

---

RAPPORT NR. 55/14 | Else Ragni Yttredal, Gunnvor Bakke, Susanne Moen Ouff  
og Randi Bergem

---

# EIT SPØRSMÅL OM VERDIAR, TILLIT OG FLEKSIBILITET

Samordning av bustadsosiale tenester for menneske med samtidig  
rusliding og psykisk lidning



---

<b>TITTEL</b>	Eit spørsmål om verdiar, tillit og fleksibilitet
<b>FORFATTARAR</b>	Else Ragni Yttredal, Gunnvor Bakke, Susanne Moen Ouff og Randi Bergem
<b>PROSJEKTLEIAR</b>	Else Ragni Yttredal
<b>RAPPORT NR.</b>	55/14
<b>SIDER</b>	65
<b>PROSJEKTNUMMER</b>	17160
<b>PROSJEKTITTEL</b>	Betre samordning av bustadsosiale tenester for personar med psykiske lidingar og rusproblem
<b>OPPDRAKSGIVAR</b>	Husbanken Region Midt
<b>ANSVARLEG UTGIVAR</b>	Møreforskning AS
<b>ISSN</b>	1891-5981
<b>ISBN</b>	978-82-7692-337-7
<b>DISTRIBUSJON</b>	Open
<b>NØKKEWORD</b>	Boligsosialt arbeid, velferd, rusliding, psykisk liding, samordning, ROP-lidingar, kommunal organisering

---

## **SAMANDRAG**

Samordning har vist seg å vere ein flaskehals i det bustadsosiale arbeidet for menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. I rapporten er det identifisert faktorar i kommunane sitt bustadsosiale arbeid som hindrar og fremjar samordning. God samordning synest å vere som å legge eit puslespel som startar med enkeltmenneska. I botnen ligg utvikling av felles verdigrunnlag, haldningar og prinsipp for det bustadsosiale arbeidet. Grunnlaget for samordning av bustadsosiale tenester vil vidare vere ein tilpassa bustad, fleksibilitet i hjelpetilbodet og stabilitet og tillit i menneskelege relasjonar. Kompetanse, ressursar, ansvarsavklaring og samhandlingsarenaer er faktorar som fremjar og hindrar samordning av slike tenester i kommunen og mellom kommunen og andre instansar. Funna er basert på litteraturstudium, spørjegransking til kommunane i Husbanken region Midt og djupneintervju.

---

© FORFATTAR/MØREFORSKING VOLDA

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfattar/Møreforskning Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

---



---

## FØREORD

---

Prosjektet «Betre samordning av bustadsosiale tenester for personar med psykiske lidningar og rusproblem» har hatt som hovudmål å skape eit kunnskapsgrunnlag som kan bidra til betre bustadsosiale tenester for menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Samordning har vist seg å vere ein flaskehals i dette arbeidet. Etter Opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunane fått større ansvar for arbeidet med menneske med psykiske lidningar og vi har valt først og fremst å identifisere faktorar i kommunen sitt bustadsosiale arbeid som hindrar og fremjar samordning.

Samordning av det bustadsosiale arbeidet ligg svært tett inntil diskusjonen om kva som er dei beste tilboda til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Dette har vore ei utfordring sidan vi i prosjektet ikkje har ønska å gå inn i ein fagleg diskusjon om behandling og oppfølging. Grenseoppgangen har vist seg vanskeleg fordi samordning i stor grad handlar om å gi god oppfølging, som i dei fleste tilfelle er viktig for rehabilitering og behandling. Vi har likevel forsøkt å halde oss til det organisatoriske.

Prosjektet er finansiert av kompetansetilskot frå Husbanken region Midt-Norge og resultatane vil mellom anna bli nytta i det pågåande bustadsosiale utviklingsprogrammet for kommunane i regionen. Vi takkar Husbanken for tilskott til eit spennande arbeid.

Vi vil takke fleire. Amund Aakerholt i «Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse» har kome med nyttige innspel og bidrege til gode diskusjonar i fleire omgangar under prosjektperioden. Roar Stangnes i Tromsø kommune og Karl Yngvar Dale ved Høgskolen i Molde har kommentert rapportutkast. Tusen takk for hjelpa!

Takk også til alle informantane rundt omkring i kommunane og på prosjekt som har svart på spørjeskjema og delteke på intervju.

Frå Møreforskning si side har fleire medverka til prosjektet. Desse er Margrethe Eikrem Aarflot, Randi Bergem og Gunnvor Bakke. Susanne Moen Ouff har vore prosjektleiar for delar av arbeidet. Takk til alle desse for innsatsen.

Else Ragni Yttredal  
Prosjektleiar



---

## INNHALD

---

Føreord.....	5
Samandrag .....	9
Bakgrunn.....	9
Datainnsamling.....	10
Hovudfunn.....	10
<i>Felles verdigrunnlag.....</i>	<i>12</i>
<i>Fleksibilitet i tenestetilbodet.....</i>	<i>12</i>
<i>Tilpassa bustad .....</i>	<i>12</i>
<i>Stabilitet og tillit .....</i>	<i>13</i>
<i>Kompetansebehova er kommunespesifikke .....</i>	<i>13</i>
<i>Ressursar ein føresetnad .....</i>	<i>13</i>
<i>Ansvarsavklaring og samhandlingsarenaer.....</i>	<i>14</i>
<i>Forskjellar mellom store og små kommunar .....</i>	<i>14</i>
Summary .....	15
Innleiing.....	16
Metode og datainnsamling .....	17
REA – litteraturstudium .....	17
Kommuneundersøkinga .....	17
Djupneintervju.....	19
Bakgrunn .....	20
Definisjonar og kommunane si forståing av desse.....	20
Førekomsten av ROP-lidingar i kommunane.....	21
Store utfordringar med å bu og med å ta imot hjelp .....	22
Organisering av hjelpeapparatet.....	23
Litteraturstudien: Grunnleggjande føresetnader for god samordning.....	24
Verdiar og haldningar .....	24
Behovet for fleksibilitet - ferskvareløysingar.....	25
Behovet for stabilitet og tillit.....	26
Grunnlaget for eit bustadsosialt arbeid er ein bustad .....	27
Ressursar .....	28
Faktorar som fremjar og hemmar samordning i kommunane.....	31
Forhold som fremjar samordning i kommunane.....	31
<i>Typar samordning som vert trekt fram.....</i>	<i>32</i>
<i>Kompetanse som fremjar god samordning .....</i>	<i>33</i>
Forhold som hemmar samordning .....	34
<i>Koordinering, samarbeid, dialog .....</i>	<i>34</i>
<i>Mangel på kompetanse hemmar samordning .....</i>	<i>35</i>

<i>Bustad</i> .....	35
<i>Økonomi og ressursar</i> .....	35
Oppsummering.....	36
Kvar står kommunane etter eiga mening?.....	37
Koordinering og samordning.....	37
Kompetanse.....	38
Haldningar og verdiar.....	40
Bustaden.....	43
Strukturelle hindringar.....	45
Ei koordinerande eining eller ikkje ei koordinerande eining – det er spørsmålet.....	47
<i>Større bevisstheit</i> .....	48
<i>Fremjar tverrfagleg samarbeid</i> .....	48
<i>Mindre fagleg usemje</i> .....	49
<i>Aukar kjensle av kompetanse</i> .....	49
<i>Tenester og tilbod</i> .....	50
Ulik kommunestorleik, ulike utfordringar.....	51
<i>Dei små kommunane</i> .....	51
<i>Dei mellomstore kommunane</i> .....	52
<i>Dei store kommunane</i> .....	52
Oppsummering.....	53
Kommunar som får det til?.....	55
Kommune A: Ei verdiforankra omlegging.....	55
<i>På fleire frontar</i> .....	55
<i>Ei verdibasert utvikling</i> .....	55
<i>Organisering av det bustadsosiale arbeidet</i> .....	56
<i>Bustadfilosofi</i> .....	56
<i>Breitt samspel</i> .....	57
<i>Samspelet med eksterne</i> .....	57
<i>Tidshorisont</i> .....	58
Kommune B: Heilskapleg tenking.....	58
<i>Organisering av arbeidet knytt til menneske med ROP-lidingar</i> .....	59
<i>Forholdet til spesialisthelsetenesta</i> .....	60
<i>Kompetanseutvikling</i> .....	60
<i>Fleksibilitet og heilskap</i> .....	60
<i>Ein bustad er ein bustad</i> .....	61
Oppsummering.....	61
Litteraturliste.....	63



---

## SAMANDRAG

---

*«Frodes datter slet med rusmisbruk i mange år. Familien fikk henne til slutt inn til rusbehandling med vellykket resultat. Men lykken varte ikke lenge. - Vi fikk tilbake datteren vår, en datter som strålte og levde. Etter to år gikk det galt. Hun ble gravid og gledet seg voldsomt til å bli mor. Svangerskapet endte med at hun mistet barnet. Samtidig stoppet det offentlige å betale husleien hennes. Camilla måtte flytte til et hybelhus hvor mange brukte rus. Da hun satte seg i sofaen her hos oss og gråt. Hun ga opp, og det tok ikke lang tid før hun døde, sier han.»<sup>1</sup>*

Ein rapport om samordning av offentlege tenester knytt til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding (menneske med ROP-lidingar) handlar om livet til enkeltpersonar som Camilla. For å kunne bidra til eit godt liv for menneske med ROP-lidingar, må dei bustadsosiale tenestene i kommunane fungere føremålstenleg. Denne rapporten formidlar funna frå ei undersøking som har sett på: 1. Kva er grunnleggjande føresetnader i kommunane for god samordning av bustadsosiale tenester til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding? 2. Kva faktorar knytte til samordning og samarbeid på kommunalt nivå og mellom ulike aktørar fremjar og hindrar gode bustadsosiale tenester?

## BAKGRUNN

Det er ein sterk samanheng mellom rusbruk og psykiske lidingar. Påverknaden er gjensidig. Studiar viser at relativt mange personar som misbruker alkohol eller narkotika, eller begge deler, har psykiske lidingar (Helsedirektoratet, 2012).

Tidlegare studiar i kommunar, og foranalyser frå kommunane i bustadsosiale utviklingsprogram har peika på at kommunane har ei fragmentert organisering av det bustadsosiale arbeidet (Sjå til dømes Åsmund Langsether & Sandlie, 2010; Å. Langsether, Sørvoll, & Hansen, 2008; Rambøll, 2010a, 2010c; Yttredal, Ouff, & Hanche-Olsen, 2013). Når det gjeld utfordringar knytte til menneske med samtidig rus- og psykisk liding gjeld fragmenteringa også vertikalt fordi ulike nivå har ansvar for ulike delar av behandlingsapparatet. Behovet for samordning er dermed stort.

Det er vanskeleg å måle førekomsten av ROP-lidingar i befolkninga og vi kjenner ikkje til gode slike målingar frå Norge. Men «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse» gir ein god oversikt over feltet (Helsedirektoratet, 2012).

I alt 15 av 42 kommunar i vår undersøking anslår omfanget av personar med ROP-lidingar, som treng bustadsosiale tenester, til å vere 0-5 personar. I 23 kommunar er anslaget 6-30 personar og fire kommunar reknar med at fleire enn 30 personar i deira kommune treng slike tenester. Talet menneske med ROP-lidingar er såleis ikkje høgt i kvar kommune, men hjelpebehovet er stort og samansett.

---

<sup>1</sup> Sitat henta nettsida til Camilla Tafjord stiftelse: <http://camillatafjordsstiftelse.wordpress.com/om/>

## **DATAINNSAMLING**

Data til prosjektet vart innhenta gjennom tre supplerande metodar. I første fase vart det lagt opp til å gjere eit systematisk litteraturstudium der vi fekk ei oversikt over kunnskapen som allereie finst om samordning av innsats retta mot menneske med ROP-lidingar. I andre fase vart det gjennomført ein spørjeundersøking i kommunane i Husbanken region Midt-Norge for å kartleggje situasjonen når det gjeld samordning i kommunane og for å få innspel knytt til utfordringsbiletet. Til slutt vart det gjennomført djupneintervju i eit utval av kommunar og prosjekt.

## **HOVUDFUNN**

Tradisjonelt har diskusjonen om samordning innafor det bustadsosiale feltet dreidd seg om formelle strukturar og organisering. Denne undersøkinga viser at god samordning av bustadsosialt arbeid for menneske med ROP-lidingar er mykje meir enn det. Det handlar i stor grad om «mjuke verdiar», om å starte med enkeltmenneska og deira behov og ut frå dette få mange brikkar på plass. I korttekst ser vi at:

- God samordning byrjar med enkeltmenneska med samtidig rusliding og psykisk liding og behova kvar enkelt har
- God samordning handlar om verdiar og haldningar
- Det er avgjerande for god samordning og god hjelp å bygge opp tillit mellom dei som vil hjelpe og dei som treng hjelp
- Det er avgjerande for god samordning med stabilitet rundt desse tillitsforholda
- Det er avgjerande for god samordning med fleksibilitet på alle nivå i hjelpetilbodet
- Det beste tilbodet begynner med ein tilpassa bustad med nødvendig oppfølging
- Kompetanse på ulike felt er avgjerande for god samordning
- For å få god samordning er det viktig med klare ansvarsforhold i kommunen og mellom kommunen og andre delar av verkemiddelapparatet (til dømes NAV og spesialisthelsetenesta), men også gode arenaer for samordning mellom ulike einingar
- God samordning handlar også om ressursar spesielt til oppfølging



*Figur 1: Samordning av bustadsosiale tenester for menneske med ROP-lidingar synest å vere som å legge eit puslespel. Figuren viser viktige faktorar som påverkar samordning av bustadsosiale tenester for menneske med samtidig rusliding og psykisk liding (ROP-lidingar). I botnen ligg utvikling av felles verdigrunnlag, haldningar og prinsipp for det bustadsosiale arbeidet. Grunnlaget for samordning av bustadsosiale tenester vil vidare vere ein tilpassa bustad, fleksibilitet i hjelpetilbodet og stabilitet og tillit i menneskelege relasjonar. Kompetanse, ressursar, ansvarsavklaring og samhandlingsarenaer er faktorar som fremjar og hindrar samordning av slike tenester i kommunen og mellom kommunen og andre instansar. Viktigheita av faktorane er ikkje rangert i figuren.*

Funna frå denne studien viser at kommunal samordning først og fremst eit spørsmål om å ta utgangspunkt i den enkelte, så eit spørsmål om klar ansvarsfordeling og samordning på meir overordna nivå. Studien viser at utfordringane i denne kjeda vil vere svært ulike frå kommune til kommune. I mange kommunar er det store sprik mellom haldningar og verdier i administrasjonen og hos det politiske fleirtalet. I nokre kommunar kan utfordringane handle om ansvarsfråskrivning i kommuneorganisasjonen, i andre er problemet knytt til samordning med spesialisthelsetenesta. I andre igjen kan utfordringa vere samordninga med NAV eller mellom rustenesta og psykisk helsevern. Funna kan illustrerast med ein figur (sjå over).

Det er eit hårfint skilje mellom faktorar som påverkar samordning i hjelpeapparatet knytt til menneske med samtidig rusliding og psykiske liding og faktorar som påverkar kvaliteten i behandlinga av menneske med slike lidingar. For det første er det vanskeleg å snakke om god samordning utan først å snakke om målet med samordninga, og målet er sjølvsagt å gi gode tenester. For det andre er mykje av litteraturen på feltet knytt til kvaliteten på tenestene til sluttbrukaren, ikkje sjølve samordninga. For det tredje gir svara i vår spørjeundersøking oss grunn til å tru at informantane har utfordringar med å skilje mellom faktorar som påverkar gode tenester og faktorar som påverkar god samordning. Vi prøver å sjå på faktorar som påverkar samordninga, ikkje kvaliteten i sjølve tenesta, men ser at dei to ved enkelte høve vil gå inn i kvarandre.

Vi skal sjå nærare på dei enkelte elementa i figuren over.

## **FELLES VERDIGRUNNLAG**

Verdiaspektet er grunnleggjande for god samordning av bustadsosiale tenester. Bakgrunnen for dette er fleire forhold.

Det ser ut til at kommunar som har klart å arbeide fram eit felles verdigrunnlag og prinsipp for det bustadsosiale arbeidet på tvers av ulike administrative einingar (og kulturar) og mellom politikk og administrasjon, klarer å få til gode løysingar for denne gruppa over tid.

Kommuneundersøkinga avdekkar på den andre sida at 29 av dei 42 kommunane er heilt eller delvis einige i at politikarane ikkje forstår det komplekse arbeidet overfor menneske med ROP-lidingar. Det ser altså ut til at eit slikt felles verdigrunnlag manglar i mange kommunar.

Det er sterk samanheng mellom rusbruk og psykiske lidingar. Påverknaden er gjensidig. Psykiske lidingar forsterkar rusbruk og rusbruk kan utløyse psykiske lidingar. Den sterke samanhengen mellom rus- og psykiske lidingar kan vere utfordrande. I litteraturen vert det påpeika at haldningane til dei som har ruslidingar skil seg klart frå haldningane til personar med psykiske lidingar. Studien viser, ikkje overraskande, at respekt er grunnleggjande for arbeidet med menneske uansett utgangspunkt og liding (Sverdrup, Borge, Angell, & Fyrand, 2011).

Variantar knytte til prinsippet om Housing First, eller ein permanent bustad som utgangspunkt for bustadsosiale tenester til vanskelegstilte, ser ut til å få gjennomslag i kommunane. Kommunar som synest å få til det bustadsosiale tilbodet til menneske med ROP-lidingar nyttar variantar av denne modellen. Det ser ut til at trappetrinnsmodellen, der personar skal gjere seg fortente til ein bustad, er på veg ut.

## **FLEKSIBILITET I TENESTETILBODET**

Både litteraturen og vår undersøking peiker på at fleksibilitet i alle delar av hjelpeapparatet er ein grunnleggjande føresetnad for gode bustadsosiale tenester til menneske med rus- og/eller psykiske lidingar (Frantzen & Karagöz, 2011; Haukelien, 2008). Det er viktig å tilby tenester på kvardagen sine arenaer som til dømes hjelp til handling og legebepøkk (Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund, & Norvoll, 2011). Ein av våre informantar frå kommunane kallar tilboda ferskvareløysingar. Det som fungerer i dag fungerer ikkje nødvendigvis i morgon.

## **TILPASSA BUSTAD**

Kommunane rapporterer i vår undersøking at mangel på tilpassa bustad er ein av dei faktorane som i størst grad hemmar samordning av bustadsosiale tenester til menneske med ROP-lidingar. Over halvparten av kommunane i undersøkinga manglar høvelege bustader for denne gruppa. Annan litteratur stadfestar at kommunane manglar tilpassa bustader til menneske med rusproblem (Mellom anna Juberg, Kiik, & Johansen, 2012; Rambøll, 2012; Vassenden, Bergsgard, & Bratt, 2013; Yttredal et al., 2013). I stor grad er menneske med ruslidingar etablerte i bustadkonsentrasjonar i kommunane, medan det ønskjelege er separate einingar eller bufellesskap med svært lite rus (Vassenden et al., 2013). Eitt studium knytt til bruk av Housing First prinsippet for bustadlause peiker også på tilpassa bustadar som ein av dei viktigaste hindringane for å innføre dette prinsippet i kommunane (Rambøll, 2012).

## **STABILITET OG TILLIT**

Tillit mellom den som vert hjelpt og den som skal hjelpe er grunnleggjande for gode bustadsosiale tilbod (Sjå til dømes Almvik et al., 2011; Baklien, 2010; Knutsen, 2010). Tillit vert ikkje bygt opp over natta og stabilitet i menneskelege relasjonar er difor avgjerande. Organisasjonsendringar og tiltak for å betre koordinering mellom ulike delar av organisasjonen bør derfor ta omsyn til personlege relasjonar og tillit mellom brukar og hjelpar.

## **KOMPETANSEBEHOVA ER KOMMUNESPESIFIKKE**

Kommunane i vår undersøking meiner at kompetanse er ein av dei aller viktigaste faktorane som fremjar samordning av bustadsosiale tenester til menneske med ROP-lidingar, og mangel på kompetanse hemmar samordning. Ulike kommunar trekkjer fram ulike former for kompetanse som er viktig for samordning. Det kan vere kunnskap om ROP-lidingar, god kjennskap til den enkelte brukar, kunnskap og haldningar knytt til bustad og bustadsosiale tenester og tverrfaglig kompetanse.

Når det gjeld kompetanse gir funna i vår undersøking på mange måtar fleire spørsmål enn svar. Kva betyr det at kommunane i stor grad meiner dei har spesifikk kompetanse inn mot sentrale område som rus, psykiatri og tiltakskompetanse for menneske med ROP-lidingar, samtidig som dei opplever kompetanse som en viktig hemmar for samordning av tenester i sine kommunar? Vi ser at om lag halvparten av kommunane opplever fagleg usemje om kva som er gode bustadsosiale tiltak retta mot denne gruppa. Er dette grunnen? Skuldast det ulike verdiar og haldningar? Roar Stangnes frå Tromsø kommune påpeiker at det er ein forretningskultur, ein forvaltningskultur og ein omsorgskultur som møtest i det bustadsosiale arbeidet og at dette skapar utfordringar.<sup>2</sup> Er det slik at kommunane har kompetanse, men slit med å foreine ulike kompetansar? Eller er det slik at det er ein heilt annan type kompetanse som trengst på dette området? Datamaterialet gir ikkje noko eintydig svar, men gir grunn til å understreke at utfordringane er kommunespesifikke.

## **RESSURSAR EIN FØRESETNAD**

I alt 15 kommunar trekkjer fram at forhold som svak økonomi, manglande personalressursar og knapt med tid hemmar samordning av bustadsosiale tenester i deira kommune. Meir spesifikt nemner nokre kommunar utilstrekkeleg med oppfølgingspersonell. Berre tre av 42 kommunar i vår undersøking er heilt einige i at dei har kapasitet til å følgje opp alle med ROP-lidingar.

Det er vanskeleg å finne statistikk om menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Det er om lag 12.000 årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid i Norge og det er truleg behov for 1780 nye årsverk framover, der 275 av desse bør vere psykologar (Ose & Slettebak, 2014). Talet på årsverk i psykisk helsevern har flata ut og moglegvis gått nedover i perioden etter opptrappingsplanen (1999-2008), men dette varierer mellom kommunane. Samstundes har behova auka. Ose og Slettebak konkluderer med at:

---

<sup>2</sup> Foredrag frå programsamling Bustadsosialt utviklingsprogram for Husbanken Region Midt 11. februar, 2014.

*«Generelt bygges døgnplassene i psykisk helsevern ned alt for raskt, utan at kommunene har økt ressursinnsatsen. Med en nullvekst i årsverksinnsatsen i kommunene frå 2008 og færre døgnplasser i psykisk helsevern og kortere oppholdstid, er det vanskelig å forvente at kvaliteten i tilbudet til brukergruppen har økt.» (Ose & Slettebak, 2014, s. 11)*

## **ANSVARSAVKLARING OG SAMHANDLINGSARENAER**

Klargjering av ansvar og etablerte samhandlingsarenaer ser ut til å vere viktig for samordning av bustadsosiale tenester for menneske med ROP-lidingar. Vi byggjer dette på fleire forhold.

Ei koordinerande eining: 1. Gjer kommunane meir bevisste. 2. Fremjar tverrfagleg samarbeid på det bustadsosiale feltet. 3. Gjer at kommunane har mindre fagleg usemje. 4. Aukar sjansen for at kommunen tek i bruk ulike typar kompetanse på utfordringar knytt til ROP-lidingar. 5. Gjer at kommunen kjem betre ut når det gjeld tilpassa bustadar, høve til oppfølging i bustaden og mindre kjensle av at menneske med ROP-lidingar blir kasteballar i systemet.

Kommunane trekkjer vidare fram at ansvarsavklaring og klare linjer, avtalte samarbeidsfora og fellesmøte fremjar samordning. Av forhold som hemmar samordning er ansvarsfråskrivning internt i kommunen det som oftast går igjen. Ein del av kommunane slit også med forholdet til spesialisthelsetenesta.

Funna tyder likevel ikkje på at organisasjonsendring er avgjerande: Eit par kommunar seier seg svært nøgde med si samorganisering av tenester til menneske med ROP-lidingar. Andre synest det fungerer godt berre med ei koordinerande eining eller god kommunikasjon mellom einingar. Svært få nemner den kommunale organiseringa direkte som eit hinder for samordning. Svarta kan ha samanheng med at det er lett å ta organiseringa for gitt. Dei kan også tyde på at personane som jobbar med dette ikkje ønskjer ei anna organisering i seg sjølv, men betre ansvarsdeling, rutinar og formalisering av tverrfagleg samarbeid innafor eksisterande organisering.

Den generelle lærdomen er at samordning krev arbeid og at kommunane kontinuerleg må arbeide for å betre samordninga. Difor er ansvarsavklaring og samhandlingsarenaer i kommunen og i forholdet til eksterne aktørar nødvendig.

## **FORSKJELLAR MELLOM STORE OG SMÅ KOMMUNAR**

Det er gjennomgåande i datamaterialet at det er forskjellar mellom store, mellomstore og små kommunar. Utfordringane varierer. Samanlikna med dei andre kommunane kan ein seie at dei små kommunane synest å arbeide mindre planmessig, manglar ein koordinerande funksjon for menneske med ROP-lidingar og kjem noko dårlegare ut også når det gjeld oversikt over feltet. Dei små kommunane er også mest i tvil om dei bustadsosiale tilboda til menneske med ROP-lidingar blir betre framover.

Vi kan ikkje ut frå undersøkinga seie noko om grunnen til desse forskjellane, men ein årsak kan vere at Husbanken over lenger tid har hatt ei målmedviten satsing på dei større kommunane. Dette kan gjere sitt til at dei mindre kommunane har ei lågare bevisstheit om bustadsosiale spørsmål og også ei mindre planmessig satsing på dette området.

---

## **SUMMARY**

---

Coordination between departments within local governments and between different administrative levels is a bottle neck in Social housing efforts for people with co-occurring severe or moderate/less severe mental illnesses and substance use disorders. In this report factors hindering and promoting coordination are identified. Successful coordination seems to be like putting together a puzzle. A common set of values and principles for the social housing efforts is an important foundation. Appropriate housing, flexibility of services and stability and trust in human relations also seem to constitute an important basis. Levels of competence, resources, accountability and arenas for coordination are factors that either promote or hinder coordination of social housing efforts both within local government and between administrative levels.

---

## INNLEIING

---

Studiar viser at kommunane har store utfordringar når det gjeld samordning av bustadsosiale tiltak for menneske med samtidig rusliding og psykisk liding (Bergem, Yttredal, & Hanche-Olsen, 2012; Holm, 2012; Rambøll, 2010a, 2010c; Yttredal et al., 2013). Menneske med kombinasjonen ruslidingar og psykiske lidingar må ha tett oppfølging frå mange instansar for å halde på ein bustad og for å betre eigen livssituasjon. Skal bustaden vere utgangspunkt for breiare bustadsosiale tiltak for menneske i denne gruppa, er det naudsynt med god koordinering. Behova for samordning gjeld både internt i kommuneadministrasjonen, mellom denne og politisk leiing og ut mot eksterne instansar. Fleire studiar har vist at den kommunale organiseringa av bustadsosialt arbeid er svært fragmentert (Åsmund Langsether & Sandlie, 2010; Å. Langsether et al., 2008; Ouff, Yttredal, & Hanche-Dalseth, 2010; Rambøll, 2010a, 2010c) Arbeidet retta mot denne gruppa krev dermed på mange måtar mest der kommunane er svakast i det bustadsosiale arbeidet, nemleg på samordning og økonomi. Behovet for å finne gode løysingar er stort.

Det er gjort erfaringar med vellukka prosjekt på dette området.<sup>3</sup> Det er også gjort fleire studiar som ser meir generelt på kommunal organisering av det bustadsosiale arbeidet<sup>4</sup> og på organisering av arbeidet med psykisk helse i kommunane (Holm, 2012; Myrvold & Helgesen, 2009; Tjerbo, Zeiner, & Helgesen, 2012). Erfaringar frå dei bustadsosiale utviklingsprogramma viser at behovet for samordning gjer at utfordringane for menneske med psykiske lidingar og rusproblem er spesielt vanskeleg å ta tak i (Bergem et al., 2012; Yttredal et al., 2013).

Studien som denne rapporten er basert på dreier seg om å identifisere kva faktorar som fremjar og hindrar samordning av det bustadsosiale arbeidet retta mot menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Kunnskapen frå studien kan bidra til meir målretta og samordna tiltak både på statleg og kommunalt nivå.

Kommunane har, etter Opptrappingsplanen for psykisk helse, fått større ansvar i dette arbeidet. Difor har vi valt å undersøke følgjande:: 1. Kva er grunnleggjande føresetnader i kommunane for god samordning av bustadsosiale tenester til menneske med ROP-lidingar? 2. Kva faktorar fremjar og hindrar samordning og samarbeid om gode bustadsosiale tenester internt i kommuneadministrasjonen, mellom administrasjonen og folkevalde, mellom kommuneadministrasjonen og eksterne aktørar (til dømes NAV og bustadselskap)?

Rapporten følgjer i stor grad problemstillingane over. Hovudføremålet med rapporten er å sjå nærare på grunnleggjande føresetnader for god samhandling, på faktorar som fremjar og hemmar samhandling og på korleis situasjonen er i kommunane innanfor Husbanken region Midt-Norge.

---

<sup>3</sup> Sjå til dømes <http://www.husbanken.no/boligsosialt-arbeid/fra-rus-og-psykiatri-til-egen-bolig/kvinnehuset-i-bergen/>

<sup>4</sup> For referansar, sjå over.



---

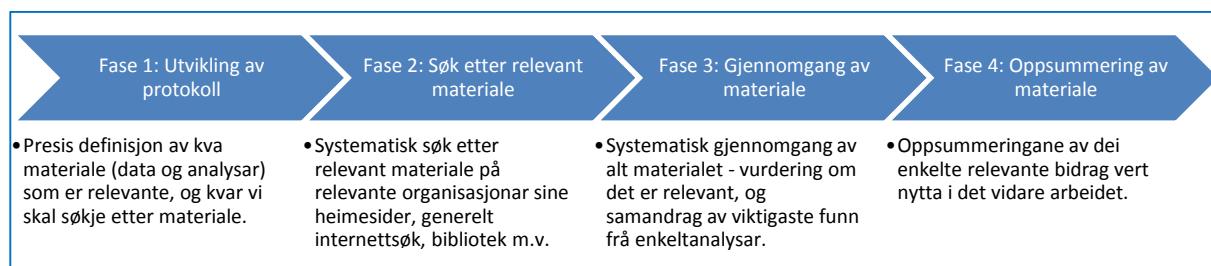
## METODE OG DATAINNSAMLING

---

Data til prosjektet vart innhenta gjennom tre delundersøkingar. I første fase vart det lagt opp til å gjere eit systematisk **litteraturstudium** der vi fekk oversikt over kunnskapen som allereie finst om samordning av innsats overfor menneske med ROP-lidingar. I andre fase vart det gjennomført ein **spørjeundersøking** i kommunane i region Midt-Norge. Til slutt vart det gjennomført **djupneintervju** blant aktørar i nokre kommunar, der vi også såg nærare på utvalde prosjekt retta mot menneske med ROP-lidingar.

### REA – LITTERATURSTUDIUM

Det er gjennomført det som vert kalla Rapid Evidence Assessment (REA). REA er eit systematisk litteraturstudium.<sup>5</sup> Målsettinga var å kartlegge og samanfatte eksisterande kunnskap om kva faktorar i kommunane som hemmar og fremjar samordning av tiltak for menneske med kombinasjonen rusliding og psykisk liding. Vi nytta breie søkekjelder som Bibsys og smalare kjelder som Husbanken si nettside, nettsider knytt til relevante forskingsinstitusjonar og kompetansesenter for rus og psykisk helse.



*Figur 2 Prosessen i systematisk litteratursøk basert på Rapid Evidence Assessment . Figuren er basert på Rambøll 2010 (Rambøll, 2010b, s. 9)*

Alt i alt kan ein seie at litteraturstudien viste at det var mykje informasjon å finne om rusproblematikk og mykje å finne om psykisk helsevern, men lite litteratur som gjaldt menneske med ROP-lidingar og om samordning av tenester til denne gruppa. Funna frå litteraturstudien er både nytta direkte i rapporten og som grunnlag for arbeidet med spørjeundersøkinga og djupnestudien.

### KOMMUNEUNDERSØKINGA

Andre trinn i datainnsamlinga var ei spørjeundersøking til alle kommunane i Husbanken Region Midt, som inkluderer Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Undersøkinga vart utforma som ein elektronisk spørjeundersøking i Questback, og sendt ut til i alt 84 kommunar. Vi

---

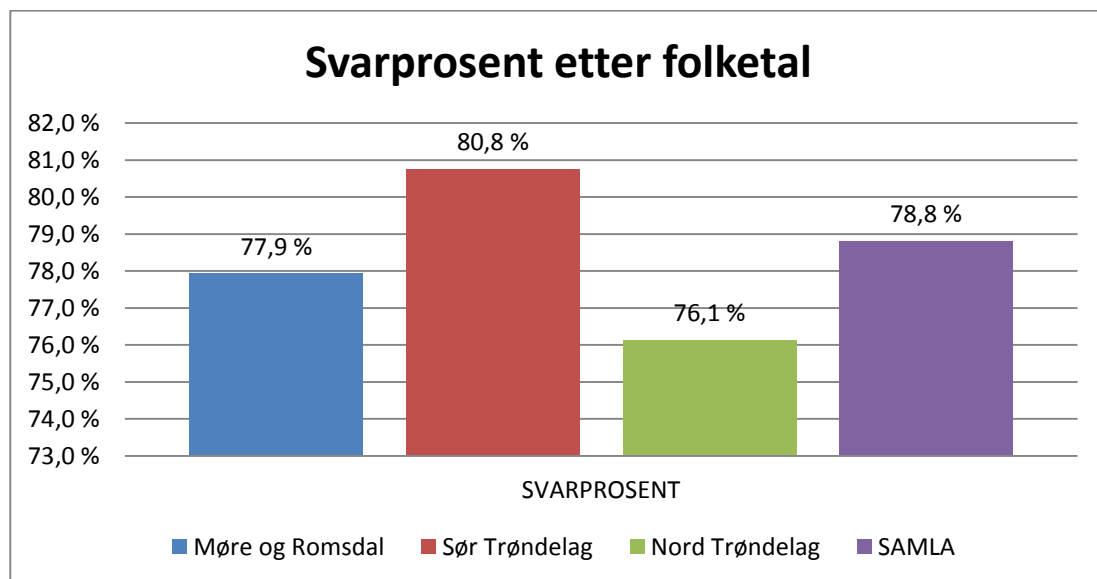
<sup>5</sup> Sjå <http://www.civilservice.gov.uk/networks/gsr/resources-and-guidance/rapid-evidence-assessment/what-is> for ein introduksjon til metoden.

ynskte å nå den personen i kommunen som var hovudansvarleg for bustadsosialt arbeid for menneske med ROP-lidingar. I dei tilfella der det ikkje gjekk klart fram på kommunen sine heimesider kven dette var, tok vi telefonkontakt med kommunane sine serviceavdelingar, for å kvalitetssikre kontaktinformasjonen. Spørjeundersøkinga vart sendt ut til ein person i kvar kommune, men med mulegheit for denne personen å vidareseende dersom det var andre i kommunen som betre kunne svare på spørsmåla. Vi veit at i fleire av dei større kommunane var det ei lita gruppe som samla seg for å svare på spørjeundersøkinga i fellesskap, fordi ingen enkeltpersonar hadde oversikt over heile feltet.

Vi fekk svar frå 42 av 84 kommunar. 22 av kommunane høyrer til i Møre og Romsdal, ti i Sør-Trøndelag og ni i Nord-Trøndelag. Ein kommune let seg ikkje identifisere geografisk, men er likevel inkludert i undersøkinga. Totalt er dette ein svarprosent på 50 prosent, høgast i Møre og Romsdal (61 prosent) og lågast i Nord-Trøndelag (39 prosent).

Kommunane er forholdsvis små. 28 av kommunane har under 10.000 innbyggjarar og 15 av desse igjen har under 5.000 innbyggjarar. Berre seks kommunar har 20.000 innbyggjarar eller fleire. Alle kommunar med 10.000 eller fleire innbyggjarar har svart på undersøkinga.

I Sør-Trøndelag dekkjer kommunane som har svart om lag 80% av folketalet, medan Nord-Trøndelag har lågast dekningsgrad. Den høge andelen i Sør-Trøndelag er knytt til at Trondheim kommune har svart på undersøkinga.



*Figur 3 viser at kommunane som har svart på undersøkinga dekkjer til saman om lag 80 prosent av befolkninga i dei tre fylka i Husbanken region midt.*

Av dei 43 kommunane som ikkje har svart (inkludert den kommunen som ikkje har oppgitt kommune), har 10 av dei mellom 5.000 og 9.999 innbyggjarar, medan dei resterande 33 kommunane har under 5.000 innbyggjarar. Fylkesvis er det ei nokså jamn fordeling på dei kommunane som ikkje har svart.

Vi legg difor til grunn for vidare analysar at innsamla data gjev eit breitt og dekkande bilde av situasjonen i Husbanken region Midt-Norge. Det er ikkje teikn i talmaterialet til spesielle skeivheiter verken om vi ser det etter fylkesvis inndeling eller etter inndeling i små og mellomstore kommunar. Vi har eit komplett bilde for alle kommunar med 10.000 innbyggjarar eller fleire.

Spørsmåla i spørjeundersøkinga vart utarbeidd på bakgrunn av litteraturstudien. Møreforskning tok i dette arbeidet med seg innspel frå Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidning. Mange av spørsmåla i spørjeundersøkinga dreia seg om haldningar og arbeidsmåtar i organisasjonane.

### **DJUPNEINTERVJU**

Litteraturstudien gav ei oversikt over status for det bustadsosiale arbeidet overfor menneske med ROP-lidingar. Kommuneundersøkinga fortalde om status i Region Midt-Norge. Gjennom begge desse kom vi også på sporet av gode løysingar i kommunane og kva for tiltak som ser ut til å fungere.

Vi valde ut fem kommunar i Husbanken region Midt og ein kommune frå ein annan region som vi ynskte å undersøke nærare. To eksempel på gode tiltak/prosjekt vart også valde ut til ei meir inngående undersøking. Målsettinga med djupnestudien var å identifisere faktorar eller samansetning av faktorar som har overføringsverdi til samordning i andre kommunar, og som Husbanken og kommunane kan nytte i sitt vidare arbeid.

Vi utforma ein intervjuguide, der spørsmåla var tematiserte omkring organisering, kompetanse, arbeidet med bustader til ROP-føremål, arbeidet med menneske med ROP-lidingar, arbeidet med tenester i bustaden, samarbeid med Husbanken og samarbeid med andre eksterne aktørar. Intervjua vart gjennomført på telefon. Overordna målsetting for djupnestudien var å finne forklaringar på kvifor nokre måtar å samordne på fungerer betre enn andre.

---

## BAKGRUNN

---

### DEFINISJONAR OG KOMMUNANE SI FORSTÅING AV DESSE

Det er sterk samanheng mellom rusbruk og psykiske lidningar. Påverknaden er gjensidig: Psykiske lidningar forsterkar rusbruk og rusbruk kan utløyse psykiske lidningar. Ein svært stor del av personar som misbruker alkohol eller narkotika, eller begge deler, har psykiske lidningar. Tala er større for dei som nyttar narkotika enn for dei som nyttar alkohol. For dei som misbrukar begge typar rusmiddel er talet personlegdomsforstyrningar heile 51 prosent, stemningsforstyrningar 35 prosent og angstlidningar 27 prosent.<sup>6</sup>

Studiar frå USA og Europa viser også andre forhold:<sup>7</sup>

- Dess meir alvorleg ruslidinga er, dess høgare er førekomsten av psykiske lidningar
- Personar med schizofreni og bipolar lidning har ein spesielt høg førekomst av ruslidingar
- Det er sterk samanheng mellom alkoholavhengigheit og angst og depresjon

Kombinasjonen rusliding og psykisk lidning vert omtala på mange måtar. I denne rapporten vil vi bruke omtalen «menneske med samtidig rusliding og psykisk lidning» eller «menneske med ROP-liding». Nemninga er henta frå «Nasjonal Faglig Retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» der følgjande målgruppe er definert:

*«Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.»  
(Helsedirektoratet, 2012, s. 16)*

Rusliding vert i retningslina nytta om personar som har eit «behandlingstrengende rusmiddelproblem, uten at det nødvendigvis er diagnostisert en avhengighet.»  
(Helsedirektoratet, 2012, s. 16)

Kommunane i vår undersøking har ikkje nødvendigvis ei klar forståing av kven som høyrer til denne gruppa. Dei større kommunane er mest i tråd med den snevraste forståinga av ROP-lidingar (første ledd i målgruppedefinisjonen over). Innsatsen blir der retta spesielt mot dei mest

---

<sup>6</sup> Stinson, F.S., Grand, B.F., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Huang, B og Saha, T (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 105-116. Frå Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

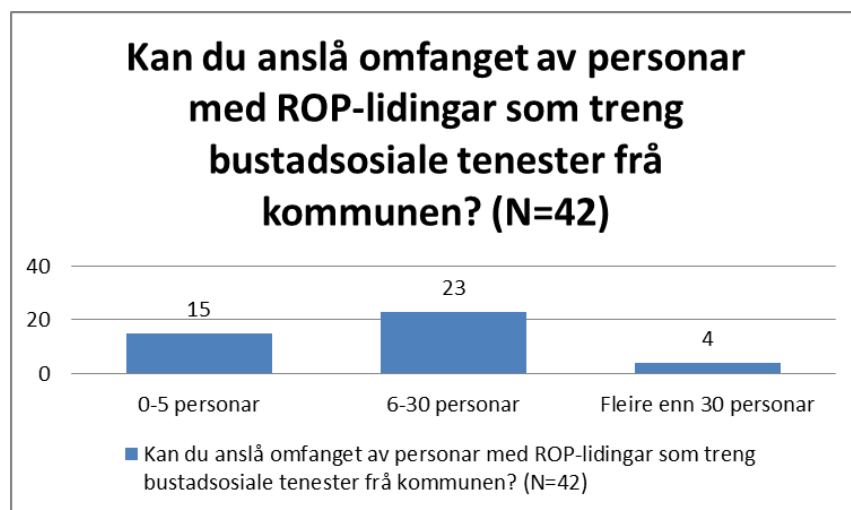
<sup>7</sup> Oppsummeringen er hentet fra Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. *Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (2012) (Helsedirektoratet, 2012, s. 25-33).

alvorlege tilfella. Desse kommunane har også ofte organisert seg med eigne ressursar spesielt innretta for personar med ROP-liding. Dei store kommunane verkar også som dei har eit nokså klart forhold til diagnoser, anten gjennom at personane har ein diagnose frå spesialisthelsetenesta, eller at kommunen sjølv brukar evalueringsverktøy til å seie noko om funksjonsnivåa til dei enkelte. Desse kommunane gjev i stor grad opp nøyaktige tal på kor mange menneske med ROP-liding dei kjenner til.

Dei mindre kommunane arbeider gjerne etter den utvida definisjonen som også inkluderer mindre alvorlege tilfelle. Dette gjer overgangen mellom fagfelte rus og psykisk helsevern meir flytande. I dei små kommunane har rustenesa i mange tilfelle ansvar for ROP-pasientar, og prøvar å fylle på med psykiatrikompetanse etter beste evne. Dette medfører at det er fagfolk med rus som spesialområde som skal kommunisere med spesialisthelsetenesta om psykiatribehandling.

### FØREKOMSTEN AV ROP-LIDINGAR I KOMMUNANE

Det er vanskeleg å måle førekomsten av ROP-lidingar i befolkninga og vi kjenner ikkje til gode slike målingar frå Norge. For ei nærare oversikt over førekomsten av ROP-lidingar, i psykisk helsevern, primærhelsetenesta og samanhengen mellom dette og til dømes bustadløyse, mottak av sosialhjelp, fengsel og vald og drap, sjå Helsedirektoratet si retningsline knytt til denne gruppa (Helsedirektoratet, 2012).<sup>8</sup>



Figur 4 viser omfanget av menneske med ROP-lidingar som treng bustadsosiale tenester frå kommunen.

Vi har i vår undersøking forsøkt å kartlegge talet menneske med ROP-lidingar som også treng bustadsosiale tenester i kommunane. Tala i Figur 4 må lesast med utgangspunkt i den flytande overgangen mellom psykiske lidingar og ruslidingar og kommunane si sprikande forståing av ROP-lidingar - begge faktorar skildra i førre avsnitt. Vi høyrer også, spesielt frå dei små

<sup>8</sup> «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling»

kommunane, at talet menneske med ROP-lidingar er usikkert. Talet blir anslått av informantane basert på personleg kjennskap til dei det gjeld, utan at det nødvendigvis bygger på nøyaktige diagnosar.

Ein informant i ein av kommunane svarar slik når dei vert spurde om kor mange personar i kommunen som fell innunder kategorien ROP-lidingar

*«...mellom 30-33. Rus, har sett over, men er usikker på kva som skal til for ROP diagnose. Minst 20 sliter også. Usikker på diagnosen ROP.»*

Nokre av kommunane peiker på at det truleg er ei underdiagnostisering av personar med ROP-lidingar.

### **STORE UTFORDRINGAR MED Å BU OG MED Å TA IMOT HJELP**

For å få ei forståing av menneske med ROP-lidingar sine utfordringar knytt til det å bu, synest Almvik et.al. si skildring av sine informantar frå denne gruppa å vere illustrerande:

*«Informantene kommer fra begge teamene og har alvorlige psykiske lidelser med diagnoser som schizofreni, bipolare lidelser og personlighetsforstyrrelser. I tillegg misbruker de blant annet alkohol, cannabis, amfetamin, morfin eller illegale medisiner. Alle sliter med hverdagsproblemer som depresjon, motivasjonsproblemer, sosial angst, ensomhet, sosial isolasjon, personlig hygiene, ernæring, søvnvansker, selvskadning, selvmordstanker og aggresjon. Brukerne opplever også sosiale problemer i forhold til bolig, økonomi, arbeidsløshet, fritid og sosialt nettverk.» (Almvik et al. (2011, s. 156))*

Dei omfattande utfordringane menneske med ROP-lidingar har, knytt til å meistre livet og til å bu, gjer at tenestene kommunane og andre instansar må gje inkluderer svært varierte oppgåver – alt frå rydding, reingjering, klesvask, matlaging, innkjøp, samtalar, sosialt samvær, til råd og rettleiing, å motivere for endring av rusåtferd og hjelp til å følgje opp avtalar med lege, spesialisthelseteneste og andre.

Uføreseieleg åtferd og ustabil dagsform er også ein del av utfordringa i følgje ein informant frå kommunane: :

*«Du kan gjerne ha heimebesøk og alt er bra, så skjer det store endringar gjennom plutselig og uføreseieleg rusåtferd. Store kostnader på øydeleggingar av bustadar. Frustrasjonen går utover bustaden, sjølv eller kameratar. Det skjer fryktelig fort. Det vanlege rotet er til å leve med. Akutte ramponeringar er ei utfordring på systemnivå. Vi driv med frivillig behandling...»*

Kartlegginga av bustadlause i 2008 viste at rundt 60 prosent av desse var rusavhengige og om lag ein av tre hadde ein psykisk sjukdom. Nesten ein av fire av dei bustadlause hadde både ein psykisk sjukdom og var rusmiddelavhengige (Dyb & Johannessen, 2009, s. 19). Dette biletet vert stadfesta av ny kartlegging av bustadlause frå 2012. Den viser at 54 prosent av dei bustadlause er avhengige av rusmiddel og 38 prosent har psykisk sjukdom (Dyb & Johannessen, 2013) . Andelen som har samtidige ruslidingar og psykiske lidingar er også stor. Denne problematikken

blir stadfesta av andre kjelder som til dømes Ytrehus et.al. (2007) som observerer at arbeidet for bustadlause i stor grad handlar om hjelp til personar med rusproblem, der mange også har psykiske lidningar .

I mange tilfelle er menneske med ROP-lidningar vanskelege å nå. Dei vil ikkje ha hjelp og er skeptiske til kontroll utanfrå. Enkelte informantar i prosjektet peiker på at det kan vere vanskeleg å kommunisere med personar med ROP-lidningar.

### **ORGANISERING AV HJELPEAPPARATET**

ROP-lidningar er samansette, og det er ei stor utfordring at rus og psykisk helse i stor grad er organisert som to separate sektorar på alle nivå, og at ulike forvaltningsnivå har ansvar for ulike delar av tilboda. Dermed vert ansvarsfråskrivning eit reelt trugsmål og gode løysingar krev samordning mellom instansar og nivå.

Fragmenteringa gjeld også på andre område som er relevante for kvaliteten i tilboda til menneske med ROP-lidningar. NAV har ansvar for tenester knytt til arbeid og ulike tilskotsordningar. Bustadeiningar eller eigedomsselskap har ansvar for bustad og vedlikehald, medan andre delar av kommunen har ansvar for ulike tenester til menneska i bustaden. Kommunane handterer denne fragmenteringa på svært ulike måtar.

Somatiske lidningar er ein del av dette biletet. Det er også verdt å merke seg at levealderen til personar med ROP-lidningar vert høgare. Med dette kan det følgje psykiske og somatiske utfordringar, som har med alder å gjere, ikkje med ROP-lidningar i seg sjølv. Ein informant frå ein av kommunane, seier det slik:

*«Kriteriet for å bu her er alvorleg rusavhengigheit, samtidig tilleggsleding, sårbarheit. Det vil seie ikkje i stand til å lage mat, huske ting, kanskje litt forvirra, demens, alkoholdemens kan også vere ein av dei tinga, dei skjønner ikkje heilt kvar dei er, neste steget er sjukeheim. Der ville dei ikkje passe så godt inn. Då må dei bli eldre og svakare. Vi ser det i samfunnet, rusmisbrukarane blir berre eldre og eldre.»*

---

## LITTERATURSTUDIEN: GRUNNLEGGJANDE FØRESETNADER FOR GOD SAMORDNING

---

Litteraturstudien viste at det finst lite litteratur som omhandlar samordning av bustadsosiale tenester for menneske med ROP-lidingar. På den andre sida gav den ei god oversikt over føresetnader for gode tenester og dermed også indirekte for god samordning av bustadsosiale tenester. Framstillinga nedanfor går gjennom nokre av desse grunnleggjande føresetnadene:

- Verdier og haldningar
- Behovet for fleksibilitet
- Behovet for stabilitet og tillit
- Bustad
- Ressursar

### VERDIAR OG HALDNINGAR

Kommunar som har lukkast i det bustadsosiale arbeidet overfor menneske med samtidig rus- og psykisk liding har i stor grad klart å skape ei felles forståing og eit felles verdigrunnlag for bustadsosialt arbeid generelt og overfor denne gruppa spesielt. Verdier og haldningar til menneske med ROP-lidingar er grunnleggjande for det bustadsosiale arbeidet på fleire måtar.

For det første er det store skilnader når det gjeld haldningar til menneske med psykiske lidingar og haldningar til ruslidingar. Knutsen (2010) frå Foreningen for human narkotikapolitikk er spesielt klar på dette og meiner at hjelpeapparatets generalisering fargar samfunnet sitt syn på rusavhengige (Knutsen, 2010, s. 8). Han illustrerer poenget mellom anna med denne historia om ei psykisk sjuk sitt møte med hjelpeapparatet:

*«Da en ung mor ringte meg en dag og spurte: «Du? Er det slik at man bør lyve til behandlingsapparatet?» Ja, svarte jeg kontant...Hun hadde kontaktet hjelpeapparatet i håp om å få snakket med noen om sine problemer og for å få vite om det fantes muligheter for hjelp og avlastning. Hun opplevde det slik at hun ble tatt svært godt imot og at samtalene hjalp henne i hverdagen og ga henne håp. Da blir man jo takknemlig, man får tillit til fagpersonene og åpner for fortrolighet, så hun takket nei til Valium med å fortelle at hun heller røyker seg en joint et par ganger i uka for å stagge nervene. Etter dette blir hennes tilværelse snudd på hodet. Heretter endres hjelpeapparatet til et trusselapparat som vil ta fra henne barnet og som skal kontrollere henne på alle måter...» (Knutsen, 2010, s. 10).*

Han fortel om mishandling av rusmisbrukarar og avvising ved polikliniske tiltak (Knutsen, 2010, s. 8). Baklien (Baklien, 2010) stadfestar i sin artikkel at personar med rusutløyste psykosar vert avviste på sjukehus. Ho kallar det faktum at personar med samtidig rusliding og psykisk liding vert kasteballar i systemet for strukturell vald definert som sosial organisering som skadar individ og grupper. Med dette som utgangspunkt er det på sin plass at Helsedirektoratet sine retningslinjer understrekar at:



*«Pasienter med samtidig alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse har samme rett til vurdering av nødvendig helse og omsorgstjenester i kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som alle andre pasienter. Dette er fastsatt i pasient og brukerrettighetsloven §§ 21a og 21b. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten dersom han/hun kan ha forventet nytte av denne og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.» (Helsedirektoratet, 2012, s. 75).*

For det andre kjem brukarperspektivet i stor grad vekk. Menneske med ROP-lidingar har eit behov for å bli sett som heile menneske – ikkje berre diagnosar. Almvik med fleire viser til dette i sitt arbeid knytt til ambulerande team (Almvik et al., 2011, s. 158).

Fleire studiar (Bergem et al., 2012; Ytrehus et al., 2007; Yttredal et al., 2013) viser likevel at kommunane i stor grad ser på brukarmedverknad som kontakt rundt personlege tenester, som til dømes i individuell plan. Få kommunar tek brukarperspektivet inn på systemnivå.

Forholdet mellom pisk og gulrot er eit tredje tema knytt til haldningar og verdiar. Knutsen påpeiker at disiplinert åtferd i form av rusfridom gir vinst, medan udisiplinert åtferd gir straff og at dette er øydeleggande for å bygge opp tillit til behandlingsapparatet (Knutsen, 2010, s. 7). Det har generelt skjedd ei endring i det bustadsosiale arbeidet i kommunane frå ein trappetrinmodell der enkeltpersoner gradvis må fortene ein bustad, til meir «Housing first» orienterte tilnærmingar der bustad blir sett på som eit naudsynt utgangspunkt for eit verdig liv og sjanse til utvikling. Grensa for kva straff som blir knytt til åtferda er såleis flytta, slik at brukarane i mindre grad no enn før risikerer å miste bustaden, eller ikkje kvalifisere for kommunal bustad sjølv om dei rusar seg. Det er likevel grunn til å tru at det er ein veg å gå i dette arbeidet.

### **BEHOVET FOR FLEKSIBILITET - FERSKVARELØYSINGAR**

Mange studiar peiker på behovet for fleksible tilnærmingar til kvar einskild (Til dømes Almvik et al., 2011; Baklien, 2010; Ytrehus et al., 2007). Ytrehus m.fl. omtalar oppfølgingstenester i deira evaluering av tenester til bustadlause som «raus og nærast eksklusiv». Dei skildrar tilsette som har ei positiv haldning til brukarane og strekkjer seg langt for å møte deira behov. Han hevdar også at ein av forklaringane på dette er svake administrative reguleringar og ressursar til å forme hjelpa etter behov hos brukaren. Hjelpa kan slik sett omhandle alt frå husarbeid, samtalar og hjelp til kontakt med andre instansar (Ytrehus et al., 2007, s. 30).

Almvik m.fl. (Almvik et al., 2011) si undersøking frå to ambulante team finn noko av det same, mellom anna at kvardagshjelpa er viktig, riktig og ein god inngang til endringar. Dei finn at det er tre tema som var viktige for den gode hjelpa:

1. Nye samarbeidsformer på kvardagens arenaer.
2. Kontaktetablering gjennom praktisk og programatisk orientert hjelp og
3. Det å ha nokon der – fleksibel og tilgjengeleg hjelp (Almvik et al., 2011, s. 157).

Ambulante team kan bygge tillit og relasjonar som møter brukarane på deira eiga heimebane, og som ikkje krev ekstraordinær innsats av mottakarane, men tvert om liknar på «vanlege» sosiale relasjonar.

*«Funnene viser at all kontakt med brukerne foregår på hverdagens arenaer i motsetning til den vanlige praksisen i poliklinikker og institusjoner. Treffpunktene kan være brukernes hjem, kjøpesenteret, kafeen i nærmiljøet eller i bilen på vei til og fra ulike steder. Når konteksten er utenfor institusjon eller et offentlig kontor, åpner det for samarbeidsformer mellom fagfolk og brukere som rommer mer enn et tradisjonelt terapeut – pasient forhold.. En sentral begrunnelse for å jobbe oppsøkende er at de gode samtalene har bedre kår utenfor kontoret. En fagperson hevder at mange brukere oppfatter kontoret som et sted hvor man må presentere og levere smarte problemstillinger på bestilling.» (Almvik et al., 2011, s. 157)*

Bilkupeen blir trekt fram som eit rom der praten kan gå lett. Målet med å etablere personlege relasjonar er å bli kjent med menneska, og finne ut kva som motiverer kvar einskild, men også å kunne lodde situasjonen frå dag til dag, for å vurdere kva hjelp som trengst til ei kvar tid.

Almvik m.fl. (2011) si oppsummering dekkjer funn frå mange studiar og kommunar. Dei viser til at arbeidsformer som bidrar til god heilskapleg og samanhengande hjelp byggjer på relasjonar mellom menneske, er kvardagsorientert, fleksibel og går føre seg på kvardagsarenaer. Fagfolk er i tillegg svært tilgjengelige og det er låg terskel for å kontakte tilsette direkte (Almvik et al., 2011, s. 161).

## **BEHOVET FOR STABILITET OG TILLIT**

Litteraturen viser til at stabilitet og tillit er avgjerande for å kunne gi gode tilbod.

Helsedirektoratet si rettleiing peiker på at menneske med ROP-lidingar er sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tenestene og at behandling har effekt når den er samanhengande og skjer over lang tid (Helsedirektoratet, 2012, s. 75).

Det å byggje ein trygg relasjon basert på tillit er viktig for å lukkast i arbeidet med og for menneske med ROP-lidingar og tillitsbygginga krev også tid og ressursar:

*«Casestudien tyder på at en ambulerende tjenestemodell også kan ivareta beboere med omfattende hjelpebehov. Imidlertid er forutsetningen at tjenesten er fleksibel og kan variere innsatsen etter brukernes behov og har klart å opprette en nær og personlig relasjon til brukerne. Særlig kan det være store ressursbehov i den første fasen for å opprette kontakt og tillit. Å legge mye ressurser i denne fasen kan ha stor betydning.» (Ytnehus et al., 2007, s. 32)*

Den grunnleggjande relasjonen må byggast opp med tålmod over tid. Når hjelparen kjenner brukaren, og kva som motiverer vedkomande, kan relasjonen tåle at problem oppstår.

*«I bunnen ligger langsiktige løp. ... Når krisene oppstår med ujevne mellomrom, blir perspektivet kortsiktig og løsningsorientert. Hjelpen tar utgangspunkt i brukernes liv og*

*behov i hverdagen. Eksempler på hva hjelpen omfatter er ivaretagelse av fysisk helse, kosthold og hygiene, transport til andre offentlige hjelpetiltak, samarbeid med andre offentlige instanser, økonomi, medisiner og kontakt med pårørende. Brukerne og fagfolkene formidler at kjernen i samarbeidet er en relasjon som kjennetegnes av tillit og trygghet.» (Almvik et al., 2011, s. 157)*

## **GRUNNLAGET FOR EIT BUSTADSOSIALT ARBEID ER EIN BUSTAD**

Vår studie dreier seg om samordning av det bustadsosiale arbeidet knytt til menneske med ROP-lidingar. Ein kjem likevel ikkje vekk frå at grunnlaget for eit sosialt arbeid i ein bustad nettopp er ein bustad.

Mange studiar peiker på at tilpassa bustader er ei utfordring for kommunane (Bergem et al., 2012; Rambøll, 2012; Vassenden et al., 2013; Ytrehus et al., 2007; Yttredal et al., 2013). Eit ferskt studium frå IRIS (Vassenden et al., 2013) gjer fleire interessante funn rundt kvalitetane på bustader for personar som er rusmiddelavhengige. Desse vil også vere interessante i vår samanheng:

- Bustadkonsentrasjonar der det bur mange aktive rusmisbrukarar er til hinder for bebuarane si integrering i form av meistring av eller rehabilitering frå rusproblemet, sosial kapital og moglegheit til deltaking i arbeid eller utdanning.
- Problem som heftar ved mange kommunale bustadkonsentrasjonar knyter seg særleg til omsetning av rusmiddel på staden, at der er andre som rusar seg aktivt , samt uønskt besøk av rusavhengige som ikkje sjølv bur på staden.
- Bebuaren sin trivsel er gjennomgåande best i spreidde bustadar og i dei større samlingane der det bur få aktive rusbrukarar. Kommuneadministrasjonen vurderer også problema som minst i desse typane bustadmiljø.
- Rusavhengige ønskjer ikkje å bu saman med andre rusavhengige. 96 prosent av bebuarane som svarte på spørjeskjema ville ikkje budd nært rusavhengige dersom dei kunne velje fritt.
- Andelen aktive rusmisbrukarar blant bebuarar ser ut til å vere det som gjer forskjellen på om bustadkonsentrasjonar fungerer eller ikkje.
- Analysen viser også ein positiv samanheng mellom andelen rusavhengige på venteliste for tildeling av kommunal bustad og problemet med uønskte besøk i bustadkonsentrasjonar.

Når Vassenden med fleire på den andre sida kartleggjer tilbodet av kommunale bustader i kommunane viser dette at:

- Meir enn seks av ti kommunar har dei kommunale bustadane til vanskelegstilte i bustadkonsentrasjonar, og i nesten ein av fem kommunar er alle bustadane til vanskelegstilte lokalisert saman.
- I åtte av ti kommunar bur minst halvparten av dei rusavhengige kommunale leigetakarane konsentrert og i ein av fire kommunar bur alle slik.

- Rusavhengige er klart overrepresentert i konsentrert busetnad.

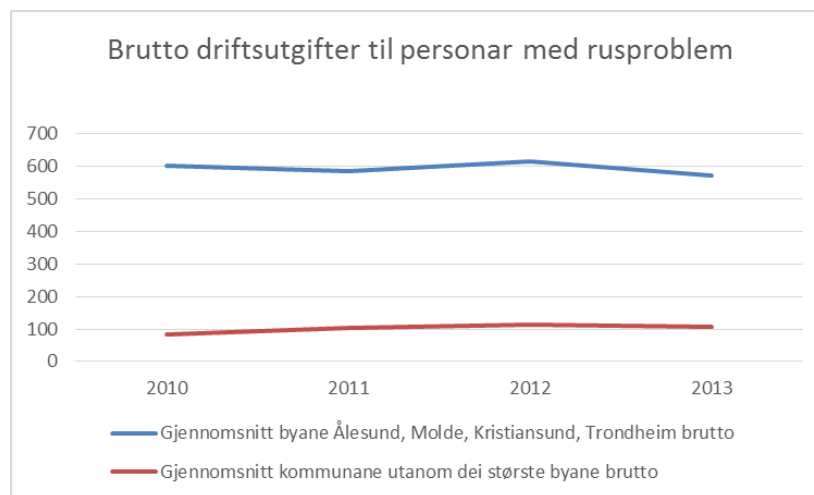
Tilbodet er dermed nesten det motsette av det som ser ut til å vere det ideelle. Dermed vert bustadtilbodet ei stor utfordring for det bustadsosiale arbeidet. Dette viser også tilbakemeldingane frå kommunane, noko vi skal sjå nærare på seinare i rapporten.

Det er grunn til å spørje seg om kvifor busettinga av rusavhengige vert slik. I følgje Vassenden m.fl. (2013) er den viktigaste årsaken til at rusavhengige vert busett konsentrert at dei fleste kommunale bustadane ligg konsentrert. Eit tilleggsmoment er at dei mindre bustadane ligg konsentrert og dei rusavhengige er som oftast ein eller to personar i hushaldet. Studien finn ikkje andre klare mønster i kommunane sin busetnad av rusavhengige. Verken kommunane sin storleik, lokalisering, andel rusavhengige, økonomi eller liknande spelar på ein eintydig måte inn på typen bustad som vert tildelt rusavhengige.

Anna litteratur trekkjer fram andre typar forklaringar. Manglande prioritering er ein. Ytrehus (2007) har hatt erfaringar med dette i sitt studium av bustadlause.

## RESSURSAR

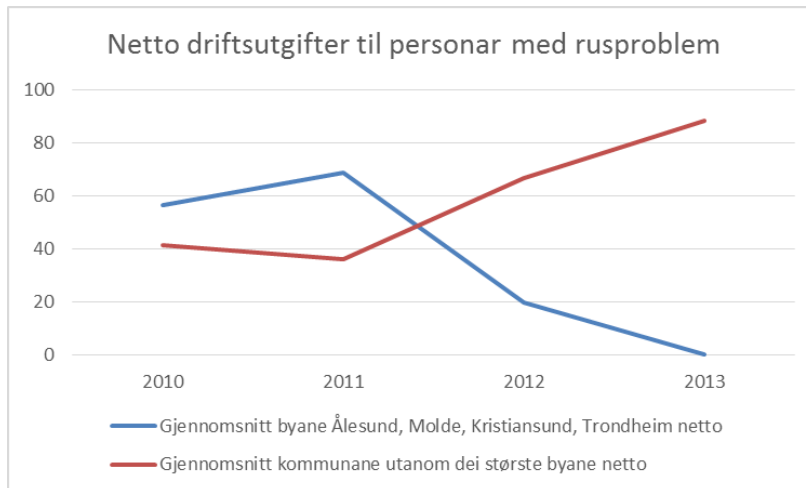
Ressursar er grunnleggjande for dei tenestene som kommunane tilbyr til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Det er lite tilgjengeleg statistikk på kommunenivå knytt til psykisk helsevern og rustenestene, men vi skal sjå litt nærare på nokre indikatorar frå KOSTRA.



*Figur 5 viser utviklinga av brutto driftsutgifter til personar med rusproblem i byane Ålesund, Molde, Kristiansund og Trondheim samanlikna med kommunane utanom dei største byane i Husbanken region Midt. Tala er viste i kroner per innbyggjar 18-66 år. Tala er baserte på kommunane si innrapportering til ssb, men statistikken er ny og må nyttast med varsemd (Kjelde: SSB, Kostra)<sup>9</sup>.*

<sup>9</sup> Brutto driftsutgifter er kontoklasse 1, funksjon 243, artene (((010..480)+590)-(690,710,729,790)). Data er henta frå kommunerekneskapen i 1000 kroner. Lenke Statistikkbanken:

Figur 5 viser kommunane sine driftsutgifter til personar med rusproblem i Husbanken region Midt. Indikatoren viser bruttoutgiftene målt per innbyggjar 18-66 år. Dei største kommunane i Husbanken Region Midt har klart høgare utgifter per person til menneske med rusproblem enn dei andre kommunane i regionen. Vi ser også at dei største kommunane ser ut til å bruke mindre pengar per innbyggjar til menneske med rusproblem i 2013 samanlikna med 2010. Ressursbruken i dei andre kommunane har gått noko opp. Statistikken er ny og bør nyttast med varsemd.



Figur 6 viser utviklinga av netto<sup>10</sup> driftsutgifter til personar med rusproblem i byane Ålesund, Molde, Kristiansund og Trondheim samanlikna med byane utanom dei største byane. Tala er viste i kroner per innbyggjar 18-66 år (Kjelde: SSB, KOSTRA, same kjelde og atterhald som i førre figur.).

Figur 6 viser netto utgifter i kommunane knytt til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Vi ser at dersom ein trekker frå driftsinntekter til denne gruppa, så har dei største kommunane i 2013 nesten ikkje utgifter til personar med rusproblem, medan dei mindre kommunane har få inntekter knytt til denne gruppa og dekkjer store delar av sine utgifter gjennom ordinære driftsmidlar.

Ose og Slettebak (Ose & Slettebak, 2014) har følgd utviklinga av personell i psykisk helsevern i kommunane i perioden 2007-2012. Det er ein sterk vekst i personell fram til 2008 då kommunane hadde 12.550 årsverk i psykisk helsearbeid, har antal årsverk flata ut. Ei samanlikning av tal frå 2008 og 2012 viser berre ein marginal endring i årsverksinnsatsen når ein ser landet under eitt, men at det er store variasjonar mellom kommunane (Ose & Slettebak, 2014, s. 8). Dei to anslår også behovet for nye årsverk til 1780. Av desse er 275 psykologar.

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?SubjectCode=01&ProductId=01&MainTable=Kostrak2K3772Psyk&SubTable=Kommun1&PLanguage=0&Qid=0&nvl=True&mt=1&pm=&gruppe1=KostrakommNyeste&aggreg1=NO&VS1=KommunKostrak2012&CMSSubjectArea=&KortNavnWeb=pleie&StatVariant=&TabStrip=Select&checked=true>

<sup>10</sup> Netto driftsutgifter viser driftsutgifter inkludert avskrivningar etter at driftsinntekter (mellom anna øyremerka tilskot frå staten) er trekt frå. Dei resterande utgiftene må dekkast av frie inntekter som skatteinntekter, rammeoverføringar frå staten og så vidare.

Undersøkinga viser at fleire årsverk i kommunane no går inn i bustader med bemanning. Dei to set dette i samanheng med at tal døgnplassar i psykisk helsevern går ned og gjennomsnittleg opphaldslengde vert redusert, noko som er i tråd med Opptappingsplanen for psykisk helse og Samhandlingsreformen.

Vår undersøking viser at mangel på ressursar er noko av det som i størst grad hemmar samordning av kommunale tenester (sjå kapittel 0) og at berre tre kommunar meiner at dei har nok ressursar til å følgje opp alle menneske med ROP-lidingar i bustaden.

---

## FAKTORAR SOM FREMJAR OG HEMMAR SAMORDNING I KOMMUNANE

---

Det bustadsosiale feltet går på tvers av sektorinndelinga i kommunane og elles. Samordning vert dermed ei spesiell utfordring for arbeidet med menneske med ROP-lidingar. I dette kapittelet skal vi sjå nærare på kva faktorar kommunane sjølve meiner fremjar og hemmar samordning i eigen kommune. Kapittelet er basert på kommunane sine svar på opne spørsmål i spørjeundersøkinga.

### FORHOLD SOM FREMJAR SAMORDNING I KOMMUNANE

Kommunane vart i spørjeundersøkinga spurde om å skrive ned dei tre viktigaste forholda som fremjar samordning av bustadsosialt arbeid overfor personar med ROP-lidingar internt i deira kommune.

*Tabell 1 viser kva informantar i kommunane meiner er forhold som fremjar samordning av bustadsosialt arbeid overfor menneske med ROP-lidingar i eigen kommune.*

Forhold som fremjar samordning av bustadsosialt arbeid overfor menneske med ROP-lidingar i din kommune	
Kompetanse	26
Koordinering/samarbeid/dialog	26
Forankring	7
Bustadar	7
Økonomi/ressursar	7
Oppfølging	6
Arena	4
Organisering	4
Eksterne	4
Haldningar/fleksibilitet	4
Plan	3
Rutinar	2
Kartlegging	2
Aktivitetar/arbeid	1
Tenester	1
Verkemiddel	1
Eldsjeler	1
Heilskap	1
Rettleiing	1

Tabell 1 viser vår noko grove kategorisering av opne svar på spørsmålet «Etter di meining, kva er dei tre viktigaste forholda som fremjar samordning av bustadsosialt arbeid overfor personar med ROP-lidingar, internt i din kommune?».

Generelt peikar kommunane på at det først og fremst er kompetanse og koordinering/samarbeid som fremjar samordning. Lista ser eintydig ut, men det er store skilnader blant kommunane innafor dei store sekkepostane kompetanse og koordinering. Skilnadane er eit hovudpoeng både når det gjeld faktorar som hemmar og fremjar samordning og tydeleggjer at kommunane fungerer svært forskjellig og har ulike utfordringar. For enkelte kommunar fungerer samarbeidet med til dømes spesialisthelsetenesta svært godt. I andre kommunar er dette ei utfordring. Det er ikkje eit eintydig mønster frå kommune til kommune eller frå region til region.

Vi skal sjå nærare på dei faktorane flest av kommunane er opptekne av.

### **TYPAR SAMORDNING SOM VERT TREKT FRAM**

Som vist i tabellen over trekkjer 26 kommunar fram at ulike sider ved samordning og koordinering er med på å fremje samordning i deira kommune. Dette synest noko sjølvst, men det er grunn til å gå nærare inn på svara informantane i kommunane gir. Svara er somme plassar nummererte, det er fordi informantane sjølve har sett opp faktorar i denne rekkefølga, men kommunane er ikkje bedne om å rangere:

Ansvarsavklaring og klare linjer vert trekt fram i mange tilfelle:

- «God plan for koordinering.»
- «Ansvarsavklaring.»
- «Konkret ansvarsfordeling. Målretta plan.»

Avtalte samarbeidsfora og metodar, fellesmøte synest å vere viktig:

- «1. Gode rutiner for kartlegging og samordning av tjenester... 3. Avklart ansvar og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.»

Eit par kommunar seier seg svært nøgde med si samorganisering av ulike tenester:

- «1. Organisering av Teneste for psykisk helse, der vi har organisert psykisk helsearbeid, rusarbeid, bustadsosialt arbeid, bustadtenester og aktiviseringsarena i same avdeling.... 3. Brukt midlane i opptrappingsplan for psykisk helse til stillingar og flytta årsverk frå NAV til tenesta vedr. rusarbeidet.»

Andre synest det fungerer godt berre med ei koordinerande eining eller god kommunikasjon mellom einingar:

- «En koordinerende enhet som styrer innsatsen og ansvarliggjør de ulike fagområdene.»
- «1. God kommunikasjon mellom NAV(rus)/HBO(psykiatritenesta) og legetenesta.»



- «Kommunikasjon mellom etatane i mi kommune er ein viktig suksessfaktor...God dialog med fastlege.»
- «Bedre samarbeid mellom fagetatene. (Eiendomsavd, Brukerkontor og Rus og psykiatri-tjenesten.)»

### **KOMPETANSE SOM FREMJAR GOD SAMORDNING**

26 kommunar nemner i spørjeundersøkinga at kompetanse er ein viktig faktor for å fremje samordning av bustadsosiale teneste (Tabell 1). Det kjem klart fram at kommunane peikar på ulike typar kompetanse som fremjar samordning i deira kommune. Ein del av svara er generelle, men ein del har også spesifisert nærare kva slags type kompetanse dei meiner har vore viktig for samordning av bustadsosiale tenester.

Ei gruppe av kommunar legg vekt på kunnskap om ROP-lidingar

- «Fagleg kompetanse om ROP-lidingar både innan rustenesta og psykisk helseteneste»

Andre meiner god kjennskap til den einskilde er viktig:

- «Godt og langvarig kjennskap til sine «klientar».»

Nokre kommunar har satsa på vidareutdanning og opplæring:

- «Satsa på vidareutdanning av dei tilsette, både rus og psykisk helsearbeid.»
- «Fokus på kompetanse gjennom vidareutdanning og kurs/konferanser.»

Meir spesifikt trekkjer enkelte kommunar fram kunnskap og haldningar knytt til bustad og bustadsosiale tenester:

- «Felles holdning og kunnskap om boligens betydning (slik at ikke rus/psykiatri ikke får tenester som f.eks heimeteneste eller nødvendig sjukeheims plass p.g.a av rus/psykiatri.)»
- «En felles kunnskap om de boligsosiale virkemidler, og forståelse rundt viktigheten av å måtte melde inn behov for å bedre disse.»

Andre igjen legg vekt på tverrfaglig kompetanse

- «...mer tverrfaglig samarbeid, kompetanse og ressurser»
- «Tverrfagleg kompetanse.»

Andre legg vekt på:

- Egen personellgruppe som jobber med disse
- Sterke fagpersonar som kjenner personane og har evne til gjennomføre tiltak

## FORHOLD SOM HEMMAR SAMORDNING

Generelt kan vi seie at faktorane som hemmar samordning i stor grad er eit spegelbilette av faktorane som fremjar samordning. Det vil seie at i dei kommunane som ikkje har på plass kompetanse og koordinering, hemmar dette samordning av tilbod til menneske med ROP-lidingar. To faktorar kjem likevel klarare fram her. Det er mangel på ressursar og mangelen på tilpassa bustadar.

*Tabell 2 gir ein grov kategorisering av svar på det opne spørsmål i spørjeundersøkinga: «Etter di meining, kva er dei tre viktigaste forholda som hemmar samordning av bustadsosialt arbeid overfor personar med ROP-lidingar, internt i din kommune?»*

Forhold som hemmar samordning av bustadsosialt arbeid overfor menneske med ROP-lidingar i din kommune	
Koordinering/samarbeid/dialog	21
Kompetanse	15
Økonomi/ressursar	15
Bustadar	14
Haldningar/fleksibilitet	5
Eksterne	4
Forankring	3
Rutiner	3
Organisering	3
Plan	3
Heilskap	3
Arena	2
Tenester	2

## KOORDINERING, SAMARBEID, DIALOG

Det seier seg på ein måte sjølv at manglande koordinering hemmar samordning. Informantane frå kommunane spesifiserer likevel meir enn som så. Som i spørsmålet om kva som fremmar samordning er kommunane ikkje bedne om å rangere, men ein del har likevel nummerert sine punkt, noko som kjem fram under.

Ansvar, ansvarsdeling og ansvarsfråskrivning internt i kommunen er igjen det temaet som oftast går igjen i svara frå kommunane:

- «1. Uklare interne ansvarsforhold i kommunen.»

Forholdet til spesialisthelsetenesta kan vere avgjerande:

- «Samarbeid med spesialisthelsetenesta fungerer i beste fall svært dårlig, og er fråverande i forhold til ROP pasientane.»

- «Uavklarte samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten»

Andre kommunar slit med å få den fragmenterte organiseringa til å fungere:

- «1. Psykiatritjenesten er i hovedsak lokalisert i en annen kommune p.g.a. interkommunalt samarbeid. 2. Psykiatri og sosialtjenesten høyrer under NAV som er lite tilgjengelig både på telefon og fysisk (de ansatte er mye borte) Resten av tjenestene, boligtildeling, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, dagtilbud er under kommunen...»

Ein del av dei som svarar på spørsmåla nemner samordning meir generelt og rutinar og liknande. Svært få nemner likevel organiseringa direkte som eit hinder for samordning. Dette kan ha samanheng med at det er lett å ta organiseringa for gitt. Det kan også tyde på at personane som jobbar med dette ikkje ønskjer ei anna organisering i seg sjølv, men betre ansvarsdeling, rutinar og formalisering av tverrfagleg samarbeid innafor eksisterande organisering.

Erfaringar frå bustadsosiale utviklingsprogram i kommunane viser at nokre kommunar vel å opprette bustadsosiale einingar, medan andre samordnar innanfor den strukturen som allereie eksisterer.

### **MANGEL PÅ KOMPETANSE HEMMAR SAMORDNING**

Mangel på kompetanse hemmar samordning. Kommunane er forholdsvis lite spesifikke i kva type kompetanse som manglar, men spesifikk kunnskap om menneske med ROP-lidingar vert nemnt. Det same vert «lite fagmiljø» og «tilrettelagt, spesifikk, faglig tilstrekkelig oppfølgingspersonell.»

### **BUSTAD**

Forholdsvis få kommunar nemner at bustaden er med på å fremje samordning av bustadsosiale tenester. Det kan vere at bustaden blir tatt for gitt når det er snakk om kva som fremjar slik samordning. Derimot nemner 15 kommunar at bustaden hemmar samordning av bustadsosialt arbeid i deira kommune.

Mangel på tilpassa bustadar til formålet er gjennomgangstema:

- «Mangelen på eigna bustad er prekært.»
- «Lite tilgjengelige boliger for gruppen (rus/psyk).»

Ramponering av bustadar og manglande oversikt over bustadar er også nemnt som faktorar som hemmar samordning.

### **ØKONOMI OG RESSURSAR**

I alt 15 kommunar trekkjer fram at økonomi og ressursar hemmar samordning av bustadsosiale tenester. Utfordringane er knytt til økonomi, manglande personalressursar og mangel på tid. Meir spesifikt nemner nokre kommunar utilstrekkeleg med oppfølgingspersonell.

## OPPSUMMERING

Kommunane viser seg å ha svært ulike utfordringar. Dette gjer at betre samordning dreier seg om å ta tak i spesifikke utfordringar for kvar enkelt kommune og ikkje om universalløysingar. Fire faktorar ser likevel ut til både å kunne hemme og fremje samordning av bustadsosiale tenester til menneske med ROP-lidingar: Kompetanse, arbeid med samordning, bustad og ressursar. Meir spesifikt vil vi seie at:

- Hovudutfordringa ser ut til å vere å få på plass klare ansvarsforhold i eksisterande organisering. Det vert i liten grad etterspurt endring i organiseringa.
- Tilpassa bustadar til menneske med ROP-lidingar er framleis mangelvare.
- Auka kompetanse på ulike område, men kanskje spesielt knytt spesifikt til ROP-lidingar, er nødvendig. Tverrfagleg kompetanse og tverrfagleg samarbeid lettar samordning.
- Det manglar ressursar i kommunane til tilstrekkeleg kvalitet i oppfølgingsarbeidet.

Ytrehus m.fl. stadfestar våre funn knytt til menneske med ROP-lidingar:

*«Vi ser her at påpekingen av behovet for samordnet innsats i realiteten ofte handler om å finne noen som vil ta et helhetlig ansvar for brukergruppa.... Mer enn at årsaken til mangel på tilbud til brukeren må forstås som et koordineringsproblem, er årsaken at ingen i hjelpeapparatet definerer brukergruppa som sitt ansvar. Koordinering blir trukket fram som løsningen, mens problemet i realiteten er ansvarsfraskrivelse fra det ordinære tjenesteapparatet sin side. I et av casene ser vi også eksempel på en tendens til å vegre seg for å ta på seg oppgaver på grunn av fare for merkostnader.» (Ytrehus et al., 2007, s. 25)*

Kanskje kan eit arbeid med ansvarleggjing ta utgangspunkt i Nasjonale retningslinjer der dei sentrale anbefalingane er at: «1. Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke. 2. For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan. 3. Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid. 4. Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende (Helsedirektoratet, 2012, s. 4)

---

## KVAR STÅR KOMMUNANE ETTER EIGA MEINING?

---

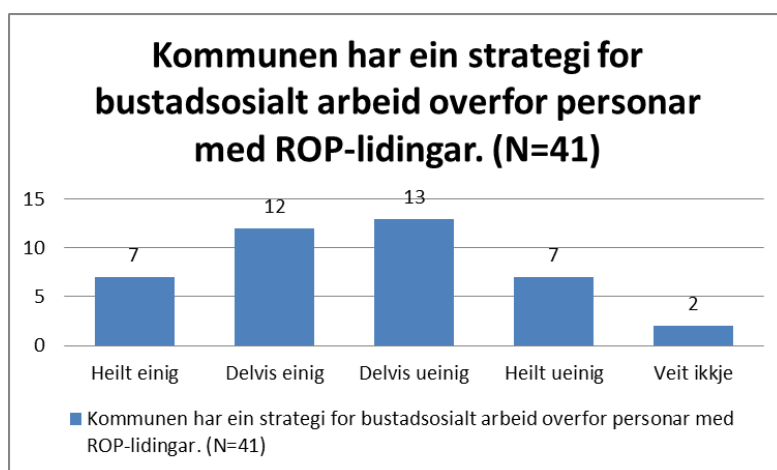
Kvar står så kommunane etter eiga meining? Informantar i kommunane vart i spørjeundersøkinga spurde om forhold knytt til si kommune. I framstillinga under gir vi ei oversikt over svar fordelt på relevante tema for samordning: 1. Koordinering og samordning 2. Kompetanse 3. Haldningar og verdier 4. Bustaden og 5. Strukturelle hindringar. Til slutt i avsnittet tar vi føre oss ulikskapar knytt til kommunestorleik og om kommunane har ei koordinerande eining eller ikkje.

Som nemnt i metodekapittelet, er det den personen i kvar kommune som veit mest om arbeidet med menneske med ROP-lidingar som er utpeika som respondent for undersøkinga. Gjennom heile undersøkinga har respondentane hatt høve til å svare «veit ikkje» på spørsmål. Vi ser at det er få «veit ikkje» på spørsmåla som gjeld brukarar, tilsette, haldningar og bustadane. Men når vi kjem til spørsmåla omkring strukturelle forhold og samspel med politikarar, får vi til dels store innslag av «veit ikkje» - svar. Vi tek difor med «veit ikkje» kategorien» i alle figurar, fordi vi meiner desse svara uttrykker uvisse. Uvisse kan i enkelte tilfelle i seg sjølv vere eit signal på manglande samordning.

### KOORDINERING OG SAMORDNING

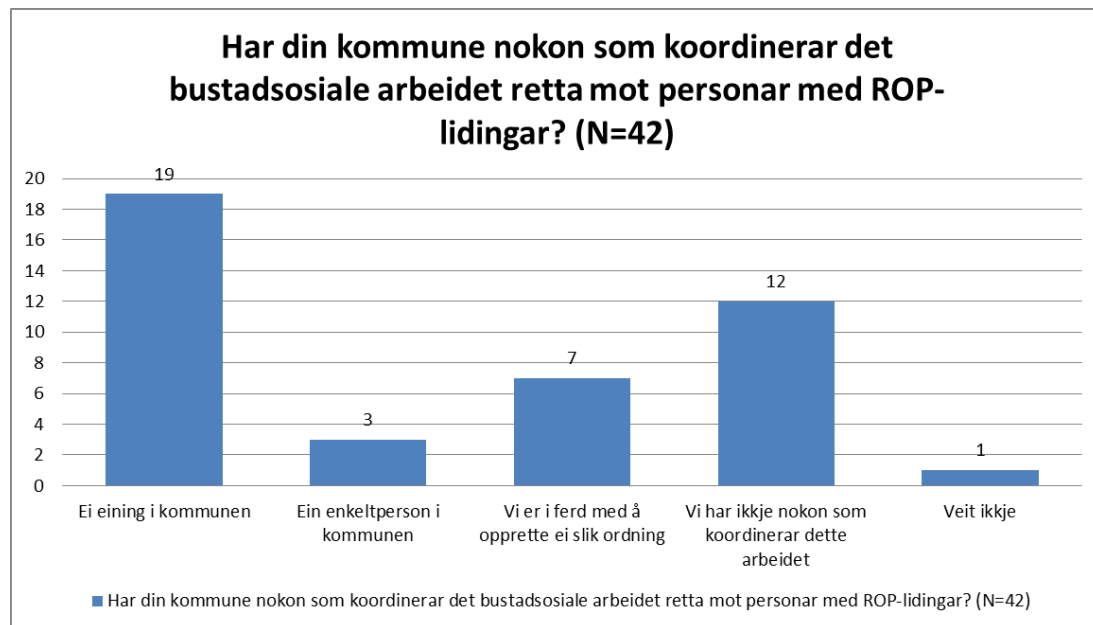
Koordinering og samordning kan skje på ulike nivå: På overordna nivå gjennom plan og strategi, gjennom organisering eller på individuelt nivå gjennom tilfeldige møte i kvardagen eller i planlagde møte. Vi har sett nærare på nokre av desse moglegheitene i kommunane.

Dei aller fleste av respondentane i kommunane er heilt eller delvis enige i at kommunen har ein overordna plan for det bustadsosiale arbeidet generelt.



*Figur 7 viser i kva grad kommunane har ein strategi for bustadsosialt arbeid overfor personar ROP-lidingar. (Absolutte tal.)*

Når det gjeld menneske med samtidig rus- og psykiske lidningar spesielt, vert biletet meir samansett. Berre i 7 kommunar er respondentane heilt einige i at det finst ein strategi for bustadsosialt arbeid overfor denne gruppa (Figur 7).



Figur 8 viser korleis kommunane koordinerer arbeidet retta mot personar med samtidig rusliding og psykisk liding.

Litt under halvparten av kommunane i vår undersøkning har ei eining som koordinerer arbeid retta mot menneske med samtidig rusliding og psykisk liding (Figur 8). Det er forskjellar knytt til kven som har det koordinerande ansvaret i arbeidet overfor denne gruppa. Den mest vanlege modellen er at dette ansvaret ligg under helse og omsorg, men det er også døme på eige bustadkontor, at ansvaret ligg hos NAV og kombinasjonsløyising mellom NAV og helse og sosial.

I om lag tre av fire kommunar meiner respondentane dei har ei organisering internt i kommunen som gjer det lett å samarbeide på tvers av sektorar og at det finst arenaer for tverrfagleg samarbeid på det bustadsosiale feltet. Nærare halvparten av kommunane meiner likevel at dei tilsette ikkje har tid til ei slik samordning.

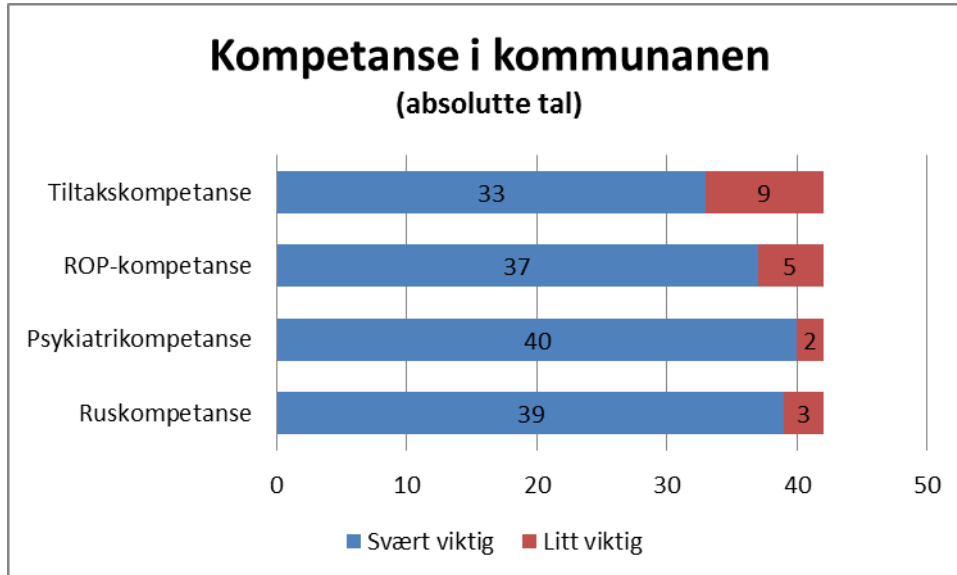
Over halvparten av kommunane peikar på at samordning med eksterne aktørar er ei utfordring, grunna manglande ansvarsfordeling mellom tilsette i kommunen.

Kommunane er altså i liten grad koordinert gjennom overordna strategiar spesielt for arbeid med menneske med ROP-lidingar. Svært mange av kommunane meiner på den andre sida at dei har ei organisering som gjer det lett å samarbeide og at dei har møteplassar. Om lag halvparten av kommunane har ei koordinerande eining i ei eller anna form.

## KOMPETANSE

Som vi såg i førre kapittel peika kommunane på at manglande kompetanse i ei eller anna form var viktig for å hemme samordning, medan god kompetanse var med å fremme samordning av

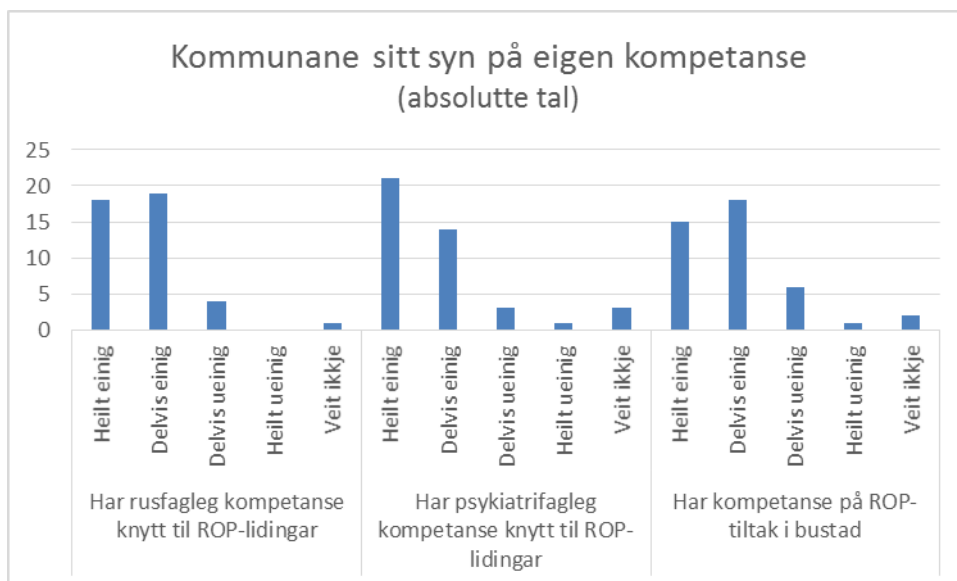
bustadsosiale tenester for menneske med ROP-lidingar. Då vert det eit spørsmål kva kompetanse som er viktig.



*Figur 9 viser at kommunane meiner ulike former for kompetanse er litt eller svært viktig for å samordne tenester til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Tiltakskompetanse dreier seg om kunnskap om ulike verkemiddel, ROP-kompetanse om kunnskap om samansette lidingar.*

Vår undersøking viser at kommunane meiner at alle typar kompetanse er nesten like viktig. Det er behov for både ruskompetanse, kompetanse på ROP-lidingar og kunnskap om psykiske lidingar. Kunnskap om ulike tiltak ser kommunane også på som viktig, men ikkje i same grad.

I vår undersøking har vi også sett nærare på kommunane sitt syn på kva kompetanse dei har.



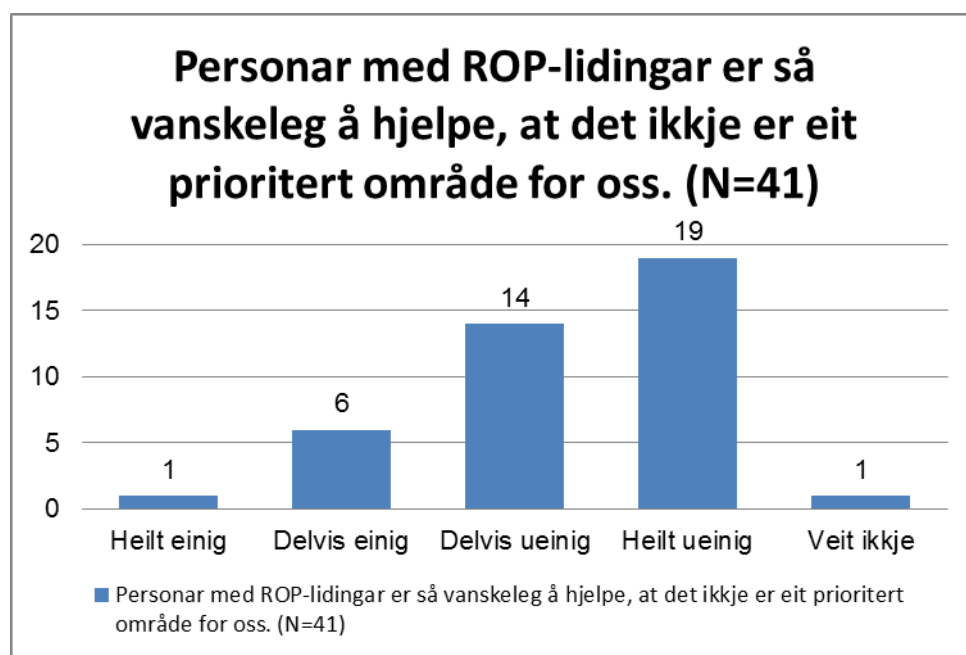
*Figur 10 viser kommunane sitt syn på eigen kompetanse knytt til ROP-lidingar (N=42)*

Kommunane i vår undersøking meiner generelt at dei har fagleg kompetanse på ulike område knytt til ROP-lidingar. Så mange som 37 av kommunane seier seg heilt eller delvis einige i at dei har rusfagleg kompetanse knytt til ROP-lidingar. I alt 35 kommunar seier det same om psykiatrifagleg kompetanse til slikt arbeid. Nokre færre kommunar (33) er heilt eller delvis einige i at dei har kompetanse på ROP-tiltak i bustad (Figur 10).

Ein stor del av kommunane meiner altså at dei har kompetanse på dei fleste område knytt til ROP-lidingar, samstundes som 15 kommunar meiner at mangel på kompetanse er med på å hemme samordning i kommunen (sjå førre kapittel).

### HALDNINGAR OG VERDIAR

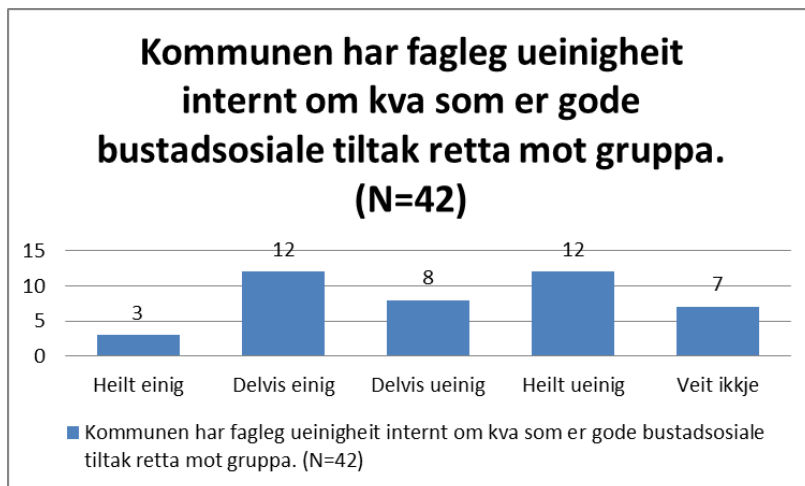
Haldningar og verdiar styrar åtferd og kan såleis bidra til både å forme handlingar og å samordne handlingar mellom ulike delar av organisasjonen. Vi har sett nærare på nokre element knytt til verdiar og haldningar i kommunane.



*Figur 11 viser i kva grad kommunen meiner at arbeidet med ROP ikkje er prioritert fordi denne gruppa er vanskeleg å hjelpe.*

Kommunane er i stor grad ueinige i påstanden om at «personar med ROP-lidingar er så vanskelege å hjelpe, at det ikkje er eit prioritert område for oss». Likevel er faktisk sju av kommunane heilt eller delvis einige i påstanden (Figur 11). Vi veit lite om kva som ligg i dette, men slik det står ser det ut til at desse kommunane har gitt opp denne gruppa.

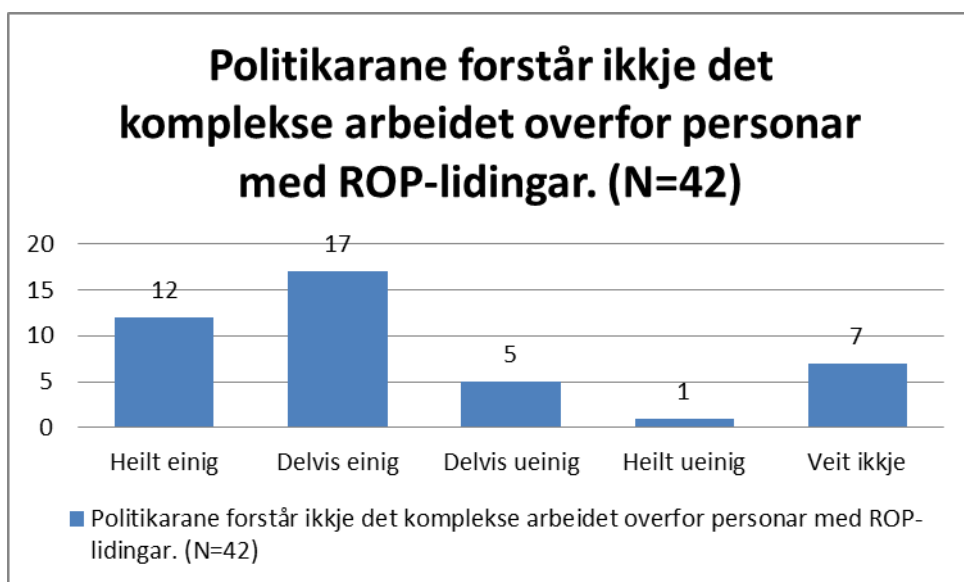




*Figur 12 viser i kva grad kommunen har fagleg ueinigheit internt om kva som er gode bustadsosiale tiltak.*

Når det gjeld utviklinga av eit felles verdigrunnlag er det mogleg ut frå datamaterialet å løfte fram fleire problemstillingar. For det første, trass i at kommunane meiner dei i stor grad har fagleg kompetanse knytt til menneske med ROP-lidingar synest det likevel å vere nokon grad av fagleg usemje i kommunane om kva som er gode bustadsosiale tiltak retta mot menneske med samtidig rusliding og psykisk liding (Figur 12).

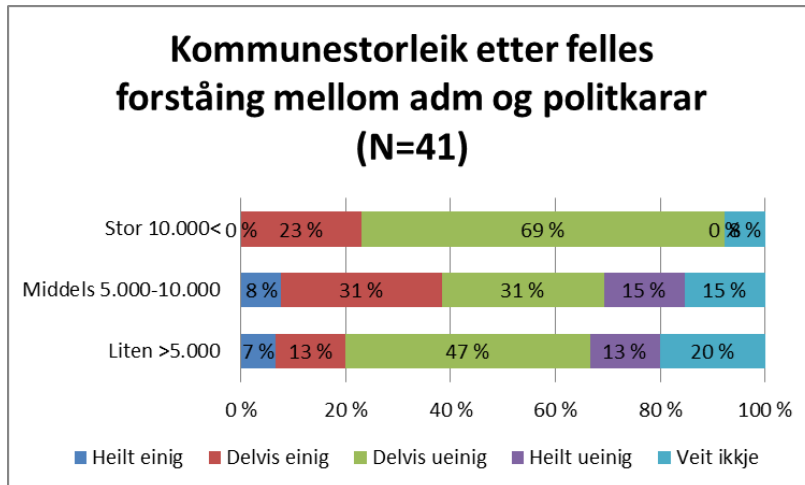
For det andre, samspelet mellom administrasjon og politikk ser ut til å vere eit problemområde for om lag tre av fire kommunar. Det er derfor grunn til å sjå nærare på dette.



*Figur 13 viser i kva grad kommunen opplever at politikarane manglar forståing for det komplekse arbeidet overfor menneske med ROP-lidingar.*

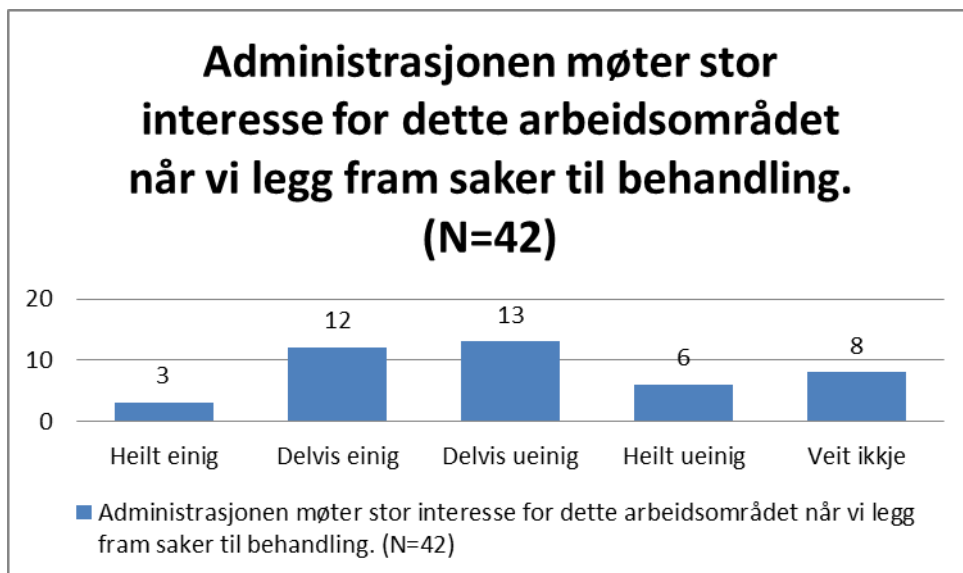
Generelt meiner kommunane at politikarane ikkje forstår det komplekse arbeidet overfor menneske med ROP-lidingar. I alt 29 av dei 42 kommunane seier seg heilt eller delvis einige i at politikarane ikkje forstår det komplekse arbeidet overfor menneske med ROP-lidingar (Figur 13).

Vidare er berre to kommunar heilt einige i at administrasjon og politikarar har ei felles forståing av dei bustadsosiale utfordringane for menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Også på dette spørsmålet rår det ein del uvisse.



*Figur 14: Kommunane i Husbanken region midt meiner generelt at det ikkje er samsvar mellom administrasjonen og politikarane sine haldningar til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding.*

Figuren over viser i kva grad kommunar av ulik storleik i Husbanken region Midt meiner at det er ei felles forståing mellom administrasjon og politikarar knytt til det bustadsosiale arbeidet for menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. Det er forholdsvis stor forskjell mellom dei ulike kommunegruppene. Samstundes er berre fem kommunar heilt eller delvis einige i at politikarane gjev tydelege styringssignalar.



*Figur 15 viser i kva grad administrasjonen i kommunane møter stor interesse for arbeidet med menneske med ROP-lidingar når dei legg fram saker til behandling. (Absolutte tal.)*

Politikarane si interesse for fagfeltet er også ein del av dette biletet. I alt 15 kommunar opplever heilt eller delvis at dei møter interesse for arbeid knytt til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding. 14 kommunar opplever heilt eller delvis at politikarane viser liten vilje til å satse på dette arbeidet.

*Tabell 3 viser samanhengen mellom om menneske med ROP-lidingar blir prioritert og sjansen for å bli kasteball i det kommunale systemet. (N=39)*

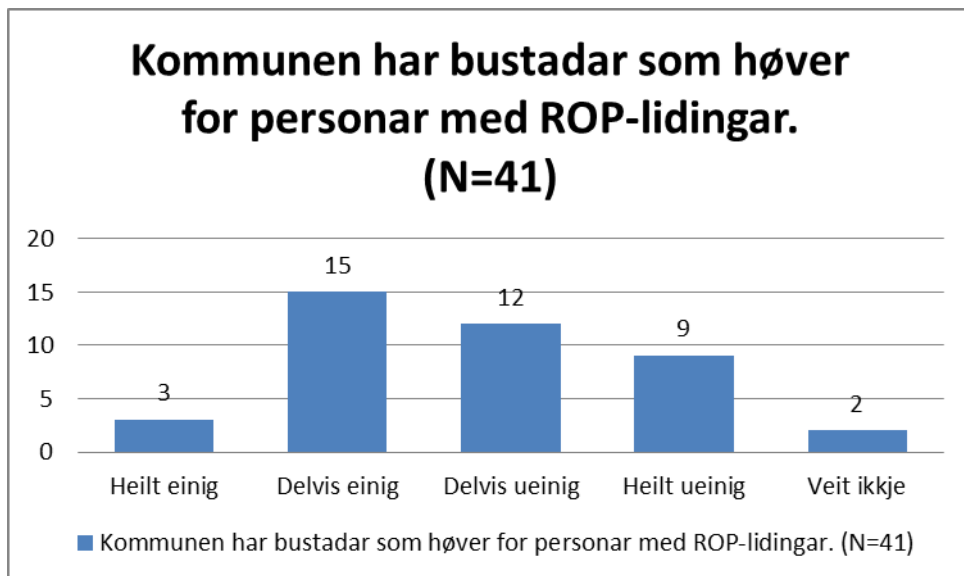
	<b>Menneske med ROP-lidingar ikkje prioritert</b>	<b>Menneske med ROP-lidingar prioritert</b>
<b>Kasteball</b>	7	17
<b>Ikkje kasteball</b>	0	15

Det er så interessant å sjå om menneske med ROP-lidingar vert prioriterte i kommunane. Heile 33 av 39 kommunar meiner at menneske med ROP-lidingar i større eller mindre grad vert prioriterte i kommunen. Tabell 3 viser at dette likevel ikkje er nokon garanti for gode tilbod i kommunane. 24 kommunar meiner menneske med ROP-lidingar blir kasteballar i systemet. Av desse meiner berre sju kommunar at menneske med ROP-lidingar ikkje er prioritert. Tala tyder på at kommunane i mange tilfelle meiner dei prøver å få til gode tilbod, men at dei likevel ikkje klarer å gi gode tilbod og samordne tilboda til denne gruppa.

Alt i alt ser vi altså kommunar som prøver å få til gode tilbod til menneske med ROP-lidingar, men som slit med ei samordna forståing av arbeid knytt til denne gruppa både mellom faggrupper og mellom politikk og administrasjon. I tillegg meiner kommunane at menneske i denne gruppa i stor grad vert kasteballar i systemet.

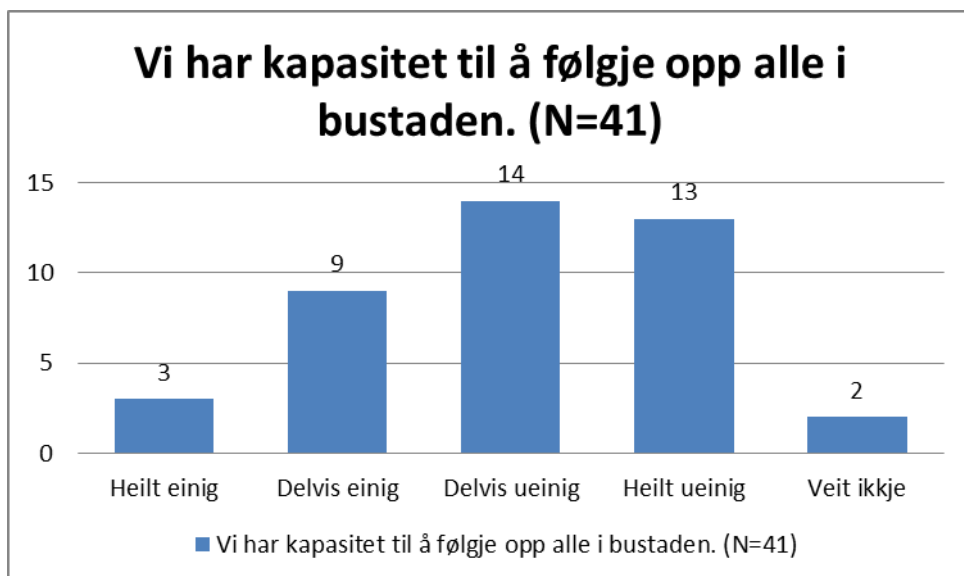
## **BUSTADEN**

Førre kapittel viste at mangel på tilpassa bustadar hindrar god samordning av tenester for menneske med ROP-lidingar. Tidlegare har vi vist at det generelt er stor mangel i kommunane på godt tilpassa bustadar. Det viser seg at kommunane i Husbanken Region Midt-Norge i stor grad meiner dette er tilfelle også i deira kommunar.



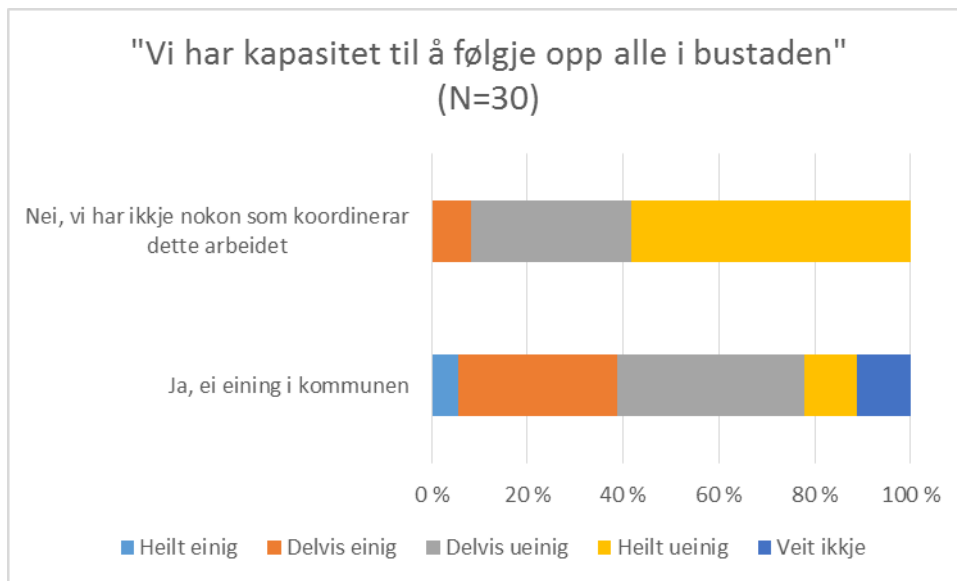
*Figur 16 viser i kva grad kommunen har høvelege bustadar for menneske med ROP-lidingar.*

Over halvparten av kommunane meiner dei manglar høvelege bustader for menneske med ROP-lidingar (Figur 16).



*Figur 17 viser i kva grad kommunane opplever at dei har kapasitet til å følgje opp alle i bustaden.*

Tilpassa bustad består ikkje berre av bygningen. Oppfølging i bustad er i mange tilfelle heilt avgjerande for å få menneske med ROP-lidingar til å fungere i bustaden. Berre tre kommunar er heilt einige i at dei har kapasitet til å følgje opp alle i bustaden (Figur 17).

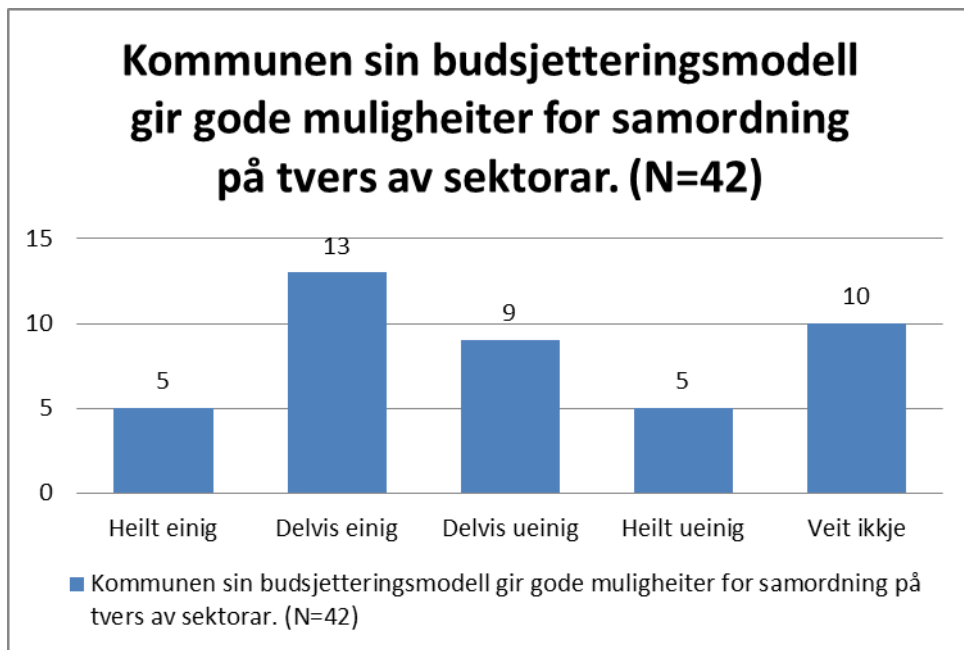


**Figur 18 viser forskjellar knytt til kapasitet til å følgje opp alle med ROP-lidingar i bustaden mellom kommunar som har ei definert eining som koordinerar arbeidet for menneske med ROP-lidingar (N=18) og kommunar som ikkje har ei slik klart defintert eining (N=12).**

**Feil! Fant ikke referanse kilden.** Figuren tyder på at det er klart størst sjanse for å få oppfølging i bustaden dersom brukaren høyrer til ein kommune som har ei eiga eining som koordinerar oppfølging av menneske med ROP-lidingar. Når ein tolkar tala er det verdt å ta med seg at det her dreier seg om få kommunar. 12 kommunar har ei slik samordnande eining, medan 18 ikkje har noko slikt.

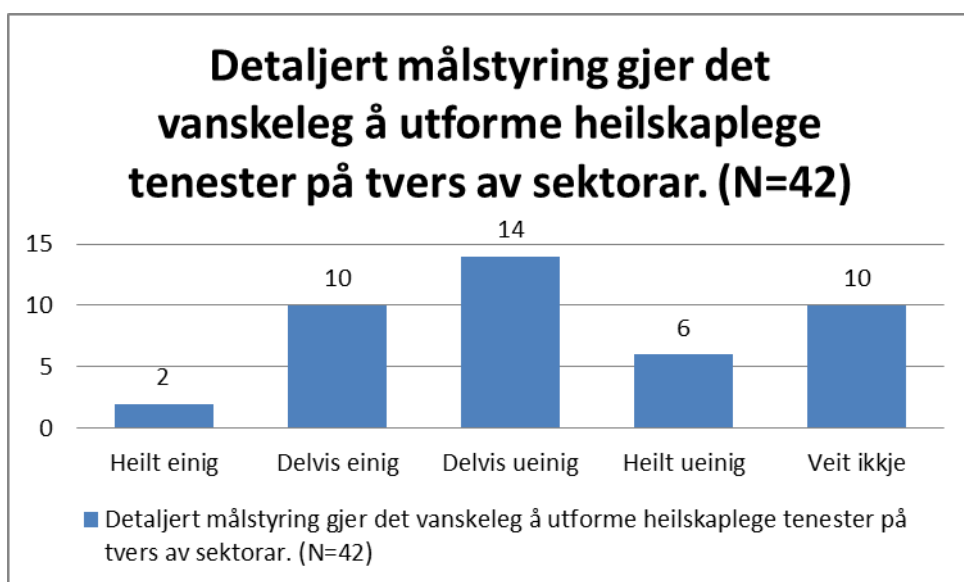
### **STRUKTURELLE HINDRINGAR**

Generelt ser det ikkje ut som strukturelle faktorar som rapporteringssystem og budsjetteringsmodellar vert oppfatta som hemmande for samordning av tenester til menneske med samtidig rusliding og psykisk liding.



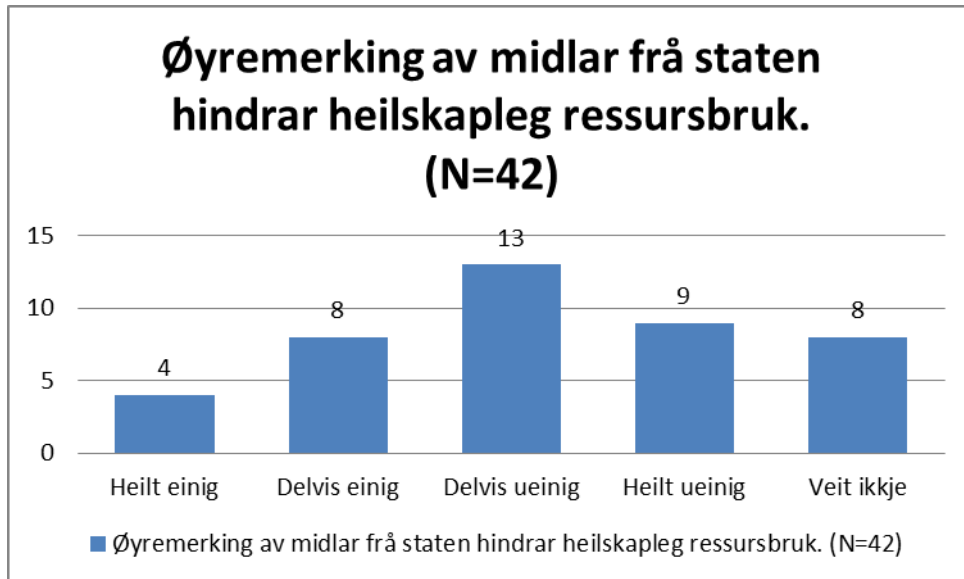
*Figur 19 viser i kva grad kommunane meiner kommunane sin budsjetteringsmodell gjev gode mulegheiter for samordning på tvers av sektorar. (Absolutte tal.)*

Berre fire kommunar er heilt eller delvis einige i at rapporteringssystem (som Kostra) hindrar samordning på tvers av sektorar. I alt 18 av 42 kommunar er heilt eller delvis einige i at kommunen sin budsjetteringsmodell gir gode moglegheiter for samordning. Her er det verdt å merke seg at mange er usikre når det gjeld samanhengen mellom budsjetteringsmodell og samordning på tvers av sektorar.



*Figur 20 viser i kva grad detaljert målstyring gjer det vanskeleg å utforme heilskaplege tenester på tvers av sektorar.*

Samla sett opplever heller ikkje kommunane at målstyring er eit stort hinder for samordning (Figur 20). Men mange kommunar er usikre på kva som eventuelt er samanhengen mellom målstyring og heilskaplege tenester på tvers av sektorar.



Figur 21 viser i kva grad øyremerking av midlar frå staten hindrar heilskapleg ressursbruk.

Øyremerking av midlar frå staten blir heller ikkje opplevd av kommunane sett under eitt, som eit særleg stort problem (Figur 21).

### **EI KOORDINERANDE EINING ELLER IKKJE EI KOORDINERANDE EINING – DET ER SPØRSMÅLET**

Som nemnt tidlegare opplyser 19 kommunar at dei har ei eiga eining som koordinerer det bustadsosiale arbeidet retta mot menneske med ROP-lidingar. Når kommunane skal spesifisere kvar i kommuneadministrasjonen denne eininga ligg, viser det seg at variasjonane er store mellom kommunane. Mest vanleg er ei plassering i helse- og sosialetaten, men rustenesta i NAV vert også nemnt, det same vert helse og familieeining og verksemd for helse og rustiltak, for å nemne nokre eksempel. At ansvaret er lagt til ulike delar av kommunen er eit resultat av ulik kommunal organisering, men reflekterer truleg også at menneske med ROP-lidingar treng bistand frå eit breitt spekter av kommunale tenester og derfor ikkje fell naturleg på plass i den ordinære funksjonsdelinga i den kommunale organiseringa.

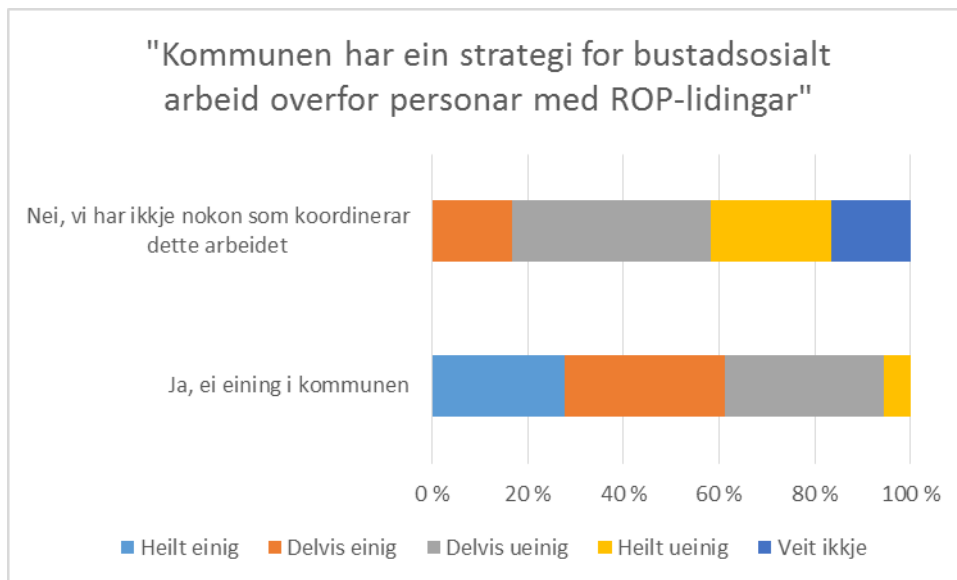
At enkelte av kommunane har ei koordinerande eining som har ansvar for arbeidet med menneske med samtidig rusliding og psykisk liding, medan andre ikkje har det, gjer det mogleg å sjå korleis ei slik koordinerande eining påverkar ulike sider ved det bustadsosiale arbeidet overfor denne gruppa. Vi finn at ei koordinerande eining generelt: 1. Gjer kommunane meir bevisste. 2. Fremjar tverrfagleg samarbeid på det bustadsosiale feltet. 3. Gjer at kommunane har mindre fagleg usemje. 4. Aukar sjansen for at kommunen meiner dei har ulike typar kompetanse på utfordringar knytt til ROP-lidingar. 5. Gjer at kommunen kjem betre ut når det gjeld eiga oppleving av konkrete tenester og tilbod for denne gruppa, som betre dekning av tilpassa

bustadar, betre høve til oppfølging i bustaden og mindre kjensle av at menneske med ROP-lidingar blir kasteballar i systemet.

Vi skal sjå nærare på dette under. *For å illustrere, har vi nytta prosentar i framstillinga. Talet kommunar er lite. Bruk av prosentar i ei ein slik samanheng kan derfor vere problematisk, sidan få kommunar vil gjere store utslag. Der dermed likevel verdt å lese framstillinga med dette i bakhovudet.*

### STØRRE BEVISSTHEIT

Det ser ut til at det å ha ei koordinerande eining med spesielt ansvar for denne gruppa gjer kommunane meir bevisste på det bustadsosiale arbeidet overfor denne gruppa.



*Figur 22 viser kor stor del av kommunane med (N=18) og utan (N=12) ei eining som koordinerer arbeidet retta mot menneske med ROP-lidingar som meiner dei har ein strategi for bustadsosialt arbeid overfor personar med ROP-lidingar.*

Medan over 60 prosent av kommunane som har ei koordinerande eining som er ansvarleg for menneske med ROP-lidingar heilt eller delvis oppfatar at dei har ein strategi for bustadsosialt arbeid overfor personar med ROP-lidingar, oppfatar under 20 prosent av kommunane utan ei slik eining det same.

### FREMJAR TVERRFAGLEG SAMARBEID

Ei koordinerande eining fremjar tydelegvis også tverrfagleg samarbeid på det bustadsosiale feltet:

- Over 80 prosent av kommunane med ei ansvarleg eining for menneske med ROP-lidingar meiner det finst arenaer for tverrfagleg samarbeid på det bustadsosiale feltet, medan om lag halvparten av kommunane utan ei slik eining meiner det same.



- Om lag 90 prosent av kommunane med ei eining som koordinerer tenester overfor menneske med ROP-lidingar meiner kommunen (heilt eller delvis) har ei intern organisering som gjer det lett å samarbeide på tvers av sektorar. Berre om lag 50 prosent av kommunane utan ei slik eining meiner det same.

### **MINDRE FAGLEG USEMJE**

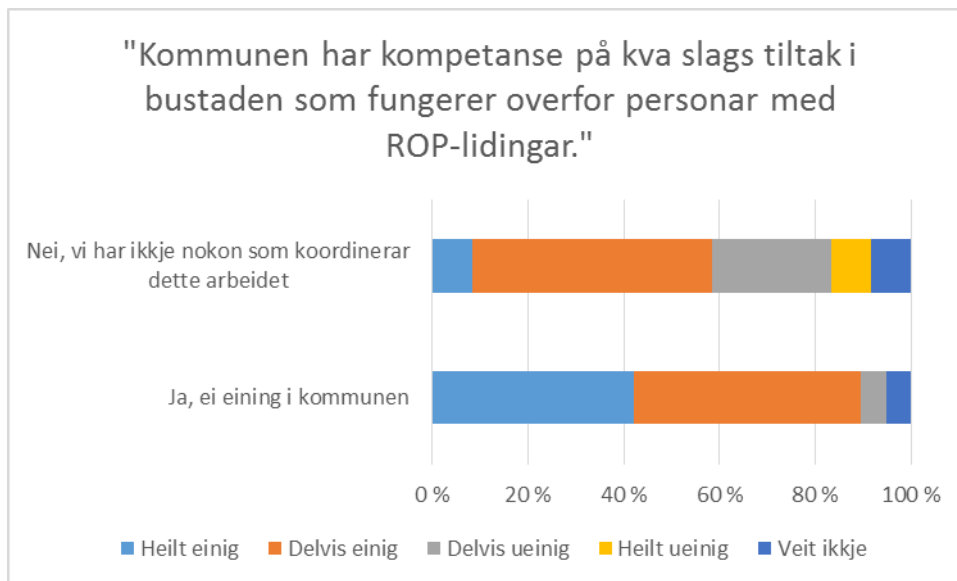
Kommunane med ei ansvarleg eining for menneske med ROP-lidingar ser også ut til å ha mindre fagleg usemje:

- Berre om lag 25 prosent av kommunane med ei ansvarleg eining meiner kommunen delvis har fagleg usemje om kva som er gode bustadsosiale tiltak retta mot menneske med ROP-lidingar. Om lag 50 prosent av kommunane utan ei slik eining er heilt eller delvis einige i at kommunen har ei slik fagleg usemje.
- Vel 40 prosent av kommunane med ei eining som er ansvarleg for menneske med ROP-lidingar meiner heilt eller delvis at det er ei felles forståing mellom administrasjon og politikarar. Berre nokre få kommunar som ikkje har ei slik ansvarleg eining meiner det same.

### **AUKAR KJENSLE AV KOMPETANSE**

Det ser også ut til at ei koordinerande eining aukar kjensla av at kommunen har ulike typar kompetanse på utfordringar knytt til ROP-lidingar:

- Det er store forskjellar når det gjeld psykiatrifagleg kompetanse. I alt 13 av 19 kommunar med ei koordinerande eining på det bustadsosiale arbeidet retta mot personar med ROP-lidingar er heilt einige i at dei har psykiatrifagleg kompetanse på korleis dei kan jobbe overfor denne gruppa. Fire kommunar i denne kategorien er delvis einige i ein slik påstand. Til samanlikning er berre ein kommune utan ein koordinerande eining heilt einig i ein slik påstand. Sju av 12 kommunar er likevel delvis einige i det same.
- Dei aller fleste kommunane i utvalet meiner dei har rusfagleg kompetanse overfor denne gruppa. Det er likevel også for denne typen kompetanse ein tendens til at kommunar med ein koordinerande eining har større sjans til å meine dei har rusfagleg kompetanse



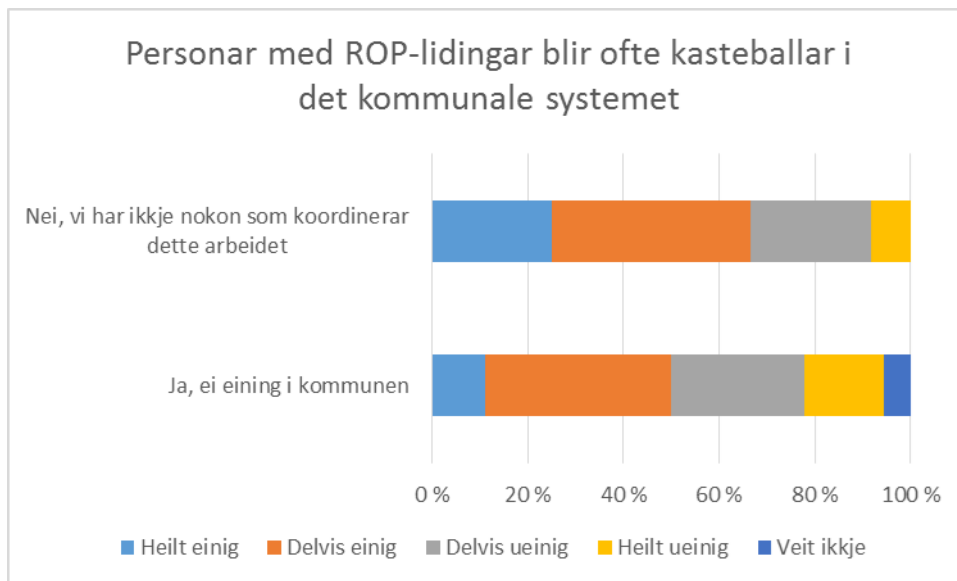
Figur 23 viser kor stor del av kommunane med (N=19) og utan (N=12) ei eining som koordinerer arbeidet retta mot menneske med ROP-lidingar som meiner dei har kompetanse på «tiltak i bustaden som fungerer overfor personar med ROP-lidingar»

- Figuren over viser at ein større del av kommunar med ei koordinerande eining i kommunen enn utan også meiner dei har kompetanse på kva slags tiltak i bustaden som fungerer overfor personar med ROP-lidingar.

## TENESTER OG TILBOD

Når det gjeld konkrete tiltak og tilbod kjem også kommunane med ei koordinerande eining best ut:

- Dei meiner i større grad dei har bustadar som høver for personar med ROP-lidingar (55 prosent/ 33 prosent er heilt eller delvis einige i dette)
- Kommunane med ei koordinerande eining meiner i større grad dei har høve til å følgje opp alle i bustaden sjølv om dette i begge grupper gjeld få kommunar (33 mot 8 prosent).



*Figur 24 viser prosent av kommunar i Husbanken region midt som meiner at personar med ROP-lidingar ofte blir kasteballar i det kommunale systemet. Kommunane er fordelt på kommunar med (N=18) og utan (N=12) ei koordinerande eining for det bustadsosiale arbeidet retta mot personar med ROP-lidingar.*

- Kommunar med ei koordinerande eining er også i mindre grad einige i at menneske med ROP-lidingar blir kasteballar i det kommunale systemet, sjølv om talet for begge grupper kommunar er høgt. (50 prosent/67 prosent er heilt eller delvis einige i at menneske med ROP-lidingar blir kasteballar i det kommunale systemet).

### **ULIK KOMMUNESTORLEIK, ULIKE UTFORDRINGAR**

På nesten alle område varierer utfordringane sett i høve til kommunestorleik. Vi veit ikkje kva som ligg bak desse forskjellane, men dette er såpass tydeleg i datamaterialet at vi gjer ei lita oppsummering her.

#### **DEI SMÅ KOMMUNANE**

Kommunane med under 5000 innbyggjarar ser ut til å ha visse særtrekk:

*På overordna nivå*

- Dei små kommunane uttrykkjer at dei i mindre grad har etablerte planar og strategiar for arbeidet overfor menneske med samtidig rusliding og psykisk liding.

*Når det gjeld organisering og samordning*

- I mange små kommunar er plassering av koordinerande funksjon uavklart eller usikker og mange små kommunar meiner det krev eldsjeler for å følgje opp denne gruppa i bustaden.
- Dei små kommunane er mest pressa på tid til å samarbeide på tvers av fag.

- Nær halvparten opplever fagleg usemje internt om kva som er gode bustadsosiale tiltak for menneske med ROP-lidingar.
- Dei små kommunane opplever ikkje at dei får tydelege styringssignal frå politikarane

#### *Når det gjeld oversikt*

- Noko overraskande viser undersøkinga at dei minste kommunane også uttrykkjer minst personleg kjennskap til den enkelte.
- Dei minste kommunane manglar i større grad individuelle planar for den enkelte
- Dei minste kommunane er mest usikre på kva slags tiltak i bustaden som fungerer
- Dei minste kommunane opplever i størst grad at menneske med ROP-lidingar er så vanskelege å hjelpe at arbeidet i liten grad blir prioritert
- I 10 av dei 15 småkommunane blir menneske med ROP-lidingar kasteballar
- Det er stor uvisse i dei små kommunane knytt til korleis kommune og helseføretak samordnar skildring av funksjonsnivå
- Dei små kommunane er mest usikre på spørsmål som gjeld lokale politikarar og opplever minst interesse frå politikarane for arbeidsområdet.

#### *Når det gjeld bustadar*

- Det er mangel på bustader som høver for menneske med ROP-lidingar.

Dei minste kommunane er også i større grad enn dei andre kommunane i tvil om dei bustadsosiale tilboda til menneske med ROP-lidingar blir betre framover.

### **DEI MELLOMSTORE KOMMUNANE**

Kommunane med mellom 5.000 og 10.000 innbyggjarar liknar i dei fleste spørsmål anten på dei små kommunane eller på dei store. Men det er nokre få område der denne kommunetypen skil seg frå dei to andre gruppene:

- Dei mellomstore kommunane har størst grad av semje om kva som er gode bustadsosiale tiltak for menneske med ROP-lidingar.
- Det er minst sjanse for menneske med ROP-lidingar å bli kasteball i dei mellomstore kommunane.
- Det er størst uvisse omkring graden av koordinering av funksjonsnivå mellom kommunen og helseføretaka.
- Det er størst usikkerheit om budsjetteringsmodellen gir gode mulegheiter for samordning på tvers.
- Det er størst interesse for saker som gjeld menneske med ROP-lidingar når sakene blir lagt fram for politisk behandling.
- Det er størst uvisse omkring i kva grad politikarane viser vilje til å satse på ROP-området.

### **DEI STORE KOMMUNANE**

Kommunane med meir enn 10.000 innbyggjarar ser ut til å ha særtrekk knytt til desse områda:

- I nær halvparten av kommunane er koordinering av bustadsosialt arbeid for ROP-gruppa lagt til Helse og omsorg.
- Dei største kommunane har betre tid til å samarbeide på tvers av fag.
- Dei største kommunane har størst semje omkring kva som er gode tiltak for ROP-gruppa.
- Arbeidet med menneske med ROP-lidingar er høgast prioritert i dei største kommunane.
- I alt 10 av 13 store kommunar manglar kapasitet til oppfølging av alle i bustaden.
- Halvparten av dei store kommunane opplever at øyremerking av midlar frå staten hindrar heilskapleg ressursbruk.
- I alt 11 av 13 store kommunar opplever manglande politikarforståing.
- Det er berre store kommunar som melder om tydelege styringssignalar frå politikarane, men politikarane viser manglande vilje til å satse på ROP-gruppa i dei store kommunane.
- 8 av 10 store kommunar opplever ei meir heilskapleg tilnærming til arbeidet med menneske med ROP-lidingar siste 3 år.

## OPPSUMMERING

Korleis skal vi så forstå det som er presentert tidlegare i dette kapittelet? Vi vil kategorisere måtar å samordne innsatsen for menneske med ROP-lidingar i tre: Gjennom formell organisering, gjennom verdier og gjennom formelle planar og strategiar.

Når det gjelder *formell organisering* viste førre kapittel at kommunane i liten grad etterspør ny bustadsosial organisering. Formelle strukturar som budsjetteringsmodellar, detaljert målstyring og øyremerking av ressursar frå staten opplever ein del kommunar som hemmande for heilskapleg ressursbruk og tenester, og dette er verdt å merke seg. Det er truleg likevel ikkje på dette området utfordringane er størst.

Talmaterialet viser på den andre sida at opprettinga av ei eining som har ansvar for menneske med ROP-lidingar synest å fremje oppfatning av samordning og kompetanse i kommunane. Det ser også ut til å minske usemje om måtar å arbeide på og utvikle betre tilbod og tenester i kommunane. I alt 19 av 42 kommunar har ei slik eining.

*Formelle planar og strategiar* er meint å leggje føringar for handlingar. Respondentar frå dei fleste kommunane opplever at dei har ein overordna plan for det bustadsosiale arbeidet. Biletet vert meir samansett når det meir spesifikt gjeld strategi for bustadsosialt arbeid overfor personar med ROP-lidingar. Nesten halvparten av kommunane opplever likevel at dei har ein slik strategi. I denne samanheng gjenstår sjølvstøtt spørsmålet om planar og strategiar verkeleg legg føringar for arbeidet i kommunane...

Når det gjeld *haldningar og verdier* er det mest slåande at kommunane i stor grad opplever at politikarar og administrasjonen ikkje går i same retning. Informantane i berre 15 av kommunane opplever at det er politisk interesse for området.

Dersom vi skal summere opp, kan vi seie at det i kommunane står igjen arbeid med å utvikle einingar som kan koordinere arbeidet spesielt retta mot personar med ROP-lidingar. Det er i tillegg behov for å utvikle meir eintydige strategiar for denne gruppa - strategiar som det er

kunnskap og semje om både internt i administrasjonen og mellom administrasjon og politikarar. Det er likevel naudsynt å hugse at kommunane er svært forskjellige og dermed også har behov for å arbeide på forskjellige måtar. Dette kjem også klart fram i datamaterialet.

I tillegg har kommunane sjølv svart i spørjeundersøkinga at *kompetanse* er ein viktig faktor for å samordne bustadsosiale tenester til denne gruppa. Datamaterialet gir på dette området kanskje fleire spørsmål enn svar. Kva betyr det at kommunane i stor grad meiner dei har spesifikk kompetanse inn mot sentrale område som rus, psykiatri og tiltakskompetanse for menneske med ROP-lidingar, samtidig som dei opplever kompetanse som en viktig hemmar for samordning av tenester i sine kommunar? Vi ser at om lag halvparten av kommunane opplever fagleg usemje om kva som er gode bustadsosiale tiltak retta mot denne gruppa. Er dette grunnen? Skuldast det ulike verdiar og haldningar? Roar Stangnes frå Tromsø kommune påpeiker at det er ein forretningskultur, ein forvaltningskultur og ein omsorgskultur som møtest i det bustadsosiale arbeidet og at dette skapar utfordringar.<sup>11</sup> Er det slik at kommunane har kompetanse, men slit med å foreine ulike kompetansar? Eller er det slik at det er ein heilt annan type kompetanse som trengst på dette området? Det kan hende, men datamaterialet gir ikkje noko eintydig svar.

Samstundes ser vi også at det er forskjellar mellom ulike typar kommunar, der dei minste kommunane verkar som dei arbeider mindre heilskapleg innafor det bustadsosiale feltet og også at dei har mindre tru på at forholda skal betre seg. Datamaterialet seier lite om årsaker til forskjellane. Dette kan handle om storleiken i seg sjølv og moglegheita til å byggje fagmiljø. Det kan også handle om Husbanken si prioritering av dei største kommunane – noko som har skapt fokus på det bustadsosiale arbeidet i dei store kommunane.

---

<sup>11</sup> Foredrag frå programsamling Bustadsosialt utviklingsprogram for Husbanken Region Midt 11. februar, 2014.

---

## KOMMUNAR SOM FÅR DET TIL?

---

Kommunane har stor fridom til å organisere det bustadsosiale arbeidet. Vi har sett nærare på organiseringa i fleire kommunar som har kome langt i å få til gode løysingar for det bustadsosiale arbeidet generelt og for menneske med ROP-lidingar spesielt. No skal vi sjå nærare på to av desse kommunane. Meininga med kommunehistoriene er ikkje å gi ein fasit for arbeidet med menneske med ROP-lidingar, men å gi eit bilete av hovudtrekka i kva to kommunar har valt å gjere.

### KOMMUNE A: EI VERDIFORANKRA OMLEGGING

Vår informant arbeider i rådmannen sin stab. Jobben har han hatt i to år. Han jobbar ikkje direkte med klientar, men med samordning av områda teknisk, framskaffing av bustader og tenester knytt til bustad. Han har ein sentral bestillarfunksjon i kommunen og har to medarbeidarar i lag med seg. Før han tok til i denne stillinga hadde han arbeid på leiarnivå i kommunen i mange år, innafor litt ulike felt. Han har lang erfaring med arbeid med vanskelegstilte grupper, også direkte kontakt med einskildmenneske. Planleggingskompetansen har kome til etterkvart. Kommunen har ei eiga eining med ansvar for menneske med ROP-lidingar.

### PÅ FLEIRE FRONTAR

I utviklinga av det bustadsosiale arbeidet starta kommunen i ein annan ende enn dei fleste andre. Informanten gjekk gjennom alle rapportar på området på leit etter suksesskriterier, og laga ei programsatsing. Satsinga vart materialisert som ei stor matrise med aktivitetar på alle suksesskriteria. Han trur Husbanken nok hadde ynskt seg fleire nybygde bustader i ein tidleg fase, men meinte at for å lykkast måtte dei sjå summen av 30 prosjekt parallelt:

*«Vi måtte angripe kommunen på alle nivå samtidig, elles ville vi ikkje få til noko.»*

Slik var det ingen andre kommunar som gjorde.

### EI VERDIBASERT UTVIKLING

Alt i startfasen gjekk eit samrøystes kommunestyre med på å vedta eit verdigrunnlag, formulert i eit langt drøftingsdokument med 10-12 viktige moment. Stikkord var mellom anna bustad fyrst, leige til eige, fattigdomsperspektiv, bryte ut av dagens mønster og kome seg inn på bustadmarknaden for å få med seg verdistinga. Dette verdigrunnlaget gjeld alle, og verdigheitsomgrepet eksisterer ikkje i dette grunnlaget. Som eit resultat er bustaden nedfelt i kommuneplanen som den fjerde samfunnspilaren.

Kommunen laga også ein minimumsstandard for kva ein bustad skal vere, der dei har slått fast kva akseptabel standard for bustad er, helse og tilknytning til samfunnet. Stikkord frå denne

standarden er definisjon på kva som er ein bustad, kva den skal innehalde, korleis den skal sjå ut og kvar den skal ligge. Standarden har blitt ei rettesnor for arbeidet i kommunen.

### **ORGANISERING AV DET BUSTADSOSIALE ARBEIDET**

Kommunen har oppretta ei eiga tverrfagleg styringsgruppe for det bustadsosiale programarbeidet. Gruppa møtest kvar 6. veke for å diskutere problemstillingar og økonomi. Her deltek alle dei sentrale einingane: Leiar for arbeidet, leiar for eigedomsføretaket, rådmann, NAV-leiar, tenesteleiarar for rus/psykisk helse, barn og oppvekst, plansjefen. Vår informant er sekretær for denne gruppa. Arbeidet i styringsgruppa gir også intern tverrfagleg kompetanseheving.

I tillegg har kommunen eit formelt organ som dei kallar behovsutval, med jamleg innkalling, for tenester med bustadbehov. Her deltek barnevernstenesta, tenesta for funksjonshemma, omsorgstenesta for eldre, omsorgstenesta for rus og psykiatri og NAV. Desse møta er mellom anna kjelde til oversikt over behova framover, og legg føringar for korleis anskaffingsregimet bør sjå ut inn mot neste års plan.

Dessutan er informanten som er i ein bestillarfunksjon i dagleg, eller i det minste kvar veke, i kontakt med dei ulike tenestene om ulike utfordringar, altså kommunikasjon jamt og trutt.

Kommunen har eige bustadkontor som yter service overfor einskildindivid. Til dømes er det dei som forvaltar startlånsordninga, søknader om tilskot til tilpassing, og etableringstilskot. Det er bustadkontoret som arbeider med oppfølging av alle som søker bustad. Det er nettopp lagt inn to nye årsverk i bustadkontoret, som spesielt skal ta seg av dei som ikkje har enkeltvedtak innafør rus og/eller psykiatri. Det er også bustadkontoret som tildelar bustadane.

Kommunen har også satsa på ROP-team, som besøker folk heime.

### **BUSTADFILOSOFI**

Etter kvart er heile planhierarkiet prega av ein tenkemåte som tilseier at alle innbyggjarar skal ha ein god bustad og kommunen har også eit prinsippvedtak på at alle kommunale bustader skal vere del av eit heile. Det skal ikkje lenger vere flyktningbustad, rusbustad eller psykiatribustad. Framover skal alle bustader heite omsorgsbustader. Det er framleis litt veg igjen å gå før dette er på plass, i mange tilfelle fordi Husbanken har lagt føringar når dei har tildelt midlar til nyoppførte bustader. Om det er bygt ein bustad med tilskot som flyktningbustad, er det berre flyktningar som kan bu der, enn så lenge.

Det er eit ynskje at ikkje alle menneske med ROP-lidingar skal bu på same stad, og ikkje i bufellesskap. Det er ein klar strategi at dei skal busettast på ulike plassar. Informanten meiner det er lettast å få til gode løysingar med små einbustader bygde i tun, 2-3 saman. Dette bidreg også til at det blir enklare for dei som jobbar i felt å følgje opp ute, altså ambulante team.

Informanten vektlegg at menneske med ROP-lidingar også må få ein høgare standard, sjølv om dei slit med å halde bustaden i orden. Det er ein del av ROP-lidinga, og det må kanskje vere ein del av behandlinga med rettleiing og litt hjelp.



## BREITT SAMPEL

Eit anna viktig grep kommunen har gjort, er at dei har kopla fagplanar med økonomiplanar gjennom det som programleiaren kallar ein anskaffingsøkonomi. Han forklarar det med at kommunen går frå å jakte dårlege leigebustader til å bygge, kjøpe og initiere eigne bustadprosjekt. For å få til dette har kommunen nedsett ei felles styringsgruppe for bustadsosial handlingsplan og bustadplanane, handlingsplan mot barnefattigdom og levekårsforskjellar, næringsplan og arealplan. Dei planane som har arealutfordringar kjem fyrst i rekkefølge, slik at arealplanen då kan løyse ut arealbehova, spesielt innafor det sosiale feltet. Gjennom det har kommunen kome i ein posisjon der det som er målsett i år er finanisert i år.

Med ein sentral bestillarfunksjon, vil kommunen sjå alle innbyggargruppene samla på bustadfeltet. Bestillarfunksjonen skal halde orden på økonomi, tenestebehov og bestillingar, samt kompetansebehov i organisasjonen.

*«Om vi ikkje kjem i mål alltid, så kjem vi i alle fall vidare, steg for steg. Det viktigaste er å bevege seg. Den kommunale vegen går litt i sikksakk nokre gongar, så ein må vite kvar ein skal.»*

Parallelt med arbeidet lagt ned gjennom Husbanken si programsatsing er det også etablert eit felles datasystem der alt av vedlikehald, rekneskap og fakturering blir lagt inn. Det nye datasystemet har også vore eit kjempeløft. Alle bustadane har eit objektnummer i systemet, med merknader knytt til det. Mellom anna er det laga oversikt over bustader som held for dårleg standard. Ved kvar kontraktfornying er det full gjennomgang for å vurdere om brukaren kan klare å kjøpe eigen bustad. Ved kvar inn- og utflytting går bustaden gjennom eit vedlikehaldsprogram, som syter for at bustadane jamt og trutt blir løfta til kommunen sin minstestandard.

## SAMPELET MED EKSTERNE

Målet er at tidleg innsats ved oppfølging i bustaden bør vere ein del av arbeidet. Informanten seier at også spesialisthelsetenesta flyttar merksemda si ut i bustaden, og behandling der. Når kommunen bygger nye bustader no, tenker dei på korleis dei som skal bu der skal følgjast opp i neste omgang:

*«Vi seier ikkje at du må vere rusfri for å få ein eigen bustad. Vi koplar ikkje helsetilstand eller rus opp mot ei type trapp. Her har du tilgang på ein bustad, og så kan bustaden vere utgangspunkt for å jobbe med ei type rusavhengigheit. Det er meir aksept for at nokre innbyggjarar kanskje ikkje klarar å bli rusfrie. Men at vi likevel skal jobbe med dei ut frå det som er muleg.»*

Sjølv om Husbanken si programsatsing blir opplevd som eit løft og eit godt utgangspunkt for å betre det bustadsosiale arbeidet i kommunen, opplever programleiaren også samarbeidet med Husbanken som noko frustrerande til tider. Det at dei fleste tilskot til nyoppføring er øyremerka bestemte målgrupper, gjer at det ikkje alltid blir dei menneska i kommunen som treng det mest som får bustad fyrst. Han synes også at Husbanken burde tileigna seg større kompetanse på kva som er drivkrefter og motkrefter på kommunenivå, kva det eigentleg krev å få ein kommune i

bevegelse utover det å bygge ein og annan bustad. Han trekkjer også fram at det er ein tendens både hos Husbanken og andre sentrale myndigheiter å kople tilskot til ein metodikk, i staden for å støtte det ein kommune gjer innafor si organisering. Kommunen må då snu fokuset etter pengane i staden for å få utnytta dei ressursane dei alt har. Som konkret døme nemner han at kommunen ikkje har kunna kalle si satsing for «Housing First» fordi ikkje alle kriteria innafor den metodikken er oppfylt. Dermed har dei gått glipp av merksemd og midlar som dei elles ville fått.

*«Det å sjå bustaden som den fjerde velferdspilaren er meir enn eit honnørord, det skal få praktisk tyding.»*

### **TIDSHORISONT**

Informanten seier at det vanskelege i grunnen ikkje er å byggje bustader, men å frigjere midlar til buoppfølging i form av personalressursar som skal gå over år. Han seier at kommunen har slite med å samkøyre bustadforvaltning, bemanning og målsettingar, for å få ein heilskap. Det har tatt tid, men han synest det no endeleg har byrja bli litt orden på det.

Sirkelen er då på mange vis slutta, det som starta med verdiar må omsettast i praktisk handling. Leiaren meiner at det bustadsosiale feltet er mykje etikk, korleis vi skal ha det i samfunnet vårt. Då blir også sakene tverrpolitiske. Han seier difor at dei politiske skifta er ei utfordring. Det som har gått bra i tre-fire år kan plutselig bli svært vanskeleg eller umuleg. Han trur mange gløymer å ha ei politisk årvåkenheit, og fortel at mykje av arbeidet hans består i å bearbeide politikarane slik at han veit kvar han har dei. Ved politiske skifte blir heile denne finstilte balansen skipla, og han må starte forankringsarbeidet på nytt. Det er altså ikkje enkeltpolitikarane i seg sjølv, men fireårsperspektivet dei arbeider i som er krevjande. Slik blir arbeidet for betra bustadsosiale tenester aldri ferdig, det vert opplevd meir som ei jamleg overvaking av om kommunen gjer det dei har sagt at dei skal gjere, på ein måte dei har tru på.

*«Den største jobben var å gå inn i ein tidleg fase og etablere eit verdigrunnlag, og den største utfordringa framover blir å oppretthalde dette verdigrunnlaget i det daglege.»*

### **KOMMUNE B: HEILSKAPLEG TENKING**

Kommune to er prega av heilskapleg tenking på fleire område: Heilskap for enkeltmenneske, i den totale organiseringa av kommunen, heilskap i bustadtilbod og heilskapleg tenking overfor spesialisthelsetenesta og omliggjande kommunar. Dette kjem svært klart fram i intervjuet, og informanten formidlar det slik:

*«Om eg skal trekke fram noko som er særleg viktig, prøvar eg å tenke heilheita oppi dette. Ikkje tenke berre rus og psykisk helse, men tenke heile pakka. Vi opplever at no har vi mykje meir tydelege roller og får eit klart og meir kjent ansvar med det vi er i ferd med å gjere. Samordning og koordinering vil alle imøtekomme med glede. I alle samanhengar har dette vorte vist til dei seinare åra, om det har vore i det fora eller det fora, eller den rapporten, det er alle som ser at dette treng å samordnast.»*

Vi skal sjå nærare på korleis kommunen arbeider med bustadsosiale spørsmål.

## ORGANISERING AV ARBEIDET KNYTT TIL MENNESKE MED ROP-LIDINGAR

Kommunen har, slik som dei fleste andre kommunar, ei svært fragmentert organisering. Opp til 13 ulike einingar kan yte tenester i dei kommunale bustadane. Ei koordinerende eining er under planlegging, men førebels skjer samordninga gjennom samordningsmøte kvar andre veke. Dei som deltek på møta er dei einingane som yter mest inn i det bustadsosiale arbeidet, men to gongar i året deltek alle 13 einingar på møta. Informanten seier følgjande om koordinering og organisering:

*«... Det ser vi på andre som har lykkast med det bustadsosiale arbeidet på lang sikt, at det er dei som lykkast med å koordinere tenesteapparatet... Vi har ikkje nokon no enno som har ei samla oversikt over tenestebehovet i heile kommunen, utan at dei sit i lag samtidig, saman i eit rom og pratar om det. 2 gongar i året klarar vi å vere oppdatert. Men ikkje til ei kvar tid, men det er det vi håpar på at vi skal greie.»*

I dag vert alle søknadar sendt til kontoret for tildeling og leiaren der. Der vert alle vedtak fatta, men koordinering og samordning og også ansvarsfråskriving vert altså enno sett på som ei utfordring og kommunen arbeider med å opprette ei koordinerende eining. For å betre koordinering er det likevel ikkje snakk om ei omorganisering:

*«Vi har kanskje trudd at vi må endre organisasjonen. Men det treng vi ikkje, vi treng ikkje omorganisere for å oppnå dette, det er like mykje snakk om det å myndigheitsgjere. Det at nokon har myndighet til å samordne. Gå inn og skjere igjennom og seie at «nei, vi gjer det slik». Eg er heilt sikker på at dette er ein av dei viktige nøklane til vidare godt arbeid. Vi har ei god forankring i kommuneleiinga, status på bustadsosialt arbeid er bra hos oss. Folk synest det er utfordrande og kjekt. Det er anerkjent av både rådmann og ordførar at her er det mange som gjer ein god jobb. Det er ikkje noko som vi ligg og tuskar med i bakgatene og heilt for oss sjølv. Vi klarar å halde på dei tilsette over tid. I forhold til ressursgruppa vi har sett saman er det ingen som har jobba mindre enn 10 år i feltet. Og det seier også litt, at folk synest det er interessant og utfordrande å jobbe innafør feltet.»*

Kommunen samordnar også tiltak frå brukaren og opp i systemet. Alle brukarar som tek imot tenester frå ressurstenesta får tildelt ein ruskonsulent dersom dei er interesserte. Ruskonsulenten hjelper brukarane til dømes med å vende seg til ulike behandlingstilbod, poliklinikk og døgnbehandling og dei utarbeider søknadar om LAR-behandling i samarbeid med fastlegen for å nemne noko. Ruskonsulentane kan vere kuratorar, sjukepleiarar eller vernepleiarar med spesialkompetanse. Denne gruppa blir skulerte på ROP-problematikk, uavhengig av kva bakgrunn dei har, men:

*«Dei er ikkje nødvendigvis dei viktigaste ekspertane på ROP i kommunen, men dei er ekspertar på ein til ein relasjon.»*

Alle med rusproblematikk frå 17 år og oppover får også tilbod om miljøterapeut. Miljøterapeutane er delte i to team der det eine teamet tek seg av personar frå 17-25 år, medan den andre tek seg av personar frå 25 år og oppover. Miljøterapeutane skal følgje opp personane i nært samarbeid med ruskonsulentane.

I tillegg til dette har kommunen ACT team med tverrfagleg kompetanse som arbeider inn mot brukarane.

### **FORHOLDET TIL SPESIALISTHELSETENESTA**

Kommunen vil ta ansvar for koordinering overfor spesialisthelsetenesta og andre eksterne aktørar, sjølv om heller ikkje desse snakkar med same røyst. I følgje informanten er forholdet ikkje uproblematisk:

*«Eit eksempel er om ein person skal ut, så ringer den ansvarlege sjukepleiaren på akuttpsykiatrisk til den delen av tenesta som dei trur at vi har til den personen. Og så blir det ikkje sett i ein samanheng. Det er ikkje sikkert at den personen det blir ringt om er den det står mest om heller. Då kan det vere ein person som for eksempel er på (institusjon) som har eit større behov, og som vi ikkje veit om på det noverande tidspunktet. Mange røyster talar ut frå spesialisthelsetenesta. Behovsvurdering blir tema i forhold til at ressursane må prioriterast. Kontoret (den nye koordinerande eininga) skal vere ein port inn. Det er ei totalvurdering av situasjonen som skal seie noko om rekkefølge i ressursbruken...»*

### **KOMPETANSEUTVIKLING**

Kommunen har ACT team og ei nettverksgruppe på tvers i kommuneorganisasjonen. Det finst eit formelt nettverksarbeid på leiarnivå, ikkje reindyrka rus eller psykisk helse, men nettverk saman med barnehage, rektorar og andre. Det er utarbeidd informasjonsmateriell, manualar og retningsliner internt i kommunen og materiell både for brukarar og pårørande.

Kommunen har ei fadderordning for nytilsette og har hatt mange personar med på den bustadsosiale utdanninga på Høgskulen i Nord-Trøndelag. Kommunen har god kontakt med høgskulen.

### **FLEKSIBILITET OG HEILSKAP**

Fleksibilitet er i kommunen eit stikkord i møtet med brukaren. Det vert lagt vekt på individuelle vurderingar og det vert forsøkt ikkje å standardisere for mykje. Eit døme på ulike behov er buevne som kan vere svært forskjellig frå person til person, alt frå at vedkomande ikkje fungerer praktisk til at dei manglar motivasjon og vilje.

*«Dei må heile tida få gjentatte sjansar. Kan aldri gje opp. Om ein held på med eit opplegg over lenger tid og ingenting fungerer kan det vere lurt å tenkje annleis. Men det er av og til at ein må sette hardt mot hardt også. Då er det erfarne folk, alt ettersom kor godt ein kjenner vedkomande, og kva slags forhold ein har, det er det som er avgjerande der.»*

Men sjølv om intensjonen er at løysingane vert skreddarsydde til kvar enkelt voner informanten å få dette enno betre til når koordineringa vert betre:

*«Eg er heilt sikker på at vi skal vinne på dette med total kvalitet, og det å tenke heile mennesket, og ikkje stykkevis og delt. Det er eg ikkje i tvil om.»*

Kommunen har ulik vinkling av hjelpa overfor dei som ynskjer å slutte med rus kontra dei som aktivt rusar seg. Målet er å vere rusfri for den første gruppa og skadereduksjon for den andre.

## **EIN BUSTAD ER EIN BUSTAD**

Kommunen tenkjer heilskapleg når det gjeld bustadane, noko sitatet under illustrerer:

*«Vi har kommunale bustader, vi har ikkje lenger rusbustad, psykiatribustad, ditt og datt bustader. Vi skal ha kommunale bustader, som skal vere så differensierte at vi skal ha eit heilskapleg tilbod til alle. Vi tenker også typiske omsorgsbustader inn i den potten. Omsorgsbustader er berre ei finansieringsordning, det er ingenting anna. Det må ikkje vere knytt til ein fysisk lokasjon.»*

Informanten meiner det likevel ligg strukturelle hindringar i vegen for ei slik heilskapleg tenking.

*«Det varierer om det følj pengar med ROP-personar. Det har vore slutt på øymerking ein periode. Vi har bygt opp mykje av våre tentestetiltak med statlege prosjektmidlar. Husbanken, direkte frå Helsedirektoratet, departement, skjønnsmidlar frå Fylkesmannen. Vi har søkt på prosjekt og bygt opp. Vi har smerteleg erfart at det ikkje er sikkert at det varer evig. Vi har måtta bygge ned igjen fleire ting i 2013, på grunn av bortfall av vidareføring av tilskot. Pengane har vore knytt til grupper eller spesielle tiltak, for eksempel har det vore målretta mot ein spesiell måte å jobbe på. Det kan vere metodisk eller relatert til grupper. No kan det vere at det blir meir øymerking igjen, for no snakkar sentrale politikarar på ein anna måte, men dette veit vi aldri. Vi opplever stor usikkerheit omkring korleis ting skal sjå ut framover, dette gjer det vanskeleg å planlegge langsiktig.»*

Bustaden i seg sjølv vert likevel ikkje sett på som den største utfordringa:

*«Den største utfordringa er å gje dei ei teneste som sørgjer for at dei får buevne og blir buande.... Å skaffe ein bustad, det klarar vi... Det at vedkomande treng bistand i bustaden, men kanskje ikkje vil ha det fører til utfordringar for kommunen og vedkomande seinare. Dersom ikkje vi klarar å hjelpe folk med å styrke si eiga buevne, slik at dei er i stand til å bu, kan dei risikere å bli kasta ut i neste omgong. Og då blir det ny runddans. Dersom dei blir kasta ut, blir det akkurat det same. Kommunen har ei plikt til å sørgje for at vedkomande har tak over hovudet, men ingen har rettighet. Vi kan ikkje kople vilkår til tildeling, men vi kan seie i bustadvedtaket at vi føreset at du mottek slik og slik teneste. Når du no har fått tildelt bustad i kommunen så tildelar vi også besøk hos deg, eksempelvis. Vi kan ikkje krevje. Dersom vedkomande ikkje vil, er det kun regelverket i Husleigelova om teknisk inspeksjon vi kan nytte...»*

## **OPPSUMMERING**

Generelt har vi sett nokre fellestrekk hos kommunane som synest å fungere godt. Dette gjeld både dei to som er skildra over og dei andre kommunane vi har vore i kontakt med:

- Ingen av kommunane tenker lenger trappetrinnsmodell der personane må gjere seg fortente til ein bustad ved fyrst å bli rusfrie.
- Det kan likevel synast som det blir gjort praktiske skilnader på dei som prøver å kome ut av rusen og dei som vel aktiv rus.
- Kommunane søkjer å bevege seg frå gruppetenking når det gjeld bustad til å tenkje omsorgsbustader i brei forstand, der det er viktig å ha bustader tilpassa enkeltmenneske uavhengig av kva gruppe dei høyrer til.
- Kommunane beveger seg også mot eit heilskapleg bustadsosialt arbeid.
- Kommunane har klart å forankre det bustadsosiale arbeidet breitt i kommunane. Det same gjeld samkøying av verdiar og forståing av arbeidsmåtar.
- Kommunane har faste møteplassar for samordning av det bustadsosiale arbeidet retta mot menneske med samtidig rusliding og psykisk liding, men også sett i samanheng med andre grupper med bustadbehov.

---

## LITTERATURLISTE

---

- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, H., & Norvoll, R. (2011). "Å lage farger på livet til folk." God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154-163.
- Baklien, B. (2010). Livet på lavterskeltiltak i Oslo kommune. Noen betraktninger fra "dobbelprosjektet". *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(4), 321-329.
- Bergem, R., Yttredal, E. R., & Hanche-Olsen, M. S. (2012). *Fundamentet er lagt. Evaluering av boligsosialt utviklingsprogram. Delrapport 2011*. (Rapport nr. 25). Volda: Møreforskning Volda
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2009). *Bostedsløse i Norge 2008 - en kartlegging* (NIBR-rapport 2009:17). Oslo: NIBR.
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 - en kartlegging* (NIBR-rapport 2013:5). Oslo: NIBR.
- Frantzen, C., & Karagöz, E. M. N. (2011). *Min bolig - mitt hjem. Booppfølging av pasienter med dobbeldiagnose*. (Prosjektrapport). Oslo: Diakonhjemmet sykehus, Vinderen DPS, Tverrfaglig enhet for dobbeldiagnose (TEDD).
- Haukelien, H. (2008). *I velferdsstatens randzone. Evaluering av Boteam, Porsgrunn*. (HIT notat nr. 3/2008). Porsgrunn: Høgskolen i Telemark.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- Holm, A. (2012). *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. (NIBR-rapport 2012:2). Oslo: NIBR.
- Juberg, A., Kiik, R., & Johansen, P. E. (2012). *"Alt henger på boligen - vi får ikke gjort noe uten den": sosialfaglige utfordringer blant ungdom (16-23) i Trondheim som har rusvansker og boligbehov. Følgforskning av SAMUR (Samhandlingstiltak for unge rusmiddelavhengige) ved Stavne Arbeid og Kompetanse KF & Trondheim kommune ved Ungsomsenheten. August 2011 - mars 2012*. (Rapport 2012). Trondheim: HUSK. Høgskole og Universitetssosialkontor Midt Norge. NTNU Det skapende universitet. NTNU Samfunnsforskning AS.
- Knutzen, A. (2010). På samme plan eller hver vår planet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(1), 6-14.
- Langsether, Å., & Sandlie, H. C. (2010). *Boligsosiale utfordringer og løsningern. En forstudie til Boligsosialt utviklingsprogram i Lørenskog kommune*. (Notat nr. 8/2010). Oslo: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Langsether, Å., Sørvoll, J., & Hansen, T. (2008). *Fragmentert og koordinert. Organisering av boligsosialt arbeid i norske kommuner*. (Rapport 18/08: NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring).
- Myrvold, T. M., & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. (NIBR-rapport 2009:4). Oslo: NIBR.
- Ose, S. O., & Slettebak, R. T. (2014). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. (Rapport). Trondheim: SINTEF.
- Ouff, S. M., Yttredal, E. R., & Hanche-Dalseth, M. S. (2010). *Boligsosialt arbeid og planlegging*. Volda: Møreforskning.
- Rambøll (2010a). *Bærum kommune. Foranalyse av boligsosiale utfordringer*. (Sluttrapport). Oslo: Rambøll.
- Rambøll (2010b). *Kunnskapsoversikt over forskning om vanskeligstilte på boligmarkedet 2004-2010*. (Sluttrapport). Oslo: Rambøll. Hentet fra [http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3583/kunnskapsoversikt\\_forskning.pdf](http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3583/kunnskapsoversikt_forskning.pdf)
- Rambøll (2010c). *Lillehammer kommune. Foranalyse boligsosialt arbeid*. (Sluttrapport). Oslo: Rambøll.
- Rambøll (2012). *Housing First - muligheter og hindringer for implementering i Norge* (Sluttrapport). Oslo: Rambøll.
- Sverdrup, S., Borge, L., Angell, O. H., & Fyrand, L. (2011). *Evaluering av tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD). Resultater fra første fase i en følgeforskning*. (Rapport 2011/5). Oslo: Diakonhjemmet høgskole.
- Tjerbo, T., Zeiner, H., & Helgesen, M. (2012). *Kommunalt psykisk helsearbeid 2012* (NIBR). Oslo: NIBR.
- Vassenden, A., Bergsgard, N. A., & Bratt, C. (2013). *Sammen eller hver for seg? Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leietakere - funn fra spørreundersøkelser blant boligadministrasjoner og beboere* (Rapport IRIS - 2013/206). Stavanger: IRIS.
- Ytrefhus, S. H., Skog, I. L., Langsether, Å., Sandlie, H. C., & Skårberg, A. (2007). *Tjenester til bostedsløse i ti kommuner. Devaluering 2*. (Fafo-rapport 2007:23). Oslo: Fafo.
- Yttredal, E. R., Ouff, S. M., & Hanche-Olsen, M. S. (2013). *Om å ha to fugler i hånden samtidig. Evaluering av boligsosialt utviklingsprogram. Sluttrapport*. (Rapport nr. 35: Møreforskning Volda).





## MØREFORSKING

MØREFORSKING AS  
Postboks 5075  
NO-6021 Ålesund  
TEL +47 70 11 16 00  
epost@mfaa.no  
www.moreforsk.no  
NO 991 436 502



Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk



HØGSKULEN I VOLDA



HØGSKOLEN  
I ÅLESUND

---