *Brukermedvirkning*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser: 10 viktige anbefalinger du bør kjenne til*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:

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

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Husbanken. (2013). *Housing first - kort introduksjon*. Drammen: Husbanken. Hentet fra:

http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/HB/Housing%20first_intro_2013rev.pdf

Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jenset, E., & Oslo Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. (2010). *Når bolig ikke er nok: En kartlegging av personer med tung rus- og/eller psykiatriproblematikk og som har behov for omfattende bistand til å mestre og beholde sitt boligforhold*. Oslo: Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. Hentet fra:

http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3502/nar_bolig_ikke_er_nok.pdf

Nordaunet, O., Andvig, E. (2018, 12.03). Møte mellom skadereduksjon og Housing first i

Norge - ansattes beskrivelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 52-62. Hentet fra:

https://www.idunn.no/tph/2018/01/moete_mellom_skadereduksjon_og_housing_first_i_norge_ansat

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Rambøll. (2012). Housing first - muligheter og hindringer for implementering i Norge. Oslo: Husbanken. Hentet fra:

http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/FOU/Housingfirst_2012.pdf

Solvår Wågø mfl. (2020): «[Etablering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser - erfaringer fra norske kommuner](#)» . Rapport fra Sintef, 2020. Hentet fra:

https://www.sintefbok.no/book/index/1245/etablering_av_boliger_for_mennesker_med_rus_og_psykiske_lidelser_erfaringer_fra_norske_kommuner

Sosialtjenesteloven. (2010). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2009-12-18-131>

Strøm, G. (2017, Mai 15). *Behov for mer forskning på bostedsløse i Norge*. Hentet fra

NAPHA: <https://www.napha.no/content/21469/Behov-for-mer-forskning-pa-bostedslose-i-Norge>

Støren, I. (2013). Forfatterens begrepsavklaring. I I. Støren, *Bare søk!: praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (ss. 16-17). Oslo: Cappelen Damm.

Thyness, P. (2004). Boligsosialt arbeid - perspektiver og rammer. I *Boligsosialt arbeid* (ss. 13-31). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Tsai, J., Bond, G.R., Salyers, M.P. *et al.* Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study. *Community Ment Health J* **46**, 381–388 (2010). <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s10597-009-9268-6>

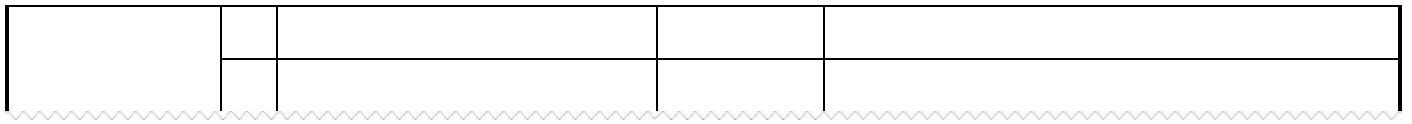
Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid en grunnbok* (s. 165-166). Oslo: Universitetsforlaget.

Problemstilling:

OR
mellom ord i samme kolonne

	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3	Søkeord 4
Norsk	Levekår	Bolig	Rus	Hjem
Engelsk	Livingstandards	Housing	Drug	Home

Database / søkemotor / nettsted	Søk nr.	Søkeord/ søkekombinasjoner	Antall treff (pr.)	Kommentarer til søk / treffliste (fyll ut etter behov)
Hvl bibliotek, Oria		levkår OR bolig OR home OR hjem OR livingstandards, rus* OR narkotika* OR avhengighet OR drug*	1 281 257	Dette søket gav veldig mange treff, og var vanskelig å finne litteratur som passet til min problemstilling.
		levkår OR bolig OR housing OR hjem OR livingstandards, rus* OR narkotika* OR avhengighet OR drug*	279 497	Ved å endre et ord i søket mitt gav det meg et mindre treff, men her og vanskelig å finne litteratur som passet. Fant en bok som jeg har brukt litt.
		Rus*, levekår OR hjem OR bolig	1008	Dette søket gav et mindre treff, og her fant jeg noe av litteraturen jeg har brukt. Dette var forskningsartikler.
		Dobbeltdiagnose, levekår OR hjem OR bolig	11 069	I dette søket fikk jeg opp mye av det samme som i søket over, og selvfølgelig mer.
Google Scholar		Housing first model	3 310 000	Veldig mange treff, men målet er å finne ut hva housing first modellen går ut på, men var lettere å bruke oria på å finne ut dette.
Idunn		Housing first	190	Ved dette søket fant jeg forskning som passet til min problemstilling.



Namnet på artikkelen/ boka/ Referansen i APA- stil	Kvar/ korleis eg fann den	Mine kommentarar – kvifor eg valde denne?



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300 Bacheloroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2020 13:17	Termin:	2020 VÅR
Slutt dato:	20-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BSV5-300 1 BO 2020 VÅR		
Intern sensor:	Magne Eikås		

Deltaker

Navn:	Tuua Wiksten Landfald
Kandidatnr.:	351
HVL-id:	573612@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	11050	Inneholder besvarelsen	Nei
Egenerklæring *:	Ja	konfedensielt	
		materiale?:	

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei