

Evelyn Dyb  
Arne Holm

# Rus og bolig

**Kartlegging av boligsituasjonen til personer med  
rusmiddelproblemer**



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Rus og bolig

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:12	Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør
NIBR-rapport 2014:16	Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2013:6	Forklaringer på bostedsløshet
NIBR-rapport 2013:5	Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging
NIBR-rapport 2012:4	Kommunalt psykisk helsearbeid 2012

Rapportene koster fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles fra NIBR:  
Gaustadalléen 21  
0349 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74

E-post til  
[nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Publikasjonene kan også skrives ut fra  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Evelyn Dyb  
Arne Holm

# **Rus og bolig**

Kartlegging av boligsituasjonen til personer med  
rusmiddelproblemer

NIBR-rapport 2015:5

**Tittel:** **Rus og bolig**  
**Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer**

**Forfatter:** Evelyn Dyb og Arne Holm

**NIBR-rapport:** 2015:5

**ISSN:** 1502-9794  
**ISBN:** 978-82-8309-056-7

**Prosjektnummer:** 3338

**Prosjektnavn:** Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

**Prosjektleder:** Evelyn Dyb

**Referat:** Rapporten omhandler boligsituasjonene for personer med rusmiddelproblemer ved avsluttet behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og brukere av lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige. Rapporten er basert på en survey og intervjuer i kommunene, spesialisthelsetjenesten og brukere av tjenestene.

**Sammendrag:** Norsk og engelsk

**Dato:** Februar 2015

**Antall sider:** 148

**Pris:** 250,-

**Utgiver:** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO  
Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

**Vår hjemmeside:** <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2015

---

# Forord

Undersøkelsen om bosituasjonen til personer med rusmiddelproblemer er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har vært oppdragsgiver for undersøkelsen og denne rapporten. NIBR vil takke Kari Britt Åkre og Thor Hallgeir Johansen i Helsedirektoratet for godt samarbeid i gjennomføringen av prosjektet.

Kartleggingen av boligsituasjonen, den kvantitative delen av prosjektet, ble gjennomført ved at ansatte i helseforetak, andre institusjoner og lavterskeltilbud til rusmiddelavhengige har fylt ut ett skjema for hver person som inngår i målgruppen for undersøkelsen, eller rekruttert personer i målgruppen til å fylle ut skjemaet selv. Dette er et omfattende arbeid, særlig for enheter med mange personer i målgruppen. NIBR vil rette en stor takk til alle som hjulpet oss med å gjennomføre kartleggingen. Vi vil også takke en rekke personer i de fire kommunene som inngår i casestudiene for deltakelse i undersøkelsen.

NIBR forskerteam har bestått av Evelyn Dyb (prosjektleder), Arne Holm og Camilla Lied. Holm har hatt hovedansvar for casestudiene. Rapporten er skrevet av Evelyn Dyb (kapitlene 1, 2, 3, 4 og 7) og Arne Holm (kapitlene 5 og 6). Vi har tatt i mot, og setter pris på, innspill både underveis i prosjektet og til rapporten. Vi vil samtidig understreke at NIBR alene står ansvarlig for innholdet i rapporten.

Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet for forskning/Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Februar 2015

Hilde Lorentzen  
Instituttssjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt .....	6
Sammendrag.....	7
Summary .....	11
1 Innledning.....	15
1.1 Bakgrunn .....	15
1.2 Kunnskap om boligsituasjonen på rusfeltet.....	17
1.3 Særlig utsatte grupper .....	19
1.4 Problemstillinger .....	19
1.5 Metoder i prosjektet.....	21
1.5.1 Kartlegging -survey .....	21
1.5.2 Metoder i casestudiene .....	29
1.6 Strukturen i rapporten .....	31
2 Profiler på gruppene .....	32
2.1 Bakgrunn og sosioøkonomisk status.....	32
2.1.1 Utdanning og arbeid .....	35
2.2 Født i Norge .....	38
2.3 Rusmiddelbruk .....	39
1.1.1. Langvarige problemer.....	41
2.4 Behandling og utskriving .....	42
2.5 Bolig og bostedsløshet.....	44
2.6 Problemer og hjelpetiltak.....	47
2.7 Oppsummering .....	50
3 Variasjoner i boligsituasjonen .....	52
3.1 Type rusmiddel og bolig i TSB .....	52
3.2 Bolig versus bostedsløs etter rusmiddel.....	56
3.3 Behandlingstid og avsluttet behandling .....	61
3.4 Multivariat analyse.....	64
3.4.1 Tolkning av resultatene .....	68
3.5 Oppsummering .....	69
4 Noen enkeltgrupper med rusmiddelproblemer.....	70
4.1 Unge med rusmiddelproblemer .....	70
4.2 Rusmiddelproblemer og omsorg for barn.....	74
4.3 Personer med ROP-lidelse.....	77

4.4	Oppsummering .....	80
5	Kommunenes strategier og arbeid på rusfeltet .....	81
5.1	Bakgrunn: Økt ansvar for kommunene i ruspolitikken .....	81
5.2	En tilfredsstillende og egnet bolig .....	83
5.3	Ruspolitisk forankring i kommunene.....	85
5.3.1	Planhierarki, forankring og implementering .....	85
5.3.2	Fokus på bolig i de fire casekommunene .....	87
5.4	Boligtilbud for personer med rusavhengighet – tilpasset behovene .....	88
5.4.1	Kommunale boliger .....	88
5.4.2	Botilbud tilpasset rusavhengige i ulike faser.....	90
5.4.3	Kommunal bolig som virkemiddel og ikke mål.....	98
5.5	Booppfølging .....	98
5.6	Ventetid som fallgruve i boligkjeden.....	100
5.7	Utvalgte supplerende modeller og strategivalg for boligetablering .....	101
5.8	Kommunikasjon med andrelinjetjenesten rundt utskrivning.....	106
5.8.1	Kommunikasjon med kommunene fra spesialisthelsetjenestens side.....	107
5.8.2	”Pause” fra en slitsom hverdag.....	111
5.9	Viktigheten av bolig sett fra behandlingsapparatets side.....	112
5.10	Oppsummerende kommentarer.....	114
6	Rett bolig til rett tid: Bolig i et brukerperspektiv .....	116
6.1	Om brukerne .....	116
6.2	Selvopplevde boligbehov .....	117
6.3	Motivasjon for endring og bolig .....	123
6.4	Bolig - ettervern – og meningen med livet.....	128
6.5	Rett bolig til rett tid, oppsummerende kommentarer.....	130
7	Refleksjoner.....	133
7.1	Knapphet på boliger .....	134
7.2	Bedre samarbeid og koordinering.....	136
7.3	Bedre bruk av eksisterende verktøy.....	137
	Litteratur .....	139
	Vedlegg 1 .....	145
	Vedlegg 2 .....	149



## Tabelloversikt

Tabell 2.1	<i>Samletabell for kjønn, alder, sivilstatus, utdanning og viktigste inntektskilde for tre grupper. Prosent .....</i>	33
Tabell 2.2	<i>Fødeland/ -region blant personer i tre grupper og hele befolkningen. Prosent .....</i>	39
Tabell 2.3	<i>Personens primære rusmiddel i tre grupper. Prosent .....</i>	40
Tabell 2.4	<i>Varighet av rusproblemet, tre grupper. Prosent .....</i>	42
Tabell 2.5	<i>Varighet av behandlingen, to grupper. Prosent .....</i>	43
Tabell 2.6	<i>Årsaker til at behandlingen avsluttes, to grupper. Prosent .....</i>	43
Tabell 2.7	<i>Boligsituasjonen for tre grupper. TSB ved avsluttet behandling. Prosent.....</i>	45
Tabell 2.8	<i>Hjelp/ bistand med å anskaffe bolig, tre grupper. Prosent .....</i>	46
Tabell 3.1	<i>Boligsituasjonene før og etter behandling blant personer med alkohol som primære rusmiddel og andre rusmidler, TSB døgntilbud. Prosent. ....</i>	53
Tabell 3.2	<i>Boligsituasjonene før og etter behandling blant personer med alkohol som primære rusmiddel og andre rusmidler, TSB poliklinikk. Prosent.....</i>	54
Tabell 3.3	<i>Boligsituasjonene blant personer med alkohol som primære rusmiddel og alle andre, lavterskeltilbud. Prosent. ....</i>	55
Tabell 3.4	<i>Personer med egen bolig ved innsøking til behandling og etter avsluttet behandling i TSB døgntilbud etter primære rusmiddel. Prosent. N=413 .....</i>	57
Tabell 3.5	<i>Personer med egen bolig ved innsøking til behandling og etter avsluttet behandling i TSB poliklinikk, etter primære rusmiddel. Prosent. N=148 .....</i>	58
Tabell 3.6	<i>Boligsituasjonen blant brukere av lavterskeltilbud på tidspunktet for kartlegging etter primære type rusmiddel. Prosent. N=416 .....</i>	59
Tabell 3.7	<i>Boligsituasjonen etter lengde i behandlingen for pasienter i døgntilbud og poliklinikk. Prosent.....</i>	62
Tabell 3.8	<i>Boligsituasjonen etter årsaker til at behandlingen avsluttes for pasienter i døgntilbud og poliklinikk. Prosent.....</i>	63

---

Tabell 3.9	<i>Prediksjon for å ha egen eid eller leid bolig etter endt behandling i TSB. N: 565 .....</i>	66
Tabell 4.1	<i>Samletabell for kjennetegn ved unge 25 år og under i TSB og lavterskeltilbud. Prosent. TSB N=90. Lavterskel N=17.....</i>	72
Tabell 4.2	<i>Bolig og bostedsløshet før og etter behandling etter typ rusmiddel, pasienter i TSB. Prosent. N=90.....</i>	74
Tabell 4.3	<i>Andel med og uten barn under 18 år, tre grupper. Prosent....</i>	75
Tabell 4.4	<i>Omsorg for eller samvær med barn under 18 blant personer som har barn, tre grupper. Prosent.....</i>	75
Tabell 4.5	<i>Samletabell personer i TSB med daglig eller delt omsorg for barn under 18 år og alle i TSB. Prosent. Med barn &gt;18 år, N=35. Alle, N=565.....</i>	75
Tabell 4.6	<i>Samletabell personer med ROP-lidelse og alle i TSB og lavterskeltilbud. Prosent.....</i>	78

## Figuroversikt

Figur 2.1	<i>Andel med psykisk lidelse, tidligere innlagt i psykisk helsevern, somatisk lidelse, funksjonshemming og utviklingshemming, tre grupper. Prosent.....</i>	47
Figur 2.2	<i>Individuell plan, ansvarsgruppe og boligsituasjonen, tre grupper. Prosent.....</i>	48
Figur 2.3	<i>Booppfølging, andre kommunale tjenester, legemiddelassistert rehabilitering/LAR, tre grupper. Prosent.....</i>	49
Figur 3.1	<i>Andel med egen eid eller leid bolig i ulike problemsituasjoner og med hjelpetiltak. Alle pasienter i TSB og brukere av lavterskeltilbud. Prosent.....</i>	60
Figur 4.1	<i>Andel med problemsituasjoner, behov og hjelpetiltak, unge 25 år og under, TSB og lavterskeltilbud. Prosent.....</i>	73
Figur 5.1	<i>Eksempel på kommunalpolitisk planhierarki innenfor rusområdet, hentet fra en av casekommunene.....</i>	86

---

# Sammendrag

*Evelyn Dyb og Arne Holm*

## **Rus og bolig**

### **Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer**

NIBR-rapport 2015:5

Rapporten er basert på en kartlegging av personer som avslutter behandlingen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i en gitt periode. Undersøkelsen omfatter pasienter i døgnbehandling og poliklinisk behandling. En tilsvarende kartlegging er gjennomført blant brukere av lavterskeltilbud for personer med rusmiddelproblemer. Videre omfatter rapporten en kvalitativ undersøkelse basert på intervjuer med ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten og med personer med rusmiddelproblemer. Formålet med undersøkelsene er å se på boligsituasjonen ved avsluttet behandling i TSB, blant brukere av lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige og hvordan kommunene håndterer boligsituasjonene for disse gruppene.

Pasientene i kartleggingen har en profil som i stor grad samsvarer med resultatet fra andre kartlegginger av pasienter i TSB. Flertallet er menn, de er i hovedsak født i Norge, de har mindre utdanning enn befolkningen generelt, og de har svak tilknytning til arbeidslivet. De viktigste inntektskildene er pensjoner og velferdsytelser. Brukergruppen av lavterskeltilbud har i stor grad de samme kjennetegnene som pasientene i TSB, men denne gruppen kommer enda dårligere ut på kjennetegn som utdanning og inntektskilder. Bostedsløshet er utbredt i alle de tre gruppene: 60 prosent av TSB-pasientene har bolig og 40 prosent er bostedsløse ved avsluttet behandling (likt for døgnbehandling og poliklinikk). Halvparten (52 prosent) av brukerne av lavterskeltilbud har egen eid eller leid bolig og den andre halvparten er bostedsløse.

Langt over halvparten av alle pasientene i TSB bruker ett eller flere narkotiske stoffer som sitt primære rusmiddel. 43 prosent av pasientene i døgntilbud og 32 prosent av pasientene i poliklinisk behandling har alkohol som sitt primære rusmiddel. Blant brukerne av lavterskeltilbud har bare 15 prosent alkohol som sitt primære rusmiddel. I denne gruppen er blandingsmisbruk svært utbredt. Majoriteten i alle gruppene har hatt et rusproblem over flere år. Personer med alkohol som sitt primære rusmiddel har i større grad enn andre egen bolig både ved innsøking til og avsluttet behandling. Andre kjennetegn, som knyttes til økt sannsynlighet for å ha eid eller leid bolig ved behandlingsslutt, er egen bolig før innsøking til behandling og fullført behandlingen i henhold til oppsatt plan (versus avbrudd før planlagt slutt). Personer som befinner seg i en situasjon med bostedsløshet før innsøking har svært stor sjanse for å være bostedsløs også ved avsluttet behandling.

Kartleggingen ser blant annet på boligsituasjonene knyttet opp mot individuelle plan. Mellom halvparten og to tredeler er vurdert til å ha rett til individuell plan (IP). Vel en av ti av pasientene i TSB hadde IP før behandlingsstart, og det er ingen stor økning i løpet av behandlingen. Boligsituasjonen er i svært begrenset omfang en del av individuell plan. Ansvarsgruppe forekommer oftere enn IP: Andelen med ansvarsgruppe varierer fra 20 til vel 40 prosent i de tre gruppene.

En multivariat analyse indikerer at sjansen for å ha bolig ved avsluttet behandling, versus å være bostedsløs, henger sammen med personens sosioøkonomiske posisjon mer generelt: Personer med høyere utdanning, tilknytning til arbeidslivet, familie (gift/samboer) og med ordnet boligsituasjon før innsøking til behandling, vil sannsynligvis også ha bolig ved avsluttet behandling. Betydningen av type rusmiddel og hvorvidt personen fullfører behandlingen har i en multivariat analyse liten eller ingen effekt på boligsituasjonen. En rimelig tolkning er at det verken er type rusmiddel i seg selv eller hvorvidt behandlingen fullføres som avgjør boligsituasjonene, men den helhetlige situasjonen og ressursene personen besitter som er bestemmende for om vedkommende skrives ut til en ordnet boligsituasjon eller bostedsløshet.

Siste del av den kvantitative analysen ser på tre svært utsatte grupper: Unge under 25 år, rusmiddelavhengige med omsorg for

barn og personer med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Unge med rusproblemer, som er til behandling i TSB eller bruker lavterskeltilbud, har et langvarig rusproblem. En stor andel bruker tyngre narkotiske stoffer. Bostedsløshet er mer utbredt blant de unge enn i hele gruppen av TSB-pasienter og lavterskelbrukere. En forholdsvis høy andel oppholder seg i natthjem, der hele eller deler av dagen må tilbringes ute, eller de er uten ordnet overnatting (bor ute). Psykiske lidelser er om lag like utbredt blant de unge som blant alle.

Ingen av lavterskelbrukerne har daglig eller delt omsorg for barn under 18 år. Alle i denne gruppen er pasienter i TSB. Generelt kommer foreldre med omsorg for barn bedre ut enn hele gruppen. Flere har egen bolig både før og etter behandling, de har noe høyere utdanningsnivå og en større andel har arbeidsrelatert inntekt, sammenlignet med alle TSB-pasientene. Men dette er også en svært vanskeligstilt gruppe med langvarige rusmiddelproblemer og stor utbredelse av psykisk lidelser.

58 prosent av pasientene i TSB og nesten halvparten av brukeren av lavterskeltilbud har en psykisk lidelse. Personer med ROP-lidelse scorer noe dårligere på enkelte variabler enn hele gruppen av rusavhengige. Isolert sett er ikke andel med bolig versus bostedsløse vesentlig lavere blant personer med ROP-lidelse enn for hele gruppen. I hovedsak har gruppen med ROP-lidelse og hele gruppen av rusavhengige i denne undersøkelsen ganske like profiler.

Den kvalitative delen er organisert som casestudier i fire kommuner. I casekommuner er det etablert mange gode botiltak for aktive rusmisbrukere, både i form av boliger og oppfølgings-tjenester. Botilbudet synes imidlertid ikke å være tilstrekkelig differensiert. Der det særlig synes å være utfordringer er i forhold til å finne egnede boliger for de som er ”av og på” med sitt rusmisbruk, de som har vært inne til behandling og rehabilitering og er motivert for å finne en vei ut av avhengigheten, og ikke minst i forhold til unge under 25 år.

Kommunene har begrenset med tilgjengelige kommunale boliger, og det private markedet er vanskelig å slippe inn på for personer med synlig rusavhengighet. Det er også mangel på boliger tilpasset de som skrives ut fra rusinstitusjoner etter behandling. Det kan innebære at de helhetlige bosettingsprosessene ut av rusituasjonen

er vanskelig å få til. Dette kompliseres ytterligere av de lange ventelistene på kommunale boliger. I studien finner vi at det kun unntaksvis er mulig å få alle løpene til å klaffe samtidig. Det kan resultere i at motivasjonen hos brukeren svinner i ventetiden. Det ideelle hadde vært å ha en egnet bolig tilgjengelig når behandlingen gikk mot slutten, så siste del av behandlingen kunne skje i en form for tilknytning til boligen som ventet.

Informantene i spesialisthelsetjenesten opplever på den ene siden at kommunene involverer seg og prøver å skaffe et egnet botilbud, men at løsningen ofte blir en midlertidig botilbud. Dette oppleves som uheldig: Personer med rusproblemer trenger en bolig for å holde fast ved og bygge videre på den motivasjon for rusfrihet, som gjerne er der når et behandlingsopplegg nærmer seg slutten.

En viktig konklusjon fra intervjuene med brukerne er at utfordringen er å fange opp og følge opp motivasjonen til den enkelte, både når det gjelder å komme i behandling, men også å komme inn med tilpassede og egnede boligtiltak. Å komme inn med bolig på rett tidspunkt i behandlingsløpet kan bidra til å støtte en endring i livssituasjonen for personer med rusmisbruk. Dette synes særlig avgjørende for personer som er motiverte for rusfrihet eller kontroll med egen rusbruk. Dette støttes både historiene til de som har lyktes å få bolig på rett tid, men også av historiene til de som ikke har lyktes i det. Kvaliteter ved bosituasjonen som vektlegges er avstand til et aktivt rusmiljø og en viss kvalitet ved boligen, slik at den kan gi en opplevelse av et normalisert liv.

Knapphet på boliger er en ramme ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten må jobbe innenfor. Innenfor disse rammene finnes det et potensial for større handlingsrom ved å bruke eksisterende verktøy: Samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket, individuell plan og ansvarsgruppe rund pasienten/brukeren. I samarbeidsavtalen ligger føringer om styrket samarbeid mellom kommune og behandlingssted. Videre bør oppmerksomheten om boligbehov og forståelsen av bolig som velferdskomponent i den enkeltes liv styrkes innen TSB og få større plass i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

---

# Summary

*Evelyn Dyb and Arne Holm*

## **Substance use and housing**

### **Survey of housing for people with substance abuse problems**

NIBR Report 2015:5

The report is based on a survey of individuals who completed a specialized multidisciplinary substance abuse programme (*tverrfaglig spesialisert rusbehandling* – TBS for short) in a given period. The survey covers both in- and outpatients. A similar survey was conducted of clients in low-threshold substance abuse programmes. The report also includes a qualitative study based on interviews with municipal and specialist health service employees and people with substance abuse problems. The purpose of the surveys is to determine the housing status of patients following treatment in a TSB programme, clients of low-threshold substance abuse programmes and local authorities' approach to dealing with housing for these groups.

The characteristics of patients in this survey correspond largely to those of TSB patients in other surveys. The majority are male and Norwegian-born; educational achievements are lower than the national average, and their connections with the labour market are tenuous. The main sources of income are pensions and various forms of social security benefit. Low-threshold clients share most of the characteristics of the TSB patients, though the former scores even lower on variables such as education and income. Homelessness is a widespread problem in all three groups: 60 per cent of TSB patients have accommodation and 40 per cent are homeless on discharge (no difference between in- and outpatients). Half (52 per cent) of low-threshold clients own their own home or live in rented housing. The other half are homeless.

Many more than half of all TSB patients have one or more substances as their preferred drug. Forty-three per cent of



inpatients and 32 per cent of outpatients have alcohol as their main addictive substance. Of the low-threshold clients, only 15 per cent indicated alcohol as their primary drug. Multidrug use is extremely common in this group. The majority in all groups have had a substance abuse problem for several years. People with alcohol as their primary drug are more likely to have a place of their own on application to and on discharge from the programme. Other factors associated with increased likelihood of having either a rented or owned place to live on discharge from treatment is renting or owning a home on application to the programme and completing the programme as planned (as against early withdrawal). Homeless people at the time of application are much more likely to be homeless at the end of the programme.

The survey examines housing status in relation to the person's individual plan (IP), i.e. a plan ensuring coordination across services. Between half and two-thirds are assessed as eligible for an individual plan. More than one in ten TSB patients had such a place before starting treatment, and there is no significant increase during treatment. Housing is only a minor aspect of the individual plan. Supervisory teams are more frequent than individual plans: the proportion with a supervisory team varies from 20 to over 40 per cent in the three groups.

Multivariate analysis indicates that having or not having a place to live on discharge is correlated with the individual's general socioeconomic status. Qualifications from an institution of higher education, strong labour market affiliations, family status (spouse / partner) and stable housing before applying for a place on a programme are crucial for the likelihood of having a place to live on discharge. Type of substance and completion of the programme have little or no effect on housing status. One can therefore say that neither the type of drug nor completion of the therapeutic programme determines housing status. It is the general circumstances and personal resources that determines whether the discharged individual returns to stable accommodation or homelessness.

The final part of the quantitative analysis examines three particularly vulnerable groups: young people under 25; people with substance abuse problems who are responsible for the care of children; and people with concurrent substance abuse and mental health problems. Young people with substance abuse problems

who are undergoing TSB treatment and/or low threshold programmes will have a long-standing substance abuse problem, and a large proportion will be using heavier drugs. Homelessness is more prevalent among the young than among TSB patients and low-threshold clients as a whole. A relatively high proportion stay in overnight shelters, but spend all or part of the day outside. Some lack overnight accommodation (i.e. they live rough on the streets). Mental disorders are about as prevalent among the young as the average of individuals in the survey.

None of the low-threshold clients has daily or shared custody of children. All individuals in this group, i.e. people with responsibility for children, are TSB patients. Generally, parents with responsibility for children do better than the group average. Several have their own housing, both before and after treatment, but also a slightly higher educational achievements level and likelihood of having a paid job, compared with TSB patients in general. But this group is also extremely vulnerable, with long-standing substance abuse issues and widespread incidence of mental disorders. Fifty-eight per cent of TSB patients and almost half of the low-threshold clients have some form of mental disorder. People with both substance abuse and mental health problems tend to do slightly worse on certain variables than substance abusers in general. In isolation, the ratio of people with housing is not significantly lower among people with substance abuse and mental health problems than among the group as a whole. This group shares many of the same characteristics of the wider group of substance abusers in this study.

Local councils have few available housing units to offer, and the private market is difficult for people with visible abuse problems. There is also a lack of suitable housing for people on discharge from drug abuse programmes. In other words, it is difficult to organize a comprehensive housing programme that also helps people deal with their substance abuse problems. This is further complicated by the long waiting lists for council housing. Only in exceptional cases, according to the findings of this study, do procedures and programmes progress in a coordinated fashion with a positive outcome for the client. Waiting is likely to affect clients' motivation. The ideal would be to have suitable housing ready and waiting when the individual was in the final stages of the

programme; post-programme housing could therefore be integrated as a factor in the plans for that stage of the treatment.

Informants in the specialist health service feel local authorities do get involved and do what they can to find suitable accommodation for patients and clients, but often have to fall back on temporary housing anyway. This is unfortunate, in their opinion. People with substance abuse problems need a place to live to progress and profit from incentives to remain abstinent as the treatment programme draws to an end.

An important finding from the client and patient interviews is that the challenge is to detect and encourage each individual's motivation, both in terms of accessing treatment, but also in providing suitable and appropriate housing. The provision of housing at the right stage of the therapeutic programme can reinforce changes in the situation of people with substance abuse problems. This appears to be especially critical for people who are motivated to remain abstinent or control their drug consumption. This is supported by the stories told by people who obtained accommodation at the right time, but also stories of those who did not. Highlighted aspects of the housing situation include distance from drug abuse circles and housing of a certain standard capable of providing a sense of leading a normal life.

Lack of housing is a reality local authorities and specialist health service staff must obviously take into account. However, there are tools that can widen the range of options. They include partnership agreements between local authorities and health trusts; individual plans; and supervisory teams for individual patients/clients. The partnership agreements have guidelines on improving cooperation between local authorities and therapeutic institution. It is also important to encourage within the TSB greater awareness of housing needs and an understanding of housing as an aspect the individual's general welfare. Finally, more attention should be given to both of these factors in the partnership agreements between local authorities and health trusts.

# 1 Innledning

Våren 2014 utlyste Helsedirektoratet konkurranse om prosjektet ”Undersøkelse om boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer”. NIBR fikk oppdraget og kunne starte opp prosjektet i løpet av sommeren 2014. Målet har vært å kartlegge og framskaffe kunnskap om boligsituasjonen for personer med avhengighet av rusmidler. Resultatene av prosjektet, som består av en kvantitativ kartlegging og casestudier basert på kvalitative metoder, er beskrevet i denne rapporten. Initiativet til prosjektet kommer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Funnene og resultatene vil inngå i kunnskapsgrunnlaget for en ny varslet opptrappingsplan for rusfeltet. Videre vil resultatene bidra til å forme grunnlaget for HODs deltakelse i *Den nasjonale strategien ”Bolig for velferd”(2014-2020)*<sup>1</sup>. Strategien ledes av Kommunal og moderniseringsdepartementet (KMD) og involverer til sammen fem departementer og tilsvarende politikkområder.

## 1.1 Bakgrunn

Nedbyggingen av den institusjonsbaserte omsorgen har pågått over flere tiår og har vært et sentralt element i flere av de store reformene siden 1980-tallet<sup>2</sup>. Nedbygging av institusjonsomsorgen, som gikk over hele den vestlige verden fra 1970-tallet og inn i neste århundre, har sitt faglige og ideologiske utspring i en bred institusjonskritikk anført av blant andre sosiologen Erwin Goffman (1961). En annen viktig føring var voksende motstand mot særomsorg for enkeltgrupper. Ideen om at alle skulle ha de

---

<sup>1</sup>[http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/rapporter\\_planer/planer/2014/1/Bolig-for-velferd.html?id=753950](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/rapporter_planer/planer/2014/1/Bolig-for-velferd.html?id=753950)

<sup>2</sup> NOU 2001: 22 *Trygghet – Verdighet – Omsorg*, NOU 1985: 34 *Levekår for psykisk utviklingshemmede*, St. meld. nr. 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, St.prp.nr. 63 (1997-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse*

samme formelle rettighetene og reelle tilgang til velferdstjenester og -tilbud uavhengig av helsetilstand og funksjonsnivå fikk økt oppslutning. Normalisering ble et nøkkelbegrep, men det dreide seg nå om at omgivelsene skulle legges til rette for at personer med ulike former for funksjonshemming skulle kunne delta i samfunnet på lik linje med andre borgere.

Det innebar også at flere instanser fikk ansvar for pasienten/brukeren, som igjen har skapt behov for økt koordinering og samhandling mellom kommunal instanser og mellom stat og kommune. De store velferdsreformene det siste tiåret er blant annet et svar på fragmentering og behov for bedre samarbeid rundt brukerne. Med *Rusreformen* i 2004 ble ansvaret for rusmiddelbehandling overført fra den kommunale sosialtjenesten til helseforetakene. Reformens hovedintensjon var å gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer samt å gi en bedre behandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). Kommunene har likevel et utstrakt ansvar for pasienter som skrives ut fra behandling og ikke minst for personer med rusmiddelavhengighet, som ikke er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Evalueringer av den kommunale rustjenesten viser stor variasjon i tilbudet, samarbeid internt i kommunene og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Beyer m.fl. 2011; Stoltenbergutvalget 2010). Tidligere studier har gitt et bilde av økt ventetid på behandling og fragmentering i behandling, rehabilitering og ettervern i kjølvannet av Rusreformen (Lie og Nesvåg 2006/2007). Forklaringene er sammensatte: Ambivalente holdninger til egen situasjon blant personer med rusmiddelproblemer og vekslende motivasjon for endring i livssituasjon representerer individuelle terskler, mens det på systemnivå vises til uklårheter rundt behandlingstilbudet, herunder oppstart for behandling, samt ikke minst de brudd som oppleves mellom faser som henvisning, vurdering, utredning og behandling. Kombinert med kortere behandlingstid, vil dette i sum kunne gi en oppstykket tilværelse for personer med rusproblemer (Snertingdal og Bakkelig 2013:35).

*Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2012* vektlegger et styrket samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. *Samhandlingsreformen* (iverksatt 1.1.2012) setter enda større krav til samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Ett av målene med reformen er å redusere tiden tilbrakt i institusjon og gi mer

oppfølging og omsorg gjennom oppfølgingstjenster. Bolig og et tilfredsstillende boforhold er en forutsetning for at pasienten/brukeren fullt ut skal kunne dra nytte av de kommunale tjenestene. En vurdering av konsekvensene av Samhandlingsreformen viser blant annet at behovet for boliger og tilpassede tjenester i kommunene ville øke for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser (Gautun og Grønningssæter 2012).

## 1.2 Kunnskap om boligsituasjonen på rusfeltet

Kommunene har ansvaret for å bistå personer og husstander som ikke klarer å skaffe seg en bolig i markedet på egen hånd. Ansvaret er nedfelt i Lov om sosiale tjenester i Arbeids- og velferdsforvaltningen og i Helse- og omsorgstjenesteloven. Ansvaret er formulert som medvirkningsplikt; kommunen skal medvirke til å hjelpe personer som ikke klarer å skaffe seg en bolig i markedet. Men kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv (Sosialtjenesteloven paragraf 27).

Avhengighet av rusmidler er et sammensatt og omfattende problem i moderne samfunn inkludert det norske. De fleste som har rusproblemer har en bolig. Et mindretall, men sannsynligvis en betydelig gruppe, står enten i fare for å miste boligen sin eller de er bostedsløse. Men det finnes ingen helhetlige studier eller oversikter over boligsituasjonene for personer med avhengighet av rusmidler. Rusavhengighet er i offentlig politikk definert som et helseproblem, og oppmerksomheten om boligbehov og fravær av et stabilt boforhold har i liten grad vært tematisert i offentlige dokumenter som omhandler eller berører rusproblematikk. NOU 2005:3 om Samhandlingsreformen tar ikke opp boligbehov som ledd i å styrke en helhetlig helsetjeneste. Opptrappingsplan for rusfeltet 2007–2012 har et kort avsnitt om bolig. Avsnittet er i all hovedsak en oppsummering av innsatsene mot bostedsløshet på 2000-tallet, som var forankret i KRD (nå KMD) og Husbanken, med føringer på at HOD skal bidra til å videreføre målene i disse og andre igangsatte satsninger på bolig til utsatte grupper (f.eks. sykehjem og omsorgsboliger).

I Meld. St. 30 (2011-2012) *En helhetlig rusmiddelpolitikk* omtales betydningen av bolig (s. 81): ”Egnet bolig gir den enkelte trygghet og vil ofte være en forutsetning for at andre tjenester vil være

virksomme. Bistand med bolig kan være viktig for å få god effekt av behandling”. Innen tjenestoområder som arbeider med rusmiddelavhengige er det en økt erkjennelse av at bolig og et godt boforhold kan ha tilfrisknende effekt, selv om boligen i seg selv ikke er et ”behandlingsopplegg”<sup>3</sup>.

I løpet av de siste ti til 15 årene er det gjort en betydelig innsats i mange kommuner for å bosette bostedsløse personer i ”vanlige” boliger og i tilpassede boliger. Kompetansen i det boligsosiale arbeidet er økende. En mindre studie av tverrfaglig samarbeid rundt personer med et udekket boligbehov fant imidlertid at kunnskapen og bevisstheten om boligens betydning varierte mellom kommunene (Anderson m.fl. 2012). Også arbeidet på rusfeltet viser betydelig variasjon mellom kommunene. Ved utgangen av 2010 hadde vel 60 prosent av kommunene rusmiddelpolitiske handlingsplaner (Baklien og Krogh 2011).

Mindre undersøkelser har vist at grupper av rusmiddelavhengige har svært usikre og dårlige boforhold (f.eks. Vassenden m.fl. 2012). Den mest omfattende kilden til kunnskap om boligsituasjonen blant de mest utsatte rusmiddelavhengige er jevnlig kartlegginger av bostedsløse i Norge. Disse viser at rusmiddelavhengige utgjør den største gruppen av bostedsløse (nærmere 60 prosent), og andelen rusmiddelavhengige i denne populasjonen er i grove trekk uendret over de siste ti til 15 årene (Dyb og Johannessen 2013). Den refererte undersøkelsen<sup>4</sup> viser videre at rusmiddelavhengige ofte har en lang historikk som bostedsløse. De har lange perioder med bostedsløshet, og mange går ut og inn av situasjonen som bostedsløs gjennom flere år. Avhengighet av rusmidler kan, overflattisk sett, betraktes som den vanligste årsaken til bostedsløshet og vanskelige boligsituasjoner. En mer inngående studie av datamaterialet viser at sammenhengen mellom avhengighet av rusmidler, tap av bolig/bostedsløshet og andre problemer er mer sammensatt (Dyb og Johannessen 2009).

---

<sup>3</sup> F.eks. modellen Housing First – basert på at psykisk syke rusmiddelavhengige bostedsløse har rett til bolig i et bomiljø etter eget ønske og valg, og de skal motta tjenester etter behov (Tsemberis 2004).

<sup>4</sup> Nesten identiske kartlegginger av bostedsløse er gjennomført siden 1996: Ulfrstad (1997); Hansen, Holm, Østerby (2004); Hansen, Dyb, Østerby (2006); Dyb & Johannessen (2009), Dyb & Johannessen (2013).

### 1.3 Særlig utsatte grupper

Gruppen som kommer aller dårligst ut i kartleggingene av bostedsløse, er personer med samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Mange kommuner oppfatter at nettopp denne gruppen innebærer spesielle utfordringer og har problemer med å etablere det de mener er gode boligsituasjoner for personer med ROP-lidelse (f.eks. Myrvold m.fl. 2009).

Kartleggingene av bostedsløse finner at denne gruppen i større grad enn andre sover ute eller på natthjem (der hele eller deler av dagen må tilbringes ute). En stor andel befinner seg i institusjon, og de har ikke bolig utenfor institusjonen.

En annen utsatt gruppe er unge rusmiddelavhengige. Halvparten av unge bostedsløse under 25 år er avhengige av rusmidler. Vi vet imidlertid at flere unge rusmiddelavhengige uten bolig ikke fanges opp av kartleggingen av bostedsløse (Dyb og Johannessen 2013). Kontakten med kommuner, institusjoner og frivillige i gjennomføringen av kartleggingen av bostedsløse gjenspeiler at særlig de yngste i denne gruppen kan ha en uavklart boligsituasjon. En del bor formelt hos foreldre, men de oppholder seg av ulike årsaker sjelden eller aldri i foreldrehjemmet. Andre undersøkelser peker i samme retning: Kommunene har utfordringer med å koordinere samarbeidet på tvers rundt unge, det er vanskelig å få oversikt over rusmiddelbruken blant unge, og kommunene mangler ressurser nok til å etablere gode tiltak (Rambøll 2012).

### 1.4 Problemstillinger

Et sentralt begrep i undersøkelsen og i denne rapporten er begrepet en *tilfredsstillende bosituasjon*. I NOU 2011:15 ”Rom for alle” defineres begrepet om en tilfredsstillende bosituasjon ved at man bor trygt og godt. Å bo godt innebærer å ha en bolig som er tilpasset husholdets behov og økonomi. Å bo trygt innebærer at husholdet har et stabil og forutsigbar disposisjonsrett til boligen og ikke står i fare for å miste den. Kartlegging av boligsituasjonen for målgruppene er det overordnede spørsmålet i studien. I metode-delen av dette kapittelet og i rapportens ulike deler beskriver vi og drøfter definisjon og operasjonaliseringer av tilfredsstillende bosituasjon og boforhold/bosituasjoner, som ikke kan karakteriseres som tilfredsstillende.



Målgruppene for undersøkelsen er definert i tre kategorier:

- 1: Personer som avslutter behandling etter oppsatt plan, poliklinikk- og døgnbehandling, i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB).
- 2: Personer som selv avbryter behandling, poliklinikk- og døgnbehandling, i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB).
- 3: Personer med særlige hjelpebehov og som har vansker med selv å oppsøke hjelp; brukere i kontakt med gatenære tiltak/akuttjeneste.

De to første gruppene er pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), avgrenset til personer som *avslutter behandlingen* på tidspunktet for undersøkelsen. Opplysninger om disse to gruppene er innhentet gjennom spesialisthelsetjenesten, det vil si helseforetakene og private institusjoner. Informasjon om den tredje gruppen er innhentet gjennom tiltak drevet av kommunene eller private/frivillige, stort sett med kommunal finansiering.

Problemstillingene i undersøkelsen er følgende:

- Hvordan er boligsituasjonen ved innsøking/inntak i TSB?
- Er det forskjell på pasienter som søkes til døgnbehandling kontra poliklinisk behandling
- Hvordan er boligsituasjonen ved avsluttet fullført behandling?
- Hvordan er boligsituasjonen til personer som avbryter behandling?
- Er det forskjell på boligsituasjonen til personer med alkoholproblemer og personer med narkotikaproblemer?
- Hvem har eventuelt bistått med å skaffe bolig under behandlingsoppholdet, dersom personen ikke hadde bolig ved inntak?
- I hvilken grad stilles det krav til boligsituasjonen ved inntak i TSB?
- I hvilken grad er bolig et krav under behandlingsoppholdet?

- Hvordan er boligsituasjonen for personer med særlige hjelpebehov, og som har problemer med selv å oppsøke hjelp (brukere av gatenære tiltak/akuttinstitusjoner o.l.)?
- I hvilken grad er bolig og botiltak en del av individuell plan?
- Har pasienten/brukeren behov for kommunale tjenester i tilknytning til å bo, og i hvilken grad mottar vedkommende disse tjenestene?
- Hvilke typer boliger/botilbud disponerer kommunene?
- Har kommunen spesielle tiltak rettet mot unge?

Noen av problemstillingene er besvart med kvantitativ metode (survey) og andre med kvalitativ metode (intervjuer). Enkelte spørsmål er belyst med begge metodene.

## 1.5 Metoder i prosjektet

I oppdragsbeskrivelsen ba Helsedirektoratet om en kvantitativ kartlegging av boligsituasjonen og en kvalitativ studie av kommunenes politikk og praksis i arbeidet med boligsituasjonen til personer rusmiddelproblemer. Her dreier det seg spesifikt om hvordan kommunene arbeider med å hjelpe personer som utskrives fra rusbehandling og mangler bolig og bostedsløse personer med rusproblemer, som er hjemmehørende og oppholder seg i kommunene. Vi skal først redegjøre for metoden i kartleggingen og deretter metoden i kvalitative delen av studien.

### 1.5.1 Kartlegging -survey

Den kvantitative delen ble gjennomført med to surveyer til to grupper av respondenter. Den ene respondentgruppen er enheter i TSB. Den andre respondentgruppen er lavterskeltilbud for rusavhengige i et utvalg kommuner. Utvalgene av respondenter er med andre ord enhetene i TSB og lavterskeltilbudene, og ikke pasientene og brukerne. Kartleggingen er gjennomført i tre trinn; forarbeid, kartlegging av respondentene og kartlegging av pasienter og brukere.

#### **Trinn 1: Forarbeid**

Forarbeidet omfattet å lage en tydeligere *definisjon og avgrensing av gruppene* som skal kartlegges. En generell beskrivelse er gitt i punktene over; personer som skrives ut av TSB, enten ved at de er

ferdigbehandlet eller selv velger å avslutte behandlingen, og brukere av lavterskeltilbud til rusavhengige. En viktig presisjon er at ikke alle pasienter ved enheten eller institusjonen skal kartlegges, men kun de som avslutter behandlingen i *en gitt periode*. Perioden ble først satt til mellom 20. oktober og 16. november 2014. For å sikre en tilstrekkelig svarprosent, ble tidsvinduet utvidet til 19. desember. Hvordan dette kan ha påvirket resultatet drøftes lenger ned. Registrering av brukere av akuttjenester og gatenære tiltak (lavterskeltilbud) ble avgrenset til kun den første perioden, 20. oktober til 16. november.

Spørre- eller registreringskjemaene er trykket i vedlegg 1 bakerst i rapporten. Det ble utarbeidet et skjema for TSB og et for respondenter i lavterskelgruppen. De to skjemaene er nesten like, men det er gjort noen tilpasninger til de to målgruppene. Det sentrale spørsmålet i skjemaene omhandler boligsituasjonen særlig etter utskrivning og, for lavterskelgruppen, på registreringstidspunktet. Spørsmålet omfatter tre svaralternativer som beskriver en tilfredsstillende boligsituasjon. De tre alternativene er ”egen eid bolig”, ”egen bolig leid privat” og ”leier bolig av kommunen”. Syv svaralternativer er gitt for å karakterisere situasjoner som ikke kan regnes som tilfredsstillende bolig, men betegnes som bostedsløshet. De syv kategoriene er nesten identiske med kategoriene som brukes i landsomfattende kartlegginger av bostedsløse (Dyb og Johannessen 2013) og omfatter følgende: ”Institusjon”, ”fengsel”, ”kjæreste/partner”, ”midlertidig hos venner, kjente og slekt”, ”midlertidig botilbud (hospits, camping o.l.)”, ”natthjem (hele/deler av dagen tilbringes ute)” og ”uten ordnet oppholdssted/bor ute”. Disse kategoriene er bearbeidet gjennom flere kartlegginger av bostedsløse (også delvis benyttet i kartlegging av boligsituasjonen blant innsatte i fengslene, Dyb m.fl. 2006) og har vist seg effektive i å fange opp de aller fleste aktuelle situasjoner av bostedsløshet.

Et annet sentralt spørsmål fanger opp bruken av rusmidler. En av problemstillingene i undersøkelsen omhandler eventuelle forskjeller i boligsituasjonen til personer med alkoholproblemer og brukere av narkotika. Svaralternativene for type rusmiddel er delt i åtte kategorier. Kategoriene er basert på gruppering av rusmidler i

Norsk pasientregister (NPR)<sup>5</sup> og EuropASI, European Addiction Severity Index. EuropASI er et større registreringssystem for å kartlegge avhengighet, og omfatter flere bolker med spørsmål (f.eks. Lauritzen 2010). Her har vi brukt indeksen for rusmidler fra EuropASI inn i grunnlaget for å utarbeide spørsmål i registreringsskjemaet. Svaralternativene er en noe forenklet versjon av grupperingene anvendt i NPR og EuropASI, tilpasset detaljeringsnivået vi fant hensiktsmessig i denne kartleggingen.

I tillegg omfatter spørreskjemaet en rekke bakgrunnsvariabler, enkle mål på livssituasjonen til personen og registrering av behov og hjelpetiltak rundt personen (se vedlegg 1). Undersøkelsen kunne besvares enten ved utfylling og innsending av papirskjemaer eller ved elektronisk besvarelse. De aller fleste valgte å benytte papirversjonen.

## **Trinn 2: Kartlegging av respondentene**

Som nevnt over er respondentene i undersøkelsen institusjoner innen TSB og gatenære tilbud til personer med rusproblemer, i rapporten omtalt med samlebetegnelsen lavterskeltilbud. Kartleggingen har to til dels svært ulike respondentgrupper; 1) behandlingstilbud under helseforetakene og private institusjoner med avtale med helseforetakene og 2) lavterskeltilbud ute i kommunene. I den sistnevnte gruppen inngår både offentlig drevet og privat drevet tilbud. Respondentene i de to gruppene ble kartlagt gjennom ulike kanaler.

Kartleggingen av respondenter i gruppe 1 tok utgangspunkt i en oversikt over behandlingstilbud i TSB fra SAMDATA utarbeidet i 2010<sup>6</sup>. Dette var den mest helhetlige oversikten med hver enkelt enhet gruppert under helseforetak inkludert private tilbydere med avtale. Videre tok vi kontakt med det enkelte foretak for å få oppdatert oversikten. Det var gjort en del omorganiseringer, navnebytter og andre endringer, som resulterte i en noe annen liste enn den vi startet med. Vi ønsket å gjennomføre en fulltelling, det vil si å ta med alle aktuelle enheter innen TSB høsten 2014.

---

<sup>5</sup> F. eks. Skjema for registrering av NPR-melding TSB versjon 50.0 <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/registrering/Documents/tsb-situasjon-ved-behandlingsstart.pdf>

<sup>6</sup> SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2010 Vedlegg tverrfaglig spesialisert rusbehandling <http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/tsb-definisjoner-10.pdf>

Bruttoutvalget i respondentgruppe 1 omfatter 128 enheter inkludert døgntilbud og polikliniske tilbud.

Lavterskeltilbud til personer med rusproblemer drives av kommunene og private på oppdrag fra kommunene. Lavterskeltilbud eller gatenære tilbud er samlebetegnelse på et svært heterogent tilbud. Begrepet lavterskel kan bety at det ikke kreves rusfrihet for å benytte tiltaket, men tiltaket kan likevel tilby en viss form for oppfølging og andre tjenester. Eksempel på slike tiltak er hybelhus og enkelte institusjoner i de store byene. I den andre enden av skalaen finner vi tiltak der brukerne kan komme og gå uten at de registreres på noen måte. I den sistnevnte gruppa finner vi kafeer, varmestuer og andre ”stikk innom”-tilbud. Først foretok vi en avgrensning av antall kommuner og brukte kommunestørrelse (folketall) som kriterium. Det er først og fremst de større kommunene som har lavterskeltilbud for rusavhengige. I mindre kommuner forekommer slike tilbud mer sporadisk. Utvalget omfatter alle kommuner i Norge med 30.000 innbyggere og over, til sammen 27 kommuner.

For å kartlegge aktuelle respondenter i disse kommunene tok vi utgangspunkt i den siste nasjonale kartleggingen av bostedsløse, der disse tiltakene inngår i respondentutvalget (Dyb og Johannessen 2013) og deltakere i Lavterskel helsenettverk for rusmiddelavhengige. Både kommuner og ledelsen i de private tilbyderne (frivillige) bidro med en oppdatert liste over respondenter. Bruttoutvalget i gruppe 2 omfatter 106 respondenter.

### **Trinn 3: Kartlegging av personer med rusavhengighet**

Respondentene kartlegger personer som faller innenfor definisjonen og fyller ut, eller bidrar til at pasienten eller brukeren fyller ut, spørreskjemaet. Denne tredje og siste del av undersøkelsen ble lagt opp med en viss tilpasning til de to respondentgruppene. En stor andel av rusavhengige som bruker lavterskeltilbudene, kan være brukere av flere tilbud samtidig og følgelig bli registrert mer enn en gang. I denne gruppa var det nødvendig å ha en form for identifikasjon av brukerne. Også her brukte vi en metodikk som er utprøvd i de nasjonale kartleggingene av bostedsløse: Initialer, fødselsdag og fødselsår (ikke måned). Disse indirekte identifiserende kjennetegnene ble brukt til å ta ut eventuelle dobbeltregistreringer og ble så slettet.

Det forekom imidlertid svært få dobbelregistreringer. Når det innhentes kjennetegn, som i prinsippet kan identifisere vedkommende, innhentes informert samtykke fra brukeren. Mange av brukerne har fylt ut skjemaet på egen hånd.

Enhetene innen TSB har mer informasjon og tettere kontakt med pasientene enn de fleste lavterskeltilbudene vil ha. Her er sannsynligheten for dobbelregistrering minimal: Det er svært lite sannsynlig at en person skrives ut fra to ulike institusjoner innenfor registreringsperioden, som vil være kriteriet for eventuell dobbeltregistrering. Skjemaene her var helt anonymiserte, og respondentene kunne velge om de ville bruke informasjon de allerede satt på eller fylle ut skjemaet sammen med pasienten.

### **Tidsavgrenset tverrsnittsundersøkelse**

Undersøkelsen er en tverrsnittsstudie. Det vil si at den gir et tverrsnittsbilde av situasjonene i en bestemt periode. Tidsvinduet som ble valgt var 20. oktober til 16. november 2014. Ved utløpet av perioden fant vi at svarprosenten ikke var tilfredsstillende. For respondentene i TSB, som ikke hadde svart allerede, utvidet vi vinduet til 19. desember. I andre runde informerte vi om at det var tilstrekkelig å fylle ut skjema for personer som hadde avsluttet behandlingen de siste ukene, men hvis mulig, kunne respondenten fylle ut skjema for hele perioden. For respondenter i lavterskeltilbud utvidet vi ikke vinduet for registrering. Her ble registreringen kun gjennomført i perioden 20. oktober til 16. november<sup>7</sup>. Svarprosenten var høyst forskjellig fra de to respondentgruppene. Men, som drøftet under, har dette også sammenheng med institusjonelle trekk ved respondentgruppene.

### **Svarprosent og frafall i TSB**

En av de store utfordringene i surveys er å få en tilstrekkelig høy svarprosent. Konkurransen om respondentenes oppmerksomhet er stor. Deltakelse i denne undersøkelsen var for mange respondenter spesielt tidkrevende, enten ved at de selv fylte ut flere skjemaer eller ved at de organiserte besvarelse av spørreskjemaene blant sine pasienter/brukere. Andel svar fra TSB-respondentene er imidlertid 63 prosent, som anses som svært tilfredsstillende og høyt for denne typen undersøkelser. Fra lavterskeltilbudene har vi en svarprosent på 36. Vi skal se nærmere

---

<sup>7</sup> Denne beslutningen var basert på tids- og budsjettrammen for prosjektet.

på hvem som har svart og på frafall av respondenter for begge respondentgruppene.

Bruttoutvalget av TSB-respondenter omfattet 128 enheter, offentlige og private med avtale. Dette er alle aktuelle enheter i TSB på tidspunktet for kartleggingen, og som vi har oversikt over. Disse er kartlagt gjennom kontaktpersoner i hvert helseforetak. Ti enheter utgikk fra bruttoutvalget: Fem enheter på grunn av at vi ikke fikk adresse og kontaktperson til disse enhetene, og de fikk ikke tilsendt spørreskjema. Noen enheter svarte under én og samme adresse og ble slått sammen til en respondent og en privat tilbyder inngikk avtale med helseforetaket i oktober og var ikke aktuell for utskriving av pasienter i perioden. Bruttoutvalget ble dermed redusert til et nettoutvalg på 118 respondenter. 13 av respondentene har ikke sendt inn skjema med to ulike begrunnelser: Noen klarte ikke å gjennomføre undersøkelsen og andre meldte at de ikke hadde utskrivinger i den aktuelle perioden. Svarprosent omfatter alle som har svart, til sammen 74 respondenter, og beregnes på grunnlag av nettoutvalget på 118 respondenter.

Enheter innen alle helseforetakene har deltatt i undersøkelsen. Vi finner ingen systematiske frafall av respondenter i noen helseforetak. Svarprosenten er noe lavere for poliklinikkene enn for utvalget som helhet. Under halvparten av poliklinikkene og DPS<sup>8</sup> i nettoutvalget har sendt inn skjemaer. Vi har fått noen tilbakemeldinger om at det er svært krevende for respondenter i polikliniske behandlingstilbud å delta i undersøkelsen. Noen poliklinikker har imidlertid lagt ned et stort arbeid og sendt inn mange skjemaer.

Totalt 61 enheter innen TSB har sendt inn fra ett til over 30 skjemaer. Respondentene, det vil si ansatte i TSB, har i svært få tilfeller meldt tilbake at de har pasienter som ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Vi kan gå ut fra at de aller fleste, som avsluttet behandlingen ved enheter som har svart på undersøkelsen i løpet av registreringsperioden, er med i datamaterialet. Undersøkelsen i TSB omfatter i alt 565 personer (enheter); 417 fra døgninstitusjoner og 148 fra poliklinisk behandling. Hvert år utskrives rundt 11.400 pasienter i døgnbehandling, de fleste fra korttidsinnleggelse, og rundt 11.400 får poliklinisk behandling

---

<sup>8</sup> Distriktpsikiatriske sentre/DPS med rusbehandling inngår i utvalget

(2009-tall)<sup>9</sup>. En beskrivende analyse av datamaterialet viser at pasientene i undersøkelsen har en profil som ligger nært opp til den generelle pasientprofilen i TSB og bekrefter at utvalget er representativt for pasientgruppen (kapittel 2). Vi vil imidlertid ta et visst forbehold med hensyn til pasienten i poliklinisk behandling i deler av analysen, på grunn av et forholdsvis lite antall enheter (pasienter) i materialet.

Kartleggingen har en høy svarprosent, antall enheter som inngår i kartleggingen er forholdsvis høyt og det er grunn til å anta at det valgte tidsvinduet for kartleggingen ikke gir et vesentlig annet bilde enn et annet tidsvindu ville gitt. Det er videre ingen grunn til å anta at utvidelse av tidsvinduet har medført skjevheter i dataene. Det er ingen spesifikke perioder med flere eller færre utskrivninger og avslutninger av behandling. Utvidelse av tidsvinduet økte svarprosenten betydelig og ga et større datamateriale.

### **Svarprosent og frafall i lavterskeltilbud**

Bruttoutvalget blant lavterskeltilbudene omfatter 105 respondenter. Noen av disse utgikk fra utvalget fordi de ikke var i målgruppen eller ikke var i kontakt med brukere. Nettoutvalget omfatter 99 respondenter. 36 av respondentene har svart, tilsvarende 36 prosent. Svarprosenten er lav. Til sammenligning var svarprosenten fra denne respondentgruppa i siste nasjonale kartlegging av bostedsløse 30 prosent<sup>10</sup>. Som nevnt over er dette en heterogen gruppe med svært ulik tilgang til og kontakt med brukerne. For å se om vi finner systematiske frafall blant respondentene undersøker vi først responsen på kommunalt nivå.

---

<sup>9</sup> Pasienter i TSB <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-i-tsb/Publikasjoner/pasienter-i-tsb.pdf>

<sup>10</sup> I den nasjonale kartleggingen av bostedsløse er sosialtjenesten i NAV den viktigste respondent og rapporterer også inn personer i lavterskeltilbud.



Har rapportert	Ingen har rapportert
Arendal	Asker
Bergen	Bodø
Bærum (lite)	Fredrikstad
Drammen	Larvik
Haugesund	Lørenskog
Karmøy	Moss
Kristiansand	Ringsaker
Oslo	Sandefjord
Porsgrunn	Skedsmo
Sandnes	Tromsø
Sarpsborg	Ullensaker (ingen kartlagte respondenter)
Skien	Ålesund
Stavanger	
Trondheim	
Tønsberg	

Tendensen er at respondenter i store kommuner oftere svarer enn respondenter i mindre kommuner (alle kommunene i utvalget har 30.000 innbyggere og over). Flere respondenter i de fire største byene, Oslo (svært høy svarprosent), Bergen, Trondheim og Stavanger har svart. Også flere av de andre kommunene i venstre rad i tabellen er svært godt dekket og noen har en svarprosent på 100 (alle respondentene i kommunen har svart). Geografisk finner vi et frafall av respondenter i Nord-Norge og på nordvestlandet. Ingen har svart i Tromsø, Bodø og Ålesund. Boligmarkedet, som har betydning for hvilke muligheter vanskeligstilte personer og husstander har til å skaffe seg å etablere seg i en tilfredsstillende bolig, er presset i en kommune som Tromsø, men ikke mer presset enn i de største byene og Sandnes (som utgjør et særtilfelle, se f.eks. Dyb m.fl. 2013). Det er ingen grunn til at det geografiske frafallet av respondenter skulle gi betydelige skjevheter i datamaterialet.

Vi finner ingen systematikk i frafall eller svar fra type respondenter innen lavterskelgruppa (helsetilbud, botilbud, dagsentre/møtesteder osv.). Men som nevnt over måtte brukergruppen her godkjenne deltakelse. Mange brukere har fylt ut skjemaene selv og andre i samarbeid med ansatte i tiltakene. Vi har fått tilbakemeldinger om, og er kjent med fra andre studier, at det er brukere med de største problemene som faller fra. Vi antar derfor at det er en systematisk skjevhet i dataene, som innebærer at de mest

ressurssterke brukerne av lavterskeltilbud er overrepresentert og de mest utsatte er underrepresentert. En referanse kan derfor være siste kartlegging av bostedsløse og se på sammenfall versus forskjeller i datamaterialet. I kartleggingen av bostedsløse gjennomføres undersøkelsen på samme måte, men her er det gitt fritak fra taushetsplikten slik at alle i målgruppen blir registrert. Utvalget av respondenter er også bredere og fanger stort sett opp de som er vanskeligst å nå.

Antall enheter som inngår i datasettet for lavterskeltilbud, etter at dobbeltregistreringer og noen svært mangelfullt utfylte skjemaer er tatt ut, er 416.

### 1.5.2 Metoder i casestudiene

I den kvalitative delen av studien ble det gjort intervjuer i fire bykommuner. En av bykommunene var på over 100 000 innbyggere, to var på mellom 60-70 000 innbyggere, mens en var på om lag 30 000 innbyggere. Kommunene fordelte seg geografisk med en nord for Trøndelag, en på Vestlandet, en på det sentrale Østlandet og en på indre Østlandet.

I hver av kommunene ble det gjort intervjuer med sentrale aktører innenfor oppfølging av personer med vansker i forhold til rusmiddelbruk, i alt 18 informanter. Informantene var valgt ut for å sikre bredden i perspektivene på kommunenes boligsosiale arbeid i forhold til rusbruk og fordelte seg med fem på NAV-kommune, med ansvar for oppfølging av personer med rus, en på kommunalt boligkontor, tre fra ambulerende boteam, to ledere fra bosentre, herav et kommunalt og et i regi av Kirkens Bymisjon og til slutt fire informanter sentralt i kommunene, for seksjoner med ansvar for rus og psykiatri. I spesialisthelsetjenesten intervjuet vi tre ved DPS, herav en psykiater/avdelingsoverlege samt to sosionomer.

Alle kommunene ble kontaktet og informert om prosjektet og tematikk via epost. Samtlige av kommunene ble besøkt, fire av de i alt 18 intervjuene ble gjort på telefon, mens resten ble gjort ved personlig besøk i kommunen. To intervjuer fant sted som gruppeintervju med to informanter og et intervju fant sted med tre informanter til stede på samme tid. Intervjuene ble foretatt semistrukturerte med en tematisk intervjuguide.

## Intervjuer med brukere

Tabellen i vedlegg 2 i rapporten gir en oversikt over brukerinformantene, når det gjelder kjønn, alder, bolig, rusbruk og hjemkommune. Strategiene for å komme i kontakt med brukerne varierte. De fleste av intervjuene ble gjennomført ved at ansvarlige enten innen kommunen, ved ambulerende team, spesialisthelse-tjenesten eller ved et dagbasert velferdstiltak, spurte brukere og pasienter om de var villige til å stille opp til intervju. I ett tilfelle oppsøkte vi imidlertid et velferdstiltak for aktive rusmisbrukere, og benyttet dette som arena for å komme i kontakt med rusmisbrukere og høre deres erfaringer. Dette gav nyttig informasjon og satte oss i kontakt med flere brukere som villig delte historier, synspunkter og erfaringer med oss. Dette resulterte også i at to sa seg villige til å delta i et formelt intervju. I tillegg var tre intervjuer planlagt på dette velferdssenteret, to av disse ble intervjuet samtidig på samme sted. Dette siste intervjuet ble avtalt med velferdssenterets ledere, som spurte de to om de var villige til å la seg intervju. I alt ble fem informanter intervjuet på et velferdssenter for personer med aktive rusproblemer.

De andre intervjuene ble enten gjort i vedkommendes egen bolig eller på et behandlingssted. I det sistnevnte tilfellet var det en sosionom til stede under intervjuet. En ble intervjuet i Kirkens Bymisjons lokaler, mens den siste ble intervjuet i lokalene til basen på vedkommendes boligfellesskap, med en representant fra ambulerende team til stede. I sum var det derfor en representant fra tjenesteapparatet til stede i to av 11 intervjuer. Disse deltok i liten grad aktivt under intervjuet.

I to tilfeller, der to informanter ble intervjuet samtidig, var informantene tydelig ruset under intervjuet, og det reduserte mulighetene for å føre en sammenhengende samtale. I de andre intervjuene var informantene meddelsomme og informantene besvarte meget villig spørsmålene. Det var i alle tilfelle en meget god og avslappet stemning rundt intervjuene, og informantene gav et inntrykk av både åpenhet og ærlighet. Flere av informantene åpnet seg veldig i løpet av intervjuet, og en uttrykte at det var ”godt å få snakket om disse tingene”. Intervjuenes varighet varierte, fra om lag en halv time til om lag 1,5 timer.

---

## 1.6 Strukturen i rapporten

De kvantitative og kvalitative delene av undersøkelsen er presentert hver for seg. Kartleggingen i TSB og lavterskeltilbudene gjennomgås og analyseres i kapitlene 2-4. Resultatene fra casestudiene presenteres i kapitlene 5 og 6. Denne måten å organisere materialet på gir den beste oversikten for leseren. Flere av problemstillingene belyses med begge metodene. Det gjelder særlig spørsmålene om bosituasjonen for brukerne av gatenære tiltak, hvorvidt bolig er en del av individuell plan og brukernes behov for tjenester og hvorvidt de mottar de nødvendige tjenestene. Andre problemstillinger undersøkes primært med den ene eller andre metoden. De to undersøkelsene har ulike metoder og separate gjennomganger gir den mest ryddige organiseringen av rapporten. Et kort avsluttende kapittel – kapittel 7 – trekker sammen noen tråder og peker på potensialet for å styrke samarbeidet rundt bolig etter behandling.

## 2 Profiler på gruppene

Generelt henger boligsituasjonen gjerne sammen med andre ”egenskaper” eller kjennetegn ved personen, som sosioøkonomisk status, sivilstatus og alder. Kapitlet beskriver profiler på tre grupper i datamaterialet. En av problemstillingene i studien dreier seg om å undersøke eventuelle forskjeller mellom personer i døgntilbud og poliklinisk behandling. Problemstillingen er spesifikt rettet mot å undersøke om det er forskjeller i boligsituasjonen mellom de to gruppene. Men nettopp fordi boligsituasjonen ofte henger sammen med de nevnte andre kjennetegnene, inndeles dataene i to grupper, pasienter i døgntilbud og poliklinisk behandling, gjennomgående både i dette kapitlet og videre i rapporten. Den tredje gruppen i analysen er brukere av lavterskeltilbud.

### 2.1 Bakgrunn og sosioøkonomisk status

Gjennomgangen gir et bilde av hvordan de tre gruppene fordeler seg på variablene i datasettet (fordeling av svarene på spørsmålene i spørreskjemaet). Den første tabellen, tabell 2.1, er en samletabell for bakgrunn, som kjønn, alder, sivilstatus og fødeland/-region. Tabellen viser også noen kjennetegn som indikerer sosioøkonomisk posisjon. Disse er fullført utdanning og viktigste inntektskilde. Ofte benyttes inntekt og inntektsnivå som indikatorer på sosioøkonomisk posisjon. I en undersøkelse som denne, der mange av skjemaene fylles ut på vegne av personen og i tillegg omfatter personer med usikre/ustabile inntekter, er det ikke hensiktsmessig å spørre etter inntektsnivå. Inntektskilde er imidlertid, som dataene bekrefter, en god indikasjon på sosioøkonomisk posisjon.

Tabell 2.1 *Samletabell for kjønn, alder, sivilstatus, utdanning og viktigste inntektskilde for tre grupper. Prosent<sup>11</sup>*

Kjennetegn	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
<b>Kjønn</b>			
- Menn	71	71	72
- Kvinner	29	29	28
<b>Sivilstatus</b>			
- Enslig	84	73	84
- Gift, samboer	16	27	16
<b>Alder</b>			
- Under 30 år	24	47	9
- 30 – 44 år	40	25	35
- 45 år og over	37	28	56
<b>Fullført utdanning</b>			
- Grunnskole	40	49	47
- Videregående skole	33	28	42
- Universitet/høgskole	11	9	9
- Ukjent	16	14	2
<b>Viktigste inntektskilde</b>			
- Arbeidsinntekt	4	19	1
- Dagpenger	2	3	(0,5)
- Sykepenger	9	5	(0,5)
- Pensjon, alder/ufør/o.a.	24	17	52
- Studielån, stipend	(0,2)	1	0
- Arbeidsavklaringspenger	37	24	16
- Kvalifiseringsstønad	(0,2)	2	(0,5)
- Sosialhjelp	13	17	29
- Annet, ukjent	10	13	1

<sup>11</sup> N = døgnbehandling: 417, poliklinikk: 148, lavterskel: 416

Der det er relevant blir resultatene sammenlignet med den nasjonale kartleggingen av bostedsløse. De to undersøkelsene er ikke sammenlignbare etter alle mål, men kartleggingen av bostedsløse er en relevant referanse her (Dyb og Johannessen 2013). Det finnes ellers en del oversikter over bakgrunn og sosioøkonomiske kjennetegn ved personer i TSB. Gjennomgangen i dette kapitlet gir en pekepinn på representativiteten i utvalget av pasienter i denne undersøkelsen. Vi vil imidlertid poengtere at denne surveyen ikke nødvendigvis vil være entydig representativ for alle pasienter i TSB til en hver tid, fordi den kartlegger kun personer som avslutter behandlingen i et gitt tidsrom. Det kan forekomme noen avvik mellom hele pasientgruppen og gruppen som avslutter behandlingen i dette tidsrommet, men det er ingen grunn til å forutsette at det forekommer betydelig avvik eller forskjeller.

Den første delen av tabell 2.1 viser fordelingen på menn og kvinner. Forskjellen mellom de tre gruppene er ganske liten. Blant pasienten i TSB er 71 prosent menn og 29 prosent kvinner (likt for døgn- og poliklinisk behandling) og blant lavterskelbrukerne 72 prosent menn og 28 prosent kvinner. Kjønnfordelingen er i overensstemmelse med statistikk fra TSB, som viser at er 70 prosent av døgnpasientene er menn. Andelen kvinner i hele populasjonen av pasienter ved poliklinikkene er imidlertid noe høyere enn i denne undersøkelsen (35 prosent)<sup>12</sup>. Kjønnfordeling i vår undersøkelse er den samme som blant bostedsløse personer.

Andelen enslige blant døgnpasientene og brukere av lavterskeltilbud er på hele 84 prosent og tilsvarende er 16 prosent gifte eller samboere. Blant pasienter i poliklinisk behandling er andelen enslige lavere og flere er gifte eller samboere (73 og 27 prosent). Forskjellene mellom personer i døgnbehandling og poliklinisk behandling er statistisk signifikante<sup>13</sup>.

Alder er her delt inn i tre grupper. De aller yngste, under 25 år, utgjør en forholdsvis liten andel av materialet, og for å unngå for få enheter (personer) i noen av alderskategoriene, er inndeling i tre grupper mest hensiktsmessig for å gi et oversiktsbilde. Tabell 2.1 viser at det er klare forskjeller mellom de tre gruppene. Blant

---

<sup>12</sup> Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012. Helsedirektoratet

<sup>13</sup> Kjikvadrat-test:  $p < 0,01$

døgnpasienter utgjør personer under 30 år en fjerdedel (24 prosent). Tall fra Helsedirektoratet viser at aldergruppen 18 til 29 år utgjør en fjerdedel av alle pasientene i døgnbehandling (kilde: se fotnote 11). I poliklinisk behandling er nærmere halvparten av pasientene under 30 år (47 prosent).

Aldersfordelingen i de tre gruppene viser stor variasjon. Blant brukerne av lavterskeltilbud er kun en av ti under 30 år. Her antas underrapporteringen blant de yngre å være betydelig. Det er generelt vanskelig å rekruttere unge i sårbare posisjoner til å delta i undersøkelser. For brukerne av lavterskeltilbud ble det stilt krav om skriftlig samtykke om å delta i undersøkelsen. I kartleggingen av bostedsløse representerer respondentene flere deler av hjelpeapparatet og kan derfor fange opp også unge bostedsløse rusavhengige, som ikke selv ønsker eller fungerer godt nok i hverdagen til å kunne delta<sup>14</sup>.

Midtgruppen, 30 til 44 år, dominerer blant døgnpasienter (40 prosent) og utgjør en tredel blant lavterskelbrukere (35 prosent). En av fire ferdighandlede pasienter ved poliklinikkene er mellom 30 og 44 år. De eldste blant døgnpasientene utgjør 37 prosent, og blant pasienter ved poliklinikkene 28 prosent.

Den lave andelen unge blant brukere av lavterskeltilbud ”hentes inn igjen” blant de eldste i alderen 45 år og over (56 prosent). Den svært høye andelen ”eldre” reflekterer noen av de samme mekanismene som drøftet i forhold til de yngste. Her er det nok flere som ønsker og til dels har kommet inn i en mer organisert hverdag enn blant de yngre og har motivasjon for å bidra til forandring. Deltakelse i en undersøkelse oppfattes delvis som et uttrykk for en viss tro på at informasjon kan bidra til forandringer. I denne kartleggingen har vi fått enkelte tilbakemeldinger fra hjelpeapparatet om at personer har avslått å delta, med begrunnelse at de ikke tror på endring.

### 2.1.1 Utdanning og arbeid

Utdanningsnivået i alle tre gruppene er lavere enn i befolkningen generelt. I befolkningen er andelen med fullført videregående skole 42 prosent og andelen med universitets-/høgskoleutdanning er 29 prosent. Blant pasientene i rusbehandling er andelen med høyeste

---

<sup>14</sup> Gruppen unge under 25 år beskrives nærmere i kapittel 4.



utdanningsnivå henholdsvis 11 prosent (døgn) og 6 prosent (poliklinikk). Andelen som kun har grunnskole varierer fra 40 prosent blant døgnpasienter (lavest) til 49 prosent blant pasienter ved poliklinikkene (høyest) og 47 prosent blant brukere av lavterskeltilbud. I befolkningen er andelen med kun grunnskole 29 prosent. Blant pasienter i TSB finner vi en betydelig gruppe med ukjent utdanningsnivå. Det kan indikere at respondenten som har fylt ut skjemaet ikke kjenner utdanningsnivået, men det kan også indikere at vedkommende ikke har fullført grunnskolen. Brukerne av lavterskeltilbud har deltatt i eller fylt ut skjemaet selv, og andelen med ukjent utdanningsnivå er her svært liten.

Inntektskilde vil vanligvis fortelle noe om inntektsnivået og muligheten for å kjøpe eller leie en bolig i det private markedet. Første rad i tabelldelen ”viktigste inntektskilde” i tabell 2.1, viser at en svært liten andel har arbeidsinntekt eller andre inntektskilder som kan knyttes til arbeidslivet. I sistnevnte kategori finner vi dagpenger (ved arbeidsledighet) og sykepenger. Blant døgnpasientene har 4 prosent arbeidsinntekt, 2 prosent har dagpenger og 9 prosent har sykepenger ved innsøking til behandling. Til sammen hadde 15 prosent av døgnpasientene arbeidsrelatert inntekt ved behandlingsstart. Andelen med arbeidsinntekt er høyest blant personer i poliklinisk behandling (19 prosent), og den samlede arbeidsrelaterte inntektskilden i denne gruppen er 27 prosent. Som en skarp kontrast er andelen med arbeidsrelatert inntekt blant brukerne av lavterskeltilbud på kun 2 prosent (1 prosent med arbeidsinntekt og 0,5 prosent i innteksgruppene dagpenger og sykepenger). Det er verdt å merke seg at de aller fleste både blant TSB-pasientene og lavterskelbrukere er i yrkesaktiv alder.

Viktigste inntektskilder er i alle gruppene en form for pensjon eller andre velferdsytelser. Inntektskategorien ”pensjon” omfatter alders- og uførepensjon og eventuelle andre pensjoner. En fjerdedel av døgnpasientene og vel halvparten av lavterskelbrukerne har en form for pensjon. Blant pasienter ved poliklinikkene har færre enn en av fem pensjon som hovedinntekt. Alderssammensetning av gruppene tatt i betraktning vil pensjonsinntektene i stor grad være uførepensjon. Kun en håndfull personer i alle de tre gruppene har nådd pensjonsalder (6-8 prosent over 60 år og noen få personer i hver gruppe har passert 67 år, vises ikke i tabell 2.1). Pensjonsinntekter er basert på tidligere

inntekt. Ser man på yrkesaktiviteten målt i arbeidsrelaterte inntekter og antar at yrkesaktiviteten for de fleste i de tre gruppene er begrenset gjennom livsløpet, vil pensjonene være forholdsvis små. Pensjon er en forutsigbar inntektskilde og gir et grunnlag for kjøp og/eller leie av bolig. Men dersom pensjonene er små vil mulighetene til å komme inn på boligmarkedet være begrenset særlig i pressområdene som de store byene og større byregioner.

Arbeidsavklaringspenger (AAP) ble innført som erstatning for særlig langvarig bruk av sosialhjelp. AAP er imidlertid en mer aktiv ytelse. Kriterier for å få AAP er blant annet at personen er under behandling, deltar i arbeidsrettet tiltak under arbeidsutprøving, under oppfølging av NAV etter behandling eller arbeidsutprøving, eller venter på resultat av søknad om uførepensjon<sup>15</sup>. Mange som tidligere fikk sosialhjelp vil nå ha AAP. 36 prosent av døgnpasientene og 23 prosent av pasientene i poliklinisk behandling hadde AAP ved behandlingsstart. AAP er den største inntektskategorien blant alle pasienter i TSB. 16 prosent av brukerne av lavterskeltilbud har denne ytelsen, mens andelen med sosialhjelp er 29 prosent og klart større enn blant pasientene i TSB (døgn: 13 prosent, poliklinikk: 17 prosent).

Til tross for en del ulikhet i viktigste inntektskilde i de tre gruppene, er hovedbildet i grove trekk det samme: Et forholdsvis lite mindretall har arbeidsrelaterte inntektskilder. Nærmere halvparten i alle tre gruppene har AAP eller sosialhjelp, som er usikre og mer kortvarige inntektskilder, mens pensjoner er mer ujevnt fordelt mellom de tre gruppene. Alle tre gruppene, pasienter i TSB og brukere av lavterskeltilbud, scorer lavt på to viktige arenaer for integrering i samfunnet; utdanning og arbeid. I Norge, med høyt utdanningsnivå og svært lav arbeidsløshet, vil disse "egenskapene" sannsynligvis forsterke sosiale marginaliseringsprosesser. En studie av nabolagets effekter på sosioøkonomisk status senere i livet fant at personer som vokser opp i områder der en stor andel av befolkningen har velferdsytelser, oppnår lavere sosioøkonomisk status i voksen alder enn andre. Dette er et av de mest entydige funnene i en omfattende studie (Brattbakk og Wessel 2014). Forskerne bak studien påpeker nettopp at manglende deltakelse i arbeidslivet i et samfunn med svært høy

---

<sup>15</sup> Se NAV (februar 2015):

[https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt,+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Arbeidsavklaringspenger+\(AAP\).217377.cms](https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt,+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Arbeidsavklaringspenger+(AAP).217377.cms)

yrkesdeltakelse kan føre til sosial marginalisering blant beboerne i denne typen nabolag. Det er med andre ord flere forhold som kan spille inn på muligheten for etablering i boligmarkedet blant personer med rusproblemer. Antatt lave inntekter er påpekt over. Lang tid i et miljø preget av svak sosial tilknytning til viktige samfunnsarenaer, må også regnes inn som en faktor. Det siste elementet, som bosetting i ”rusmiljøer” og manglende sosialt nettverk utenfor rusmiljøet drøftes nærmere i kapittel fem og seks.

## 2.2 Født i Norge

De aller fleste med rusproblemer i denne undersøkelsen er født i Norge. Undersøkelsen fanger ikke opp personer med utenlandsk bakgrunn, men som er født her i landet av innvandrede foreldre. Kolonnen helt til høyre i tabellen viser fordelingen etter land/region i hele befolkningen i Norge. Disse tallene omfatter personer som er innvandret og er født i landet av innvandrerforeldre. Tallene fra undersøkelsen og for hele befolkningen er derfor ikke helt sammenlignbare. Forskjellen mellom gruppen født i utlandet og en gruppe som også inkluderer personer født i landet av innvandrerforeldre er imidlertid minimal. Grunnlaget for å sammenligne våre tall med tallene for hele befolkningen er derfor tilstrekkelig godt.

Tabell 2.2 *Fødeland/-region blant personer i tre grupper og hele befolkningen. Prosent*

Land/ verdensdel	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel	Hele <sup>16</sup> landet
Norge	87	89	86	85,1
Øvrige Europa	4	5	4	7,6
Afrika	2	(1)	3	1,9
Asia	2	3	2	4,8
Amerika	2	0	(0,7)	0,6
Annet/ukjent	2	(2)	4	0
Alle	99	100	100	100
N	411	102	416	

Tallene i parentes i tabellen omfatter under fem personer

Tabell 2.2 viser først og fremst at de aller fleste pasientene i TSB og brukere av lavterskeltilbud er født i Norge. Gruppen "Norge" utgjør fra 86 til 89 prosent. Andelen født i Norge omfatter 85,1 prosent av befolkningen. Det store bildet viser at forskjeller mellom fordeling på land/region i undersøkelsen og hele befolkningen er små. Et unntak er personer fra "Øvrige Europa". Disse er klart underrepresentert i undersøkelsen. En forklaring kan være at personer fra Europa, som opplever rus- og andre sosiale- eller helseproblemer, har mulighet til å reise til hjemlandet og velger denne løsningen. En annen forklaring, som kan supplere den første, er at personer fra EØS-området ofte kommer som arbeidsinnvandrere, og når de mister jobben har de få om noen rettigheter til velferdsytelser i Norge. I tilfelle rusproblemer vil de derfor i liten grad gjenfinnes i behandlingsapparatet. En undersøkelse blant bostedsløse polakker i Norge viser at de fleste har et rusproblem, men i den grad de bruker lavterskeltilbud for rusmisbrukere, oppsøker de Frelsesarmeens suppebuss, som har den aller laveste terskelen av alle tilbud, og noen få andre lavterskelsteder (Mostowska 2011).

## 2.3 Rusmiddelbruk

Den forholdsvis detaljerte kategoriseringen av rusmidler er basert på gruppering av rusmidler i Norsk pasientregister (NPR)<sup>17</sup> og

<sup>16</sup> Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn, 1. januar 2014. Statistisk sentralbyrå, befolkningsstatistikk

EuropASI, European Addiction Severity Index. EuropASI (forklart i kapittel 1). Her viser vi fordelingen på alle kategoriene brukt i spørreskjemaet. Tabell 2.3 viser at noen rusmidler dominerer, mens andre er lite ubredte. For multivariate analyser (sammenheng mellom flere "egenskaper" ved gruppene) lenger ute i rapporten er det hensiktsmessig å slå sammen flere kategorier og "rydde" i kategoriene.

Tabell 2.3 *Personens primære rusmiddel i tre grupper. Prosent*

Primære rusmiddel	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
Alkohol	43	32	15
Cannabis	5	18	7
Heroin/opium	9	9	9
LAR-medisiner illegalt	2	0	3
Andre opiater, smertestillende	3	3	2
Benzodiazepiner, dempende	5	5	5
Amfetamin	11	10	13
Kokain	1	(1)	-
Annet	19	22	44
Vet ikke	1	(1)	3
Alle	99	101	100
N	413	148	416

Tabellen viser det primære rusmiddelet personen bruker. Den største enkelgruppen av rusmidler blant døgnpasienter i TSB er alkohol (43 prosent). Også blant polikliniske pasienter er dette den største gruppe og omfatter en av tre personer. Blant brukere av lavterskeltilbud oppgir kun 15 prosent alkohol som primære rusmiddel. Cannabis, heroin/opium og amfetamin er også noe utbredt som primære rusmiddel, blant pasienter ved poliklinikkene har 18 prosent cannabis som primære rusmiddel. 5-6 prosent i alle tre gruppene bruker primært benzodiazepiner og andre dempende medisiner som rusmiddel. Andre opiater, smertestillende, illegale LAR-medisiner og kokain har liten utbredelse som viktigste rusmiddel.

<sup>17</sup> F. eks. Skjema for registrering av NPR-melding TSB versjon 50.0 (Januar 2015) <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/registrering/Documents/tsb-situasjon-ved-behandlingsstart.pdf>

Kategorien ”annet” i tabell 2.3 er en betydelig gruppe blant TSB-pasientene (19 og 22 prosent) og den dominerende gruppen blant lavterskelbrukerne (44 prosent). Bak ”annet” skjuler det seg et utbredt blandingsmisbruk. Respondentene har krysset av på flere og til dels mange alternative svar på rusmidler. De har sannsynligvis ikke sett seg i stand til å velge ett primært rusmiddel. Antall rusmidler varierer stort sett mellom tre og seks typer av rusmidler. Noen har oppgitt to og noen operer med syv og åtte typer rusmidler. Antall som oppgir flere typer rusmidler er, ikke uventet, høyest blant brukere av lavterskeltilbud. Blant lavterskelbrukerne inngår alkohol i blandingsmisbruket hos 34 prosent av kategorien ”annet”, og cannabis inngår hos 31 prosent. Tilsvarende tall for døgnpasienter i TSB er 43 og 54 prosent. Antall personer totalt i gruppen pasienter ved poliklinikker er lavere enn i de to andre gruppene, og antall blandingsmisbrukere er også forholdsvis lite. Både alkohol og cannabis inngår i blandingsmisbruk også her.

For senere formål vil personer med blandingsmisbruk bli skilt ut i egen gruppe, og kategorier med svært få svar blir lagt inn i annet, sammen med de som har svart ”annet” uten å gi nærmere opplysninger.

### 1.1.1. Langvarige problemer

De aller fleste i denne undersøkelsen har hatt et rusproblem over flere år. Lengden er illustrert i tabell 2.4. Varigheten er målt i fire enkle kategorier: ”Nytt, akutt problem”, ”under 1 år”, ”1-2 år”, ”over flere år (<2 år)” og en ubesvart/vet ikke-kategori. Når man kommer til behandling med et rusmiddelproblem, indikerer det i seg selv at problemet har vart en stund. Lavterskelbrukerne har en forholdsvis høy alder og et lite antall yngre personer, som også vil bidra til å gi et høyt antall personer med langvarige rusproblemer blant brukerne av lavterskeltilbudene.

Tabell 2.4 *Varighet av rusproblemet, tre grupper. Prosent*

Varighet av rusproblemet	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
Nytt akutt problem	(-)	(1)	-
Under 1 år	(1)	(2)	1
1-2 år	3	7	3
Over flere år (>2 år)	91	79	86
Vet ikke/ubesvart	5	10	11
Alle	100	99	100
N	413	145	416

Ruter med tall i parentes omfatter under fem personer

Tabell 2.4 viser at kun for et lite antall personer er rusproblemet nytt og akutt. Noen flere, men fremdeles bare noen få personer, har et rusproblem med varighet under et år. Litt flere har hatt rusproblemer i ett til to år. De store gruppene har oppgitt at rusproblemet har vart i flere år og minimum to år: 91 prosent blant døgnpasientene, 79 prosent blant pasienter ved poliklinikkene og 86 prosent av brukerne av lavterskeltilbud. Resultatet er ikke, som antydnet i avsnittet over, overraskende. Undersøkelsen gir ikke et bilde av populasjonen i Norge med et rusproblem. Den omfatter personer som har vært i behandling, og personer som bruker lavterskeltilbud til rusmisbrukere. Lavterskeltilbudene benyttes i all hovedsak av personer som er tilknyttet et rusmiljø og mange er godt etablerte i miljøet. Å bruke lavterskeltilbud innebærer for svært mange å overskride en grense og erkjenne at man har et alvorlig problem. Noen av lavterskeltilbudene har også bostedsløse rusmisbrukere som målgruppe.

## 2.4 Behandling og utskriving

Dette delkapittelet ser på tid i behandling og årsaker til at behandlingen avsluttes. Disse spørsmålene gjelder personer i TSB og ikke brukere av lavterskeltilbud.

Tabell 2.5 *Varighet av behandlingen, to grupper. Prosent*

Tid i behandling	Døgn	Poliklinikk
Under 1 uke	18	4
1 uke og opp til 1 mnd	44	12
1 mnd og inntil 3 mnd	22	13
3 mnd og inntil 6 mnd	11	13
6 mnd og mer	6	58
Alle	101	100
N	417	146

Kjikkvadrattest:  $p < 0,001$ 

De fleste oppholdene i døgnbehandling varer fra en uke og inntil tre måneder. 62 prosent av pasientene har vært innlagt til behandling i TSB fra mindre enn uke til en måned. 22 prosent har vært til behandling fra en til tre måneder. En av ti har behandlingsopphold i inntil et halvt år og et lite antall (6 prosent) i et halvt år eller mer. Tall fra Helsedirektoratet viser at 95 prosent av pasientene er skrevet ut innen 100 dager (litt over tre måneder)<sup>18</sup>. Ved poliklinikkene er 58 prosent av pasientene i behandling i et halvt år eller lenger.

Tabell 2.6 *Årsaker til at behandlingen avsluttes, to grupper. Prosent*

Årsaker til avsluttet	Døgn	Poliklinikk
Etter oppsatt plan	49	29
Overført til annen behandling	20	18
Personen avbryter behandlingen	17	36
Institusjonen avbryter behandl.	4	8
Annet	10	10
Alle	100	101
N	417	146

Kjikkvadrattest:  $p < 0,001$ 

Blant årsakene til at behandlingen avsluttes finner vi også store variasjoner mellom personer i døgn- og poliklinisk behandling. Halvparten av pasientene i døgnbehandling avslutter etter oppsatt plan. Tilsvarende for pasienter i poliklinisk behandling er 29 prosent. En av fem pasienter i døgnbehandling overføres til annen behandling og nesten like mange velger å avbryte behandlingen. Ser vi nærmere på pasientene ved poliklinikkene, finner vi at 18

<sup>18</sup> Pasienter i tverrfaglig spesialisert rushandling 2010. Helsedirektoratet



prosent overføres til annen behandling, og 36 prosent velger å avbryte før fullført behandlingen. I nærmere ett av ti tilfeller velger institusjonen å avbryte behandlingen før planlagt avslutning. En undersøkelse gjennomført ved ruspoliklinikken ved DPS Hamar fant at en stor andel av pasientene hadde store problemer med å nyttiggjøre seg tradisjonell kontorbasert poliklinisk rusbehandling. Frafallet til oppmøte var størst hos personer under 40 år med narkotikaproblemer, mens personer som brukte alkohol og eldre pasienter var mer stabile (Kulbrandstad og Granum 2008).

Neste kapittel ser nærmere på om det er systematiske sammenhenger mellom boligsituasjonen og årsaker til avsluttet behandling. Neste del av dette kapittelet viser med enkle frekvensfordelinger boligsituasjonen blant de registrerte personene.

## 2.5 Bolig og bostedsløshet

Kategoriene for boligsituasjonen er delvis hentet fra kartleggingene av bostedsløse. Disse er utprøvd og har vist seg å fange opp de fleste situasjonene. Denne undersøkelsen har som mål å kartlegge boligsituasjonen generelt og ikke bare de som er uten bolig. Tre svaralternativer for bolig er benyttet: ”Egen eid bolig”, ”egen bolig leid privat” og ”bolig leid av kommunen”. De andre kategoriene i tabell 2.7 er situasjonsbeskrivelser for bostedsløshet. Kartleggingen av pasienter i TSB (døgn og poliklinisk) har spørsmål om boligsituasjonene både ved inntak til og ved avsluttet behandling. Brukere av lavterskeltilbud er spurt om den nåværende situasjonen (på tidspunktet for kartleggingen). For å få sammenlignbare data for de tre gruppene, er boligsituasjonen for TSB-pasienter ved avsluttet behandling benyttet i tabell 2.7.

Tabell 2.7 viser noen markante forskjeller mellom de tre gruppene. Mer enn en av fem personer i døgnbehandling og nærmere en av fire i poliklinisk behandling har egen eid bolig. Kun 7 prosent av lavterskelbrukerne eier boligen sin. Sammenlignet med lavterskelbrukerne kan andelen boligeiere blant TSB-pasientene sies å være relativt høy. I norsk sammenheng, med nærmere 80 prosent boligeiere, er imidlertid andelen også blant pasientene i TSB lav og gir indikasjonen på en svak posisjon i boligmarkedet.

Tabell 2.7 *Boligsituasjonen for tre grupper. TSB ved avsluttet behandling. Prosent*

Boligsituasjoner	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
Egen eid bolig	22	23	7
Egen bolig leid privat	24	27	11
Bolig leid av kommunen	14	10	34
Institusjon	12	5	12
Fengsel	(-)	0	-
Kjæreste/partner	2	3	2
Venner, kjente, slekt	11	15	5
Midlertidig botilbud	3	(1)	15
Nathjem	(-)	0	4
Uten overnatting/bor ute	3	(2)	7
Annet/vet ikke/ubesvart	8	14	4
Alle	99	100	101
N	463	148	416

Ruter markert med ”-” og/eller parentes omfatter under fem personer

Pasienter i TSB synes også å klare seg bedre på det private leiemarkedet enn brukerne av lavterskeltilbud. Henholdsvis en fjerdedel av døgnpasientene og 27 prosent av polikliniske pasienter leier bolig privat. En av ti lavterskelbrukere leier bolig på det private markedet. Denne gruppa er imidlertid sterkere representert blant personer som leier kommunal bolig (en tredel) enn TSB-pasientene. Kommunal uteiebolig er en knapphet, særlig i byene, og tildeles ofte personer med omfattende hjelpebehov.

Posisjonene i boligmarkedet gir signaler om at pasientene i TSB har mer ressurser å investere i bolig enn brukere av lavterskeltilbud. Det bør poengteres at to tredeler av brukerne av lavterskeltilbud tidligere har vært i behandling for rusavhengighet. Det dreier seg altså ikke om to helt ulike grupper: én som nylig har avsluttet behandlingen og én som bruker lavterskeltilbud. På den andre siden er brukerne av lavterskeltilbud i hovedsak aktive rusmisbrukere, som også reduserer sjansen for at de klarer å skaffe seg en bolig og opprettholde et boforhold.

Samlet har 60 prosent av alle pasientene i TSB og 52 prosent av lavterskelbrukerne en ordnet bolig. Rundt halvparten av pasientene ved poliklinikkene og brukerne av lavterskeltilbud er imidlertid bostedsløse. To av fem, som avslutter behandlingen i institusjon, går også til bostedsløshet. De mest utbredte tilholdsstedene er

institusjon, midlertidig hos venner kjente og slektninger og i midlertidig botilbud (bemannede tilbud, hospits, pensjonat, campingplass, osv.). I alle tre gruppene finner vi personer som bor ute og/eller i natthjem der hele eller deler av dagen må tilbringes ute. I internasjonal kategorisering av bostedsløshet favner disse to kategoriene å bo ute (rough sleeping)<sup>19</sup>. Mer enn en av ti befinner seg i denne situasjonen blant lavterskelbrukerne.

En betydelig gruppe blant pasientene i TSB har oppgitt ”annet” eller ikke besvart spørsmålet. Der ”annet” er utdypet, finner vi at personen går mellom flere av situasjonene listet i tabell 2.7 eller er i en overgang (kastet ut av bolig eller venter på å flytte inn i bolig). Noen få oppgir at de bor fast hos foreldre.

Tabell 2.8 *Hjelp/bistand med å anskaffe bolig, tre grupper. Prosent*

Bistand med å skaffe bolig	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
Skaffet bolig selv	59	71	20
Personens hjemkommune	16	21	44
Institusjon/lavterskeltilbud	10	0	19
Andre	15	(7)	15
Alle	100	99	100
N	69	28	150

Ruter markert med parentes omfatter under fem personer

Spørsmålet skulle besvares bare dersom vedkommende hadde fått bolig i løpet av behandlingen (TSB) eller i løpet av de siste to månedene (lavterskel). Tre av fem pasienter i døgnbehandling og syv av ti pasienter ved poliklinikkene, som spørsmålet er relevant for, har skaffet bolig selv. Ellers har hjemkommunen bistått/ tilbudt bolig og i mer begrenset grad behandlingsinstitusjonen. Til sammenligning har bare en av fem lavterskelbrukere skaffet bolig selv. Her er det kommunen som er viktigst, og dette reflekteres også i at denne gruppen i langt større utstrekning bor i kommunal utleiebolig enn TSB-pasientene. Der svarkategorien ”andre” er utdypet, har ofte flere bidratt. Men ”andre” dekker også kommunale instanser, som ikke umiddelbart oppfattes som ”kommunen”, og friville organisasjoner.

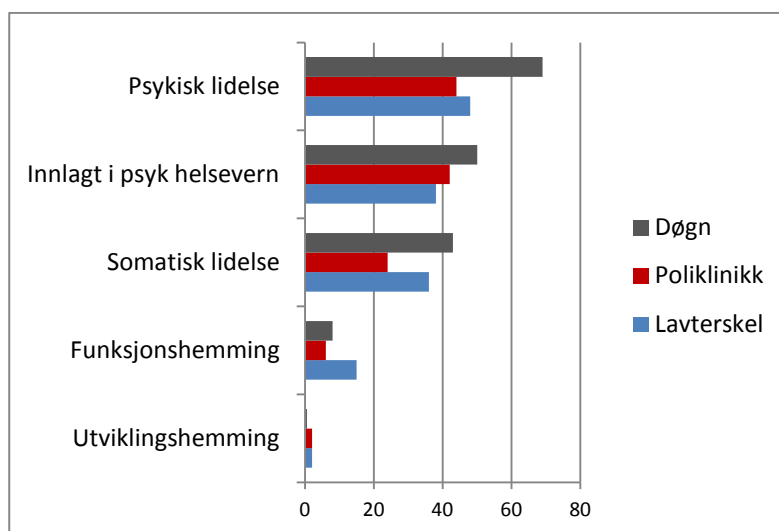
<sup>19</sup> FEANTSA, European Typologies of Homelessness and Housing Exclusion, oversatt til norsk og gjengitt i Dyb og Johannessen (2013)

Hvilke tilbud kommunene har, hvordan kommunene og eventuelt TSB-institusjonene jobber med boligspørsmål for rusmisbrukere, og samarbeidet mellom disse og pasienten/brukeren, belyses mer detaljert i de to siste kapitlene gjennom intervjuer med aktørene.

## 2.6 Problemer og hjelpetiltak

En større blokk med spørsmål registrerer utbredelse av problemer, behov og hjelpetiltak i målgruppene for undersøkelsen. Her viser vi frekvensfordelingen i form av grafikk. Resultatene er gruppert i temaer og vises for de tre gruppene, døgnpasienter, pasientene ved poliklinikker og brukere av lavterskeltilbud.

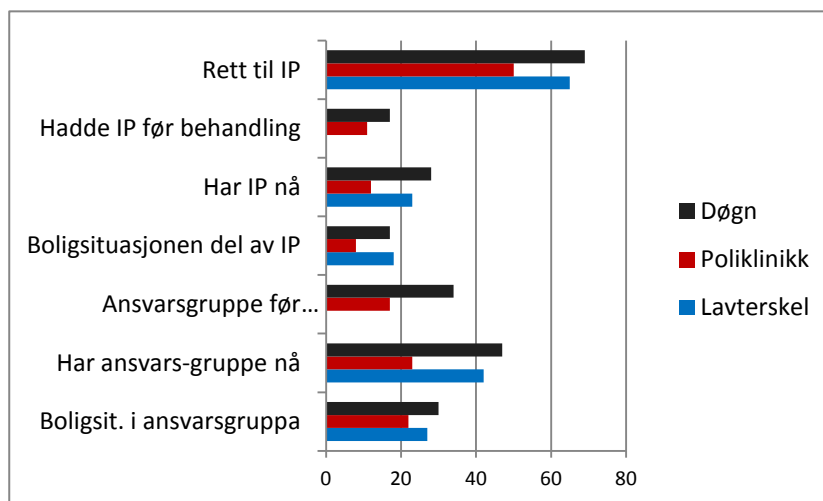
Figur 2.1 *Andel med psykisk lidelse, tidligere innlagt i psykisk helsevern, somatisk lidelse, funksjonshemming og utviklingshemming, tre grupper. Prosent*



To av tre pasienter i døgnbehandling, 44 prosent i poliklinisk behandling og nesten halvparten av brukerne av lavterskeltilbud har en psykisk lidelse. Klart færre har vært innlagt i psykisk helsevern. Her er det tydeligst overensstemmelse mellom psykisk lidelse og innleggelse blant pasienter ved poliklinikkene. Somatiske lidelser forekommer langt oftere blant døgnpasienter og brukere av lavterskeltilbudene enn blant polikliniske pasienter.

Funksjonshemminger er lite utbredt, men nesten 15 prosent av lavterskelbrukerne oppgir likevel at de har en funksjonshemming. Utviklingshemming dreier seg om svært lite antall personer.

Figur 2.2 *Individuell plan, ansvarsgruppe og boligsituasjonen, tre grupper. Prosent*



Retten til individuelle plan (IP) er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 der det heter at ”pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern”<sup>20</sup>. Over halvparten i alle tre gruppene, nær 70 prosent og døgnbehandling og 65 prosent i lavterskeltilbud har i undersøkelsen oppgitt å ha rett til individuell plan<sup>21</sup>. Forholdsvis få pasienter hadde IP før behandling. Andelen har økt med 10 prosentpoeng etter behandling blant døgnpasientene og er uendret blant pasienter ved poliklinikkene. Boligsituasjonene er i liten grad en del av individuell plan. Her må det tas forbehold om at en del personer med IP kan ha bolig (drøftes nærmere i neste kapittel). Det bør likevel nevnes at særlig blant brukere av lavterskeltilbud er bostedsløshet et utbredt problem. Individuell plan er imidlertid er tilbud som brukerne kan si nei. Mekanismene her, hvorvidt pasienter med behov og rett til individuell plan har fått tilbudet og

<sup>20</sup> Viser også til Helsedirektoratet (januar 2015):

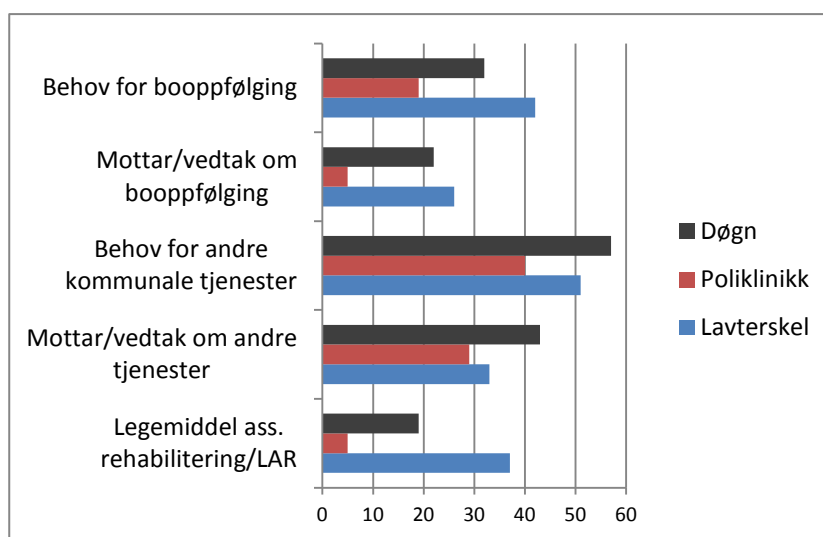
<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx> Retten til individuell plan er også nedfelt i en rekke andre lover

<sup>21</sup> En del bruker av lavterskeltilbud har fylt ut skjemaet på egen hånd, her vet vi ikke om det er gjort en vurdering av fagpersoner av retten til individuell plan.

takket nei, eller om problemstillingen ikke har vært reist, framgår ikke av surveyen.

Andel med ansvarsgruppe har økt noe både blant døgnpasientene og pasienter ved poliklinikkene i løpet av behandlingsperioden. Ansvarsgruppe er en koordinerende enhet for brukere med behov for flere typer tjenester og følger vanligvis med individuell plan. Man kan ha ansvarsgruppe uten IP, og figur 2.2 viser at flere har ansvarsgruppe enn IP. Det gjelder alle tre gruppene.

Figur 2.3 *Booppfølging, andre kommunale tjenester, legemiddelassistert rehabilitering/LAR, tre grupper. Prosent*



Behovet for oppfølging i bolig er vurdert som mest utbredt blant lavterskelbrukere og sjeldnest blant pasienter i poliklinisk behandling. Mønsteret for mottak av eller vedtak om tildeling av boppfølging følger samme mønsteret som behovsvurderingen i de tre gruppene, men andel med/vedtak om booppfølging er lavere enn behovet. Behovet for andre kommunale tjenester er vurdert til å være langt større. ”Andre kommunale tjenester” er ikke presisert i spørsmålet og kan dreie seg om alt fra økonomisk bistand, hjelp til å skaffe bolig, kommunale rus- og helsetjenester og eventuelt andre tjenester.

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, er klart mest utbredt blant brukere av lavterskeltilbud og forekommer bare blant et svært lite antall personer i poliklinisk behandling<sup>22</sup>.

Blant brukere av lavterskeltilbud har vi kartlagt om personen er i behandling for rusproblemer (ikke LAR) og om vedkommende har vært i rusbehandling tidligere. Vel en av ti er i behandling nå, og to av tre har vært i behandling tidligere.

## 2.7 Oppsummering

Både pasientene i TSB og brukergruppen av lavterskeltilbud er dominert av menn. Kjennetegnene ved menn vil derfor veie tungt i utvalget. De tre gruppene vi har beskrevet i dette kapittelet er i stor grad enslige og befinner seg i 30- til 40-årene. Brukerne av lavterskeltilbud er noe eldre enn pasientene i TSB. Alle gruppene har gjennomgåene mindre utdanning enn befolkningen generelt og svak tilknytning til arbeidslivet. De aller fleste er født i Norge. Samlet gir dette et bilde som delvis samsvarer med hele pasientgruppen i TSB, og delvis med populasjonen av bostedsløse. Som nevnt er ikke utvalget i denne undersøkelsen nødvendigvis helt likt populasjonen av pasienter i TSB. Målgruppen, personene som er registrert i undersøkelsen, er pasienter som avslutter behandlingen innenfor en avgrenset periode og vil ikke automatisk tilsvare pasientgruppen som til en hver tid er i behandling. Gjennomgangen av primære kjennetegn (bakgrunn) tyder imidlertid på at personene i undersøkelsen er rimelig representative for pasientpopulasjonen. Blant brukere av lavterskeltilbud dominerer eldre personer, og sannsynligvis personer med noe mer ordnet tilværelse og avklart bosituasjon enn en større aldersspredning ville gitt.

En eller flere typer narkotiske stoffer dominerer som primært rusmiddel. Langt over halvparten av alle pasientene i TSB har et eller flere narkotiske rusmidler som det primære rusmiddelet. 43 prosent av pasientene i døgnbehandling og 32 prosent av pasientene i poliklinisk behandling har alkohol som sitt primære rusmiddel. Blant brukerne av lavterskeltilbud har bare 15 prosent

---

<sup>22</sup> En betydelig andel av personene på LAR har oppgitt bruk av rusmidler. Dette kan dreie seg om hvilke rusmidler personen brukte før LAR eller om sidemisbruk. Kun en liten andel har svart at de ikke bruker rusmidler nå.

---

alkohol som sitt primære rusmiddel. Kategorien ”annet” er særlig stor blant lavterskelbrukeren, og denne kategorien dekker et utstrakt blandingsmisbruk. Majoriteten i alle gruppene har hatt et rusproblem over flere år.

Bostedsløshet er utbredt i alle de tre gruppene, men forskjellen i boligsituasjonen er likevel store. Mellom en av fem og en fjerdedel av TSB-pasientene eier boligen sin og enda flere leier bolig i det private markedet. Brukere av lavterskeltilbud har langt oftere kommunal bolig og eid bolig forekommer sjelden. I det neste kapittelet analyseres boligsituasjonen i forhold til ulike kjennetegn ved målgruppene.

Psykiske lidelser er utbredt i alle gruppene, men særlig blant pasienter i døgnbehandling og brukere av lavterskeltilbud. Blant disse to gruppene er andelen som har vært behandlet i psykisk helsevern lavere enn utbredelsen av psykiske lidelser. Pasienter i poliklinisk behandling scorer lavere på utbredelse av psykiske lidelser enn pasienter i døgnbehandling og brukere av lavterskeltilbud. Mellom halvparten og to tredeler er vurdert til å ha rett til individuell plan. Vel en av ti av pasientene i TSB hadde IP før behandlingsstart, og det er ingen stor økning i løpet av behandlingen. Boligsituasjonen er i svært begrenset omfang en del av individuell plan. Ansvarsgruppe forekommer oftere enn IP: Andelen med ansvarsgruppe varierer fra 20 til vel 40 prosent i de tre gruppene.



## 3 Variasjoner i boligsituasjonen

Dette kapitlet undersøker bolig og boforhold spesifikt, og ser på hvilke andre forhold som kan knyttes til bestemte boligsituasjoner. De overordnede problemstillingene for undersøkelsen handler om hvorvidt boligsituasjonen varierer systematisk med type rusmiddelbruk og mellom de tre gruppene, personer i døgntilbud, poliklinisk behandling og brukere av lavterskeltilbud, og i forhold til andre kjennetegn ved gruppen. Kapitlet gir først en beskrivende analyse av sammenhengen mellom boligsituasjonen, rusproblematikken og andre kjennetegn, og setter til slutt opp en multivariat analyse med flere kjennetegn ved pasientene. Den multivariate analysen belyser hvordan en sammensetning av flere forhold kan påvirke boligsituasjonen ved endt behandling (gjelder pasienter i TSB).

### 3.1 Type rusmiddel og bolig i TSB

For pasientene i TSB har vi mulighet til å se på endringer i boligsituasjonen fra behandlingen startet til avsluttet behandling. For brukere av lavterskeltilbud registreres bare nå-situasjonen. Vi har imidlertid data som kan belyse sammenhenger mellom bolig og andre forhold for alle gruppene. En av problemstillingene for prosjektet dreier seg om å se på eventuelle forskjeller i boligsituasjonene for personer som primært bruker alkohol og brukere av primært narkotiske stoffer. I de neste tabellene har vi valgt å inndele i kategoriene ”alkohol” og ”annet”. ”Annet” er her en svært grov inndeling, som omfatter cannabis, opiater, amfetamin og ulovlig anskaffet legemidler. Felles for rusmidler vi har grupper som ”annet” her, er at kjøp, salg og besittelse er ulovlig. Sannsynligvis er det også i dette materialet ganske få som bruker bare cannabis, selv om de oppgir dette som sitt primære rusmiddel. Også alkohol, når det inngår i blandingsmisbruk, er her klassifisert som ”annet”.

For å gi en oversiktlig framstilling, presenteres de tre gruppene i tre tabeller. Tabell 3.1 viser boligsituasjonen før og etter behandlingsstart etter type rusmiddel for døgnpasienter i TSB.

Tabell 3.1 *Boligsituasjonene før og etter behandling blant personer med alkohol som primære rusmiddel og andre rusmidler, TSB døgnbehandling. Prosent.*

Boligsituasjoner	Alkohol		Andre rusmidler	
	Før	Etter	Før	Etter
Eid bolig	44	38	12	10
Leid bolig privat	26	24	22	25
Kommunal bolig	12	12	17	16
Institusjon/fengsel	2	11	6	13
Midlertidig hos andre	7	8	21	17
Midlertidig botilbud	(2)	(1)	5	4
Natthjem/bor ute	(2)	(1)	7	5
Annet/ ukjent	5	5	10	10
Alle	100	100	100	101
N	176	176	241	241

Ruter med tallene i parentes omfatter under fem personer

Et overordnet funn her er at personer med primært et alkoholproblem har en mer stabil boligsituasjon enn brukere av andre rusmidler. I Norge, med en dominerende sektor av boligeiere og et tilsvarende lite profesjonelt leiemarked, er eierskap en langt mer stabil boligsituasjon enn leie. Etablering i boligmarkedet regnes vanligvis fra man kjøper en bolig. En annen overordnet tendens er at boligsituasjonen stort sett er uendret for begge gruppene fra behandlingsstart til -slutt. De små forandringene som kan spores går i en negativ heller enn en positiv retning. Blant personer med alkoholproblemer eier 45 prosent av boligen sin ved behandlingsstart. Eierandelen er redusert til 39 prosent ved behandlingsslutt. Vi ser også en svak nedgang i andelen som leier bolig på det private markedet. Blant brukere av "andre" rusmidler er eierandelen meget liten både før og etter behandling. Andelen som leier er om lag den samme som blant personer med alkoholproblemer. Midlertidig opphold hos venner, kjente og slektninger er utbredt blant brukere av narkotiske stoffer både før og etter behandling. En liten gruppe bor ute eller i natthjem både før og etter behandling.

Tabell 3.2 *Boligsituasjonene før og etter behandling blant personer med alkohol som primære rusmiddel og andre rusmidler, TSB poliklinikk. Prosent.*

Boligsituasjoner	Alkohol		Andre rusmidler	
	Før	Etter	Før	Etter
Eid bolig	55	49	12	11
Leid bolig privat	26	23	29	29
Kommunal bolig	(9)	(9)	7	11
Institusjon/fengsel	0	(2)	8	6
Midlertidig hos andre	(6)	(9)	28	23
Midlertidig botilbud	0	0	(3)	(1)
Natthjem/bor ute	0	0	(2)	(3)
Annet/ ukjent	(4)	(9)	12	17
Alle	100	101	101	101
N	47	47	101	101

Ruter med tallene i parentes omfatter under fem personer

Tabell 3.2 viser den samme fordelingen som foregående tabell, men for pasienter ved poliklinikkene. Her er eierandelen blant alkoholavhengige større enn i samme pasientgruppe i døgnbehandling. Godt over halvparten eier boligen sin ved behandlingsstart og andelen synker til litt under halvparten ved behandlingsslutt. Andelen som leier bolig privat er også litt mindre etter utskrivning<sup>23</sup>. I hovedsak er mønsteret det samme blant begge pasientgruppene i TSB (døgn og poliklinikk). Forskjellene finner vi først og fremst mellom personer med alkohol- og narkotika-problemer både med hensyn til hva slags situasjoner de befinner seg i og før-/etter-situasjonen.

Forklaringen på at boligsituasjonen generelt svekkes for alle gruppene (type boligsituasjon og type rusmiddel), kan for eksempel forklares med at tap av bolig inngår i et problemkompleks, som fører til at rusproblemene kommer til behandling. Men som drøftes i de to siste kapitlene, opplever både tjenesteytere og brukere at det er svært vanskelig å beholde en bolig, særlig under et lengre behandlingsforløp, og å skaffe boliger til personer med behov for hjelp ved utskrivning fra institusjon. Man skulle anta at

<sup>23</sup> Gruppen med alkohol som viktigste rusmiddel i poliklinisk behandling er liten. Mønsteret i boligsituasjoner er imidlertid konsentrert og tydelig. Signifikansnivå ved kjøkvadrat-test:  $P < 0,001$

situasjonen var bedre for personer i poliklinisk behandling, som ikke oppholder seg i institusjon under behandlingsforløpet. En nærmere analyse av dataene viser at de aller fleste som har bolig, enten de er i døgntilbud eller poliklinisk behandling, har samme bosituasjon før og etter behandlingen: Det er i hovedsak de samme personene som har eid og leid bolig (privat og kommunal) både før og etter behandling. Boligsituasjonen er forbløffende stabil mellom før og etter behandling for personer i de andre kategoriene også, selv om det her er noe mer bevegelse<sup>24</sup>.

Tabell 3.3 *Boligsituasjonene blant personer med alkohol som primære rusmiddel og alle andre, lavterskeltilbud. Prosent.*

Boligsituasjonen	Alkohol	Andre rusmidler
Eid bolig	(3)	8
Leid bolig privat	22	9
Kommunal bolig	32	34
Institusjon/fengsel	27	9
Midlertidig hos andre	(3)	7
Midlertidig botilbud	(3)	17
Natthjem/bor ute	(7)	12
Annet/ ukjent	(2)	4
Alle	99	100
N	59	357

Ruter med tallene i parentes omfatter under fem personer

For brukere av lavterskeltilbud har vi ingen før- og ettermåling. Antall med primært et alkoholproblem er liten i denne gruppen og flertallet av rutene under "alkohol" i tabellen omfatter kun noen få personer (parentes <5 personer). Boligeierne er en tallmessige marginal gruppe. Her er det imidlertid også en noe andel blant alkoholavhengige som har eid eller leid bolig enn i gruppen "andre rusmidler"<sup>25</sup>. Personer i institusjon dreier seg stort sett om personer i botilbud klassifisert som institusjon (f.eks. vernede boligtilbud og noen midlertidige tilbud) og ikke behandlingstilbud.

<sup>24</sup> En bivariat korrelasjonstest viser et signifikansnivå på <0,001 for korrelasjon mellom boligsituasjonen før og etter behandling, men ingen signifikant sammenheng mellom boligsituasjonen og type behandlingstilbud (døgn – poliklinisk).

<sup>25</sup> Blant alkoholikere er samlet andel eid, leid privat og kommunal 58 prosent og blant brukere av "andre rusmidlet" 51 prosent

Andelen i midlertidige botilbud og natthjem/uten noe tilbud er forholdsvis stor blant brukere av lavterskeltilbud i gruppen ”andre rusmidler”. Natthjem er ment å være en kriseløsning og regnes ikke som et godt nok midlertidig tilbud (i henhold til Lov om sosial tjenester i NAV; forpliktelse til å finne tak over hodet til personer som ikke klarer det selv).

### 3.2 Bolig versus bostedsløs etter rusmiddel

I denne analysen deles pasientgruppene inn etter om personene har bolig eller er bostedsløse. Har bolig omfatter de tre første kategoriene: Eid bolig, leid bolig privat og kommunal bolig. Alle de andre kategoriene inngår i begrepet bostedsløshet<sup>26</sup>. Også her vises resultatene før og etter behandling for pasientene i TSB. For å unngå store tabeller med mange tall, viser vi kun resultatene for de som har bolig under kategorien ”Egen eid/leid bolig”. Tallene for bostedsløse personer vises ikke, men disse utgjør da mellomledet mellom tallet i tabellen og 100 (alle). Et eksempel: Tabell 3.4, i raden ”Alkohol”, ruten under ”Før” viser 82, som betyr at 82 prosent med alkoholproblemer hadde egen eid eller leid bolig før behandling. 18 prosent var med andre ord bostedsløse, men dette tallet vises ikke i tabellen. Og videre; 73 prosent i kategorien ”Alkohol” hadde ”Egen eid/leid bolig etter behandlingen. De 27 prosentene med alkoholproblemer, som ikke hadde bolig ved behandlingsslutt vises ikke i tabellen.

---

<sup>26</sup> European Typologies of Homelessness and Housing Exclusion og definisjon på bostedsløhet i Norge (Dyb og Johannessen 2013)

Tabell 3.4 *Personer med egen bolig ved innsøking til behandling og etter avsluttet behandling i TSB døgntilrettelagt etter primære rusmidler. Prosent. N=413*

Type rusmiddel	Egen eid/leid bolig	
	Før	Etter
Alkohol	82	73
Cannabis	73	50
Heroin/opium	44	33
Andre opiater/smertestillende	77	77
Benzodiazepiner/dempende	68	55
Amfetamin	39	48
Blandingsmisbruk	49	55
Annet	71	71
Alle	65	60

Tabell 2.3 i kapittel 2 viser fordelingen på rusmidler slik de er rapportert inn. Her har vi foretatt en betydelig omkoding. Som nevnt foran dekker den opprinnelige kategorien ”annet” stor grad av blandingsmisbruk. Vi har for den videre analysen i rapporten skilt ut reelt blandingsmisbruk i en egen kategori. Restkategorien ”annet” dekker nå i hovedsak illegal LAR-medisin, kokain og de som har svart ”annet” uten å gi en nærmere beskrivelse. Igjen ser vi at personer med primært alkoholproblemer i større grad enn andre har bolig både før og etter behandlingen. Brukere av ”andre opiater/smertestillende” scorer også høyt på bolig (80 prosent både før og etter behandling), men denne gruppen omfatter forholdsvis få personer. Ved å sette opp tabellen på denne måten, får vi tydelig fram forskjellen mellom boligsituasjonen før og etter behandling blant brukere av ulike typer rusmidler. For brukerne av primært alkohol, cannabis og heroin/opium blir det færre med bolig (og flere bostedsløse) i løpet av behandlingen. For brukere av amfetamin og med blandingsmisbruk er endringen positiv, det vil si at litt flere har bolig etter behandlingen enn før.

Tabell 3.5 *Personer med egen bolig ved innsøking til behandling og etter avsluttet behandling i TSB poliklinikk, etter primære rusmiddel. Prosent. N=148*

Type rusmiddel	Egen eid/leid bolig	
	Innsøking	Avsluttet
Alkohol	89	76
Cannabis	54	71
Heroin/opium	39	(27)
Andre opiater/ smertestillende	(75)	(59)
Benzodiazepiner/ dempende	(57)	(67)
Amfetamin	40	39
Blandingsmisbruk	42	59
Annet	(50)	(60)
Alle	61	60

Ruter med tallene i parentes omfatter under fem personer

Mønsteret blant personer i poliklinisk behandling er det samme som for pasienter i døgnbehandling. Med unntak av personer med alkoholproblemer, der utviklingen er negativ, og en positiv utvikling blant personer med blandingsmisbruk, er situasjonen stort sett uendret fra behandlingsstart til utskriving<sup>27</sup>. Det bør poengteres at det ikke nødvendigvis er de samme personene som inngår i kategoriene ved behandlingsstart og avsluttet behandling. Tallene viser fordelingen i gruppene. Analyse av omfanget av overlappende personer i ulike kategorier viser at det skjer noen flere endringer i den enkeltes boligsituasjon enn den som framkommer av resultatene for ulike grupper. Enkelt uttrykt med et eksempel: Det er noen flere som mister leieboligen sin og flere nye som har fått en leiebolig i løpet av behandlingen, enn det endringen for gruppen ”leid bolig privat” viser.

<sup>27</sup> Gruppen i poliklinisk behandling er på 147 personer og oppdelt først i bolig/ikke bolig og deretter gruppert etter rusmiddel, noe som gir få personer i hver rute.

Tabell 3.6 *Boligsituasjonen blant brukere av lavterskeltilbud på tidspunktet for kartlegging etter primære type rusmiddel. Prosent. N=416*

Type rusmiddel	Har bolig	Bostedsløs
Alkohol	58	42
Cannabis	79	21
Heroin/opium	50	50
Andre opiater/smertestillende	(43)	(57)
Benzodiazepiner/dempende	67	33
Amfetamin	41	59
Blandingsmisbruk	42	58
Annet	79	21
Vet ikke/ubesvart	59	41
Alle	52	48

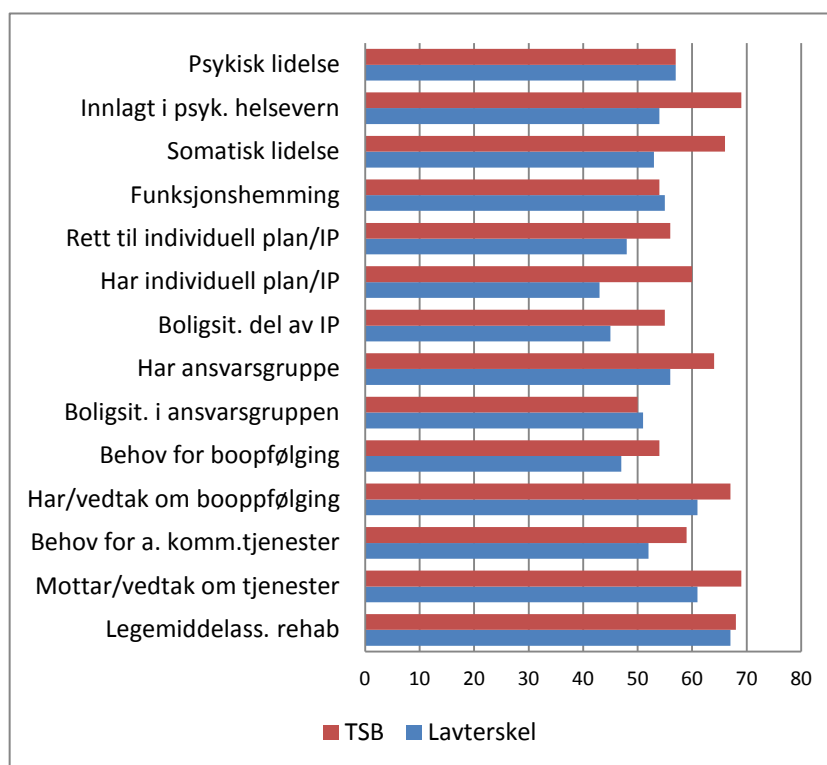
Ruter med tallene i parentes omfatter under fem personer

Dataene fra brukere av lavterskeltilbud har, som nevnt og naturlig nok, ingen målinger av situasjonen ”før behandling” og ”etter behandling”. I tabell 3.6 vises derfor resultatene både for de som har bolig og bostedsløse (summen for alle – 100 prosent – ville stått i en kolonne helt til høyre). Mønsteret ”har bolig” versus bostedsløs er ikke helt som for TSB-pasientene. Personer med alkoholproblemer, som bruker lavterskeltilbud, har sjeldnere bolig enn TSB-pasientene. Egen bolig er vanligst blant brukere av cannabis, benzodiazepiner/dempende midler og ”annet”. Kategorien ”annet” blant lavterskelbrukerne omfatter personer som har vært rusfri en periode og personer i LAR.

En gruppe som kommer særlig dårlig ut i forhold til bolig er blandingsmisbrukerne. 58 prosent er bostedsløse. Også blant pasienter i poliklinisk behandling er flertallet med blandingsmisbruk bostedsløse. Gruppen er forholdsvis stor og synes å ha et omfattende bruk av mange typer rusmidler (oppgitt i undersøkelsen). Blandingen består ofte av fire, fem seks typer tunge rusmidler. Etter alt å dømme er dette den mest rusbelastede gruppen, og er blant personene kommunene har problemer med å finne egnede boliger til (Vassenden m.fl. 2012, Dyb m.fl. 2013, intervjuene i denne undersøkelsen).



Figur 3.1 *Andel med egen eid eller leid bolig i ulike problemsituasjoner og med hjelpetiltak. Alle pasienter i TSB og brukere av lavterskeltilbud. Prosent*



Figur 3.1 omfatter personer med eid eller leid bolig (privat og kommunal) bolig blant personer med ulike problemer og hjelpetiltak. Bak noen av søylene i figurene ville det blitt et svært lite antall personer dersom dataene fra TSB skulle inndeles i gruppene døgnpasienter og pasienter ved poliklinikkene, slik de fleste andre tabellene og figurene i rapporten viser. Søylene i figuren viser kun andel som har bolig av personer med psykiske lidelser, som har vært innlagt i psykisk helsevern, har en somatisk lidelse og så videre. For TSB-pasientene vises boligsituasjonen ved avsluttet behandling.

Det overordnede mønsteret er at pasienter i TSB oftere har bolig enn brukere av lavterskeltilbud uansett andre kjennetegn. I følgende grupper blant pasienter i TSB har to tredeler eller flere egen eid eller leid bolig: Personer som tidligere har vært innlagt i psykisk helsevern, personer med en somatisk lidelse, personer som

mottar eller har fått vedtak om booppfølging, personer som fått vedtak om andre kommunale tjenester og personer i legemiddel-assistert rehabilitering/LAR. Personer som mottar eller har fått vedtak om booppfølging må forventes i stor grad å ha en bolig. Oppfølging i bolig gir ellers liten mening. Vedtak kan også ha blitt fattet i påvente av at vedkommende skal få en kommunal utleiebolig eller et tilpasset tilbud fra kommunen (bofellesskap, samlokaliserte boliger, som er kommunal utleiebolig, men ofte holdes atskilt fra det generelle kommunale utleietilbudet). To tredel av alle pasientene i LAR har egen bolig. Det betyr at en av tre i LAR er uten bolig. Lavest andel med egen bolig blant pasientene i TSB er personer der boligsituasjonen inngår i ansvarsgruppen (halvparten med ansvarsgruppe).

Blant brukere av lavterskeltilbud har to tredeler i LAR egen bolig, og en tredel er også her bostedsløs. Ellers har personer i lavterskeltilbud i mindre utstrekning egen bolig enn personer som skrives ut av TSB, uansett hvilke problemer eller tiltak man måler i forhold til. Aller dårligst ut kommer personer med individuell plan/IP. Kun 43 prosent blant disse har bolig. Terskelen for å få IP er forholdsvis høy i betydningen at vedkommende skal ha behov for et sammensatt tjenestetilbud over lengre tid. At personene ikke har bolig kan være et symptom på mange problemer – IP kan være en del av å løse boligproblemet. Dataene viser imidlertid at blant bostedsløse personer i TSB, som har individuell plan, er boligsituasjonen en del av planen for halvparten av personene. Blant lavterskelbrukerne er andelen noe høyere. Her inngår boligsituasjonene i IP for vel to tredeler av bostedsløse som har individuell plan<sup>28</sup>.

### 3.3 Behandlingstid og avsluttet behandling

Man kan tenke seg at boligsituasjonen både før og etter behandling kan ha sammenheng med hvor lenge personen er i behandling og måten behandlingen avsluttes på. Her vises først sammenheng mellom lengde på behandlingsforløpet og boligsituasjonene, og deretter årsaker til at behandlingen avsluttes og boligsituasjonene. Disse spørsmålene er bare stilt til TSB-pasienter. Beskrivelsen

---

<sup>28</sup> Kjikvadrat-test viser ingen signifikante sammenhenger mellom den aktuelle boligsituasjonen, og hvorvidt boligsituasjonene inngår i IP. Det gjelder både for TSB og lavterskel.

inkluderer boligsituasjonen før og etter behandling og for døgnpasienter og polikliniske pasienter. Oppsett av tabellene er det samme som forklart i delkapittel 3.2: Kun prosenten som har bolig vises i tabellen. Andelen uten bolig/bostedsløse er utelatt, men den utgjør differansen mellom de som har bolig og 100 prosent (alle).

Tabell 3.7 *Boligsituasjonen etter lengde i behandlingen for pasienter i døgninstitusjon og poliklinikk. Prosent*

Lende i behandling	Døgnpasienter Eid/leid bolig		Poliklinikk Eid/leid bolig	
	Før	Etter	Før	Etter
Inntil tre måneder	66	61	56	52
3 måneder og over	56	57	62	64
Alle	64	60	60	60

Forskjellene i boligsituasjonen etter hvor lang behandling pasienten har hatt er små. Det ser ut til at behandlingstiden ikke påvirker boligsituasjonen. Før det første er det ingen store eller systematiske forskjeller målt etter behandlingens lengden. For det andre er det små forskjeller i boligsituasjonene før og etter behandling<sup>29</sup>. Vi ser imidlertid en liten nedgang i andelen med eid/leid bolig blant pasienter i kortere opphold i døgnbehandling, mens blant pasienter med lengre opphold (tre måneder og lengre) er situasjonen i hovedsak uendret. Dette kan tyde på at forutsetningen for å legge til rette for å skaffe en bolig eller forebygge tap av bolig er bedre i lengre opphold. Vi ser for øvrig den samme tendensen blant pasienter i poliklinisk behandling: Nedgang i andel med bolig for kortere behandlinger, og en liten økning i andelen med bolig etter lengre behandlinger.

Derimot er det en klar sammenheng mellom hvordan og hvorfor behandlingen avsluttes og boligsituasjonen.

<sup>29</sup> Ingen sammenhenger i tabell 3.7 er signifikante ved kjikvadrat-test

Tabell 3.8 *Boligsituasjonen etter årsaker til at behandlingen avsluttes for pasienter i døgntilrettelagt behandling og poliklinikk. Prosent*

Årsaker til avsluttet behandling	Døgnpasienter Eid/leid bolig		Poliklinikk Eid/leid bolig	
	Før	Etter	Før	Etter
Etter oppsatt plan	75	73	79	88
Pasienten avbryter	54	59	52	50
Inst. avbryter/annet	48	49	58	50
Annen behandling	58	41	50	46
Alle	64	61	60	60

Det overordnede mønsteret i tabell 3.8 er at pasienter, både i døgntilrettelagt og poliklinisk behandling, som avslutter behandlingen etter oppsatt plan langt oftere har egen bolig enn pasienter som selv velger å avbryte behandlingen og for pasienter der behandlingen avbrytes av andre årsaker. Blant pasienter i døgninstitusjoner, som fullfører etter planen, har tre av fire egen eid eller leid bolig før behandlingen starter og like stor andel har egen bolig også ved utskrivning. Andelen med egen bolig, som fullfører etter planen, er enda større blant pasienter ved poliklinikkene. Ev av fem har bolig ved behandlingsstart og 88 prosent har egen bolig ved fullført behandling.

Blant pasienter som selv velger å avslutte behandlingen synker andelen med bolig markant. Henholdsvis 54 prosent før og 59 prosent etter behandling har egen bolig blant døgnpasienter. Blant pasientene ved poliklinikkene som avbryter, har kun halvparten egen bolig både før og etter. Andelen med egen bolig er i hovedsak mindre i gruppen der institusjonen avbryter behandlingen og ”annet”, det vil si der behandlingen avsluttes av ulike andre grunner enn de nevnte og der pasienten overføres til annen behandling<sup>30</sup>.

Forklaringen på at pasientene som fullfører behandlingen er i en langt bedre boligsituasjon enn pasienter som av ulike årsaker avbryter behandlingen, blir et spørsmål om tolkning av resultatene. Å ha en bolig inngår som oftest i en mer ordnet livssituasjonen

<sup>30</sup> Sammenhengene mellom boligsituasjonene og årsaker til avsluttet behandling er signifikante både for før- og etter-situasjonene og for begge pasientgruppene, kji kvadrat-test.

sammenlignet med en situasjon som bostedsløs. Her vil vi antyde at personer med bolig, og som da må antas å ha et mer ryddig og oversiktlig tilværelse, også er mer motiverte for å fullføre behandlingen. Antakelsen underbygges av at gruppen som fullfører i stor grad har bolig når de søkes inn til behandling. Det er også verdt å merke seg at i gruppen som overføres til annen behandling er andelen med egen bolig forholdsvis lav, og den forverres under behandlingsforløpet (døgnpasienter: færre har egen bolig etter behandling). Vi har ikke registrert hva slags behandling pasienten overføres til, men gitt at noen overføres til poliklinisk behandling, kunne en forvente at flere i denne gruppen hadde egen bolig.

### 3.4 Multivariat analyse

Analysene både i forrige kapittel og så langt i dette kapittelet er deskriptive. De viser sammenhengen mellom to og tre variabler. I det følgende presenterer vi en multivariat analyse for å se hvordan flere forhold spiller sammen og påvirker boligsituasjonen. Vi har benyttet logistisk regresjonsanalyse for å undersøke forbindelser mellom karakteristika ved pasientene og boligsituasjonen. Den avhengige variabelen er boligsituasjonen etter behandling med to verdier, bostedsløs og eid/leid bolig. Dette er de samme kategoriene som er brukt ellers i kapittelet. Den multivariate analysen viser sannsynlighet for å ha bolig ved avsluttet behandling. De uavhengige variablene omfatter følgende: type rusmidler, årsaker til avsluttet behandling, behandlingssted (døgn/poliklinikk), utdanning, viktigste inntektskilde, boligsituasjonen før behandling, psykisk lidelse, individuell plan, legemiddelassistert behandling, alder, kjønn og sivilstatus. Ved hjelp av en multivariat analyse kan vi se hvilke (statistiske) effekter disse kjennetegnene ved pasientene har på boligsituasjonen. I stedet for å undersøke en og en egenskap (variabel), kan vi undersøke effekten av flere egenskaper samtidig. Analysen gjennomføres for pasienter i TSB, ikke for brukere av lavterskeltilbud.

De deskriptive analysene presentert i de andre delene av kapittelet er utgangspunktet for å velge ut hvilke variabler som skal inngå i analysen. Vi har sett at boligsituasjonen både før og etter behandling har sammenheng med type rusmiddel, årsaker til at behandlingen avsluttes, inntektskilder og utdanningsnivå. Boligsituasjonen etter behandlingen varierer også med

boligsituasjonen før innsøking, og her har vi delt variablene bolig før behandling i kategoriene ”eid bolig, ”leid bolig” og ”bostedsløs”. Å ha en psykisk lidelse reduserer isolert sett sjansen for å ha egen bolig. Individuell plan har isolert sett ingen effekt på boligsituasjonen, mens LAR øker sjansen for å ha egen bolig. Utvalget omfatter både pasienter i døgninstitusjon og poliklinikk.

Exp(B) viser sannsynligheten (oddsen) for å ha en bolig ved utskrivning. Høyere en ett (1) foran komma viser en positiv sammenheng (f.eks. 1,14). Null foran komma (f.eks. 0,67) viser en negativ sammenheng. En av verdiene på variablene er valgt som referanseverdi. Exp(B) viser avstanden mellom verdiene på variablene.

Variablene er lagt inn i en firetrinnsprosess. Begrunnelsen for å velge denne framgangsmåten er at vi ønsker å se om modellen endres når vi introduserer nye variabler. På trinn 1 ble primære type rusmiddel, årsaker til avsluttet behandling og behandlingssted lagt inn i modellen (modell 1). Modellen viser at personer som primært bruker cannabis og ”annet” (bl.a. illegale medisiner) har større sannsynlighet for å ha bolig enn personer som bruker opiater og amfetamin. Personer som bruker alkohol har signifikant høyere sjanse til å ha bolig. Variabelen ”årsaker til avsluttet behandling” har verdien ”avslutter etter oppsatt plan” som referanseverdi med verdiene ”annet” og ”pasienten avbryter” som de to andre verdiene. Analysene foran i kapittelet viser at pasienter, som avslutter behandlingen etter oppsatt plan, har langt høyere sannsynlighet for å ha eid eller leid bolig både før og etter behandlingen. De deskriptive analysene foran viser en klar negativ effekt på boligsituasjonen dersom pasienten velger å avbryte behandlingen eller om behandlingen avbrytes av andre grunner (tabell 3.8). Behandlingssted er døgnbehandling og poliklinisk behandling bed førstnevnte som referanseverdi. Signifikansnivå er vist med stjerner i tabell 3.9 og forklart med en note under tabellen. Enkelt sagt viser signifikansnivået styrken i sammenhengen mellom den avhengige og de uavhengige variablene (dess lavere p-verdi, dess sterkere sammenheng).

Tabell 3.9 *Prediksjon for å ha egen eid eller leid bolig etter endt behandling i TSB. N: 565*

Uavhengige variable	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
<i>Primære type rusmiddel</i>				
Ref. Opiater, amfetamin				
Cannabis, annet	1,03	0,49	0,40	0,57
Alkohol	2,70 ***	0,80	0,87	0,75
<i>Avsluttet behandling</i>				
Ref. Etter oppsatt plan				
Annet	0,27 **	0,19 ***	0,14 ***	0,16 ***
Pasienten avbryter	0,46 **	0,51	0,51	0,64
<i>Behandlingssted</i>				
Ref. Døgnbehandling				
Poliklinikk	1,30	2,25 *	1,58	1,63
<i>Utdanning Ref. Grunnskole</i>				
Videregående skole		0,93	0,74	0,93
Høgskole/universitet		2,34	2,36	2,15
<i>Viktigste inntektskilde</i>				
Ref. Velferdsytelser				
Pensjon		0,58	0,59	0,56
Arbeidsrelatert inntekt		1,17	1,17	1,51
<i>Boligsituasjonen før behandling</i>				
Ref. Eid bolig				
Leid bolig		1,38	1,77	2,04
Bostedsløse		0,02 ***	0,02 ***	0,02 ***
<i>Har en psykisk lidelse</i>				
			0,27 ***	0,30 **
<i>Har individuell plan</i>				
			0,35 **	0,39 *
<i>Er i legemiddelassistert rehab.</i>				
			1,67	1,94
<i>Alder Ref. Undr 30 år</i>				
30-44 år				0,68
45 år og over				1,51
<i>Kjønn Ref. Mann</i>				
Kvinne				0,84
<i>Sivilstatus Ref: Enslig</i>				
Gift/samboer				1,72

Signifikansnivå: \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Modell 1 viser at personer som bruker alkohol som sitt primære rusmiddel har signifikant større sjanse til å ha bolig ved avsluttet behandling enn personer som primært bruker andre rusmidler. Personer som avslutter behandlinger før planlagt, enten det er av flere ulike årsaker ("annet") eller ved å velge å avbryte behandlingen, har signifikant mindre sjanse for å ha bolig etter endt behandling, sammenlignet med pasienter som fullfører behandlingen. Behandling ved poliklinikk framfor døgnbehandling øker sjansen for å ha bolig ved behandlingsslutt noe, men økningen er ikke signifikant.

I modell 2 introduseres utdanningsnivå med "grunnskole" som referanseverdi og "videregående" og "høgskole/universitet" som de to andre verdiene, og viktigste inntektskilde med "velferdsytelser" som referanseverdi og i tillegg verdiene "pensjon" og "arbeidsrelatert inntekt". Boligsituasjonen før behandling legges også inn i modell 2 med "eid bolig" som referanse og verdiene "leid bolig" og "bostedsløs". Her ser vi at effekten av type rusmiddel svekkes. Personer som bruker cannabis, er i LAR, o.a. og brukere av alkohol har i denne modellen mindre sjanse å ha bolig ved avsluttet behandling sammenlignet med brukere av opiat/ amfetamin. Avstanden mellom pasienter som avbryter behandlingen og de som avbryter før oppsatt plan av andre årsaker ("annet") blir mindre. Verken utdanningsnivå eller inntektskilder viser signifikante sammenhenger i modell 2. Av de tre nye variablene i modell 2, er det bare boligsituasjonen ved innsøking som har en statistisk signifikant sammenheng. Sjansen for å ha bolig etter behandling er faktisk litt større for personer som bodde i leid (privat og kommunal) i forhold til referanseverdien "eid bolig" før innsøking til behandling. Sjansen for å ha bolig ved avsluttet behandling avtar kraftig for pasienter som var bostedsløse før behandlingsstart.

I modell 3 legges variablene psykisk lidelse, individuell plan og legemiddelassistert rehabilitering/LAR til. Alle tre variablene har kun to verdier. En psykisk lidelse minsker sjansen for at personen har bolig ved behandlingsslutt signifikant. Det samme ser vi for variabelen individuell plan. Legemiddelassistert rehabilitering øker sjansen noe for å ha bolig (ikke signifikant). Introduksjon av disse tre variablene endrer ikke modellen vesentlig. På det siste trinnet, modell 4, legges tre bakgrunnsvariable inn: alder, kjønn og sivilstatus. Disse tilfører lite. Forholdet mellom verdiene på de



andre variablene i analysemodellen endres knapt ved introduksjon av disse bakgrunnsvariablene. Men selv om sammenhengene ikke er signifikante, kan de likevel ha betydning. For eksempel er det litt mindre sjanse for å ha bolig for kvinner sammenlignet med menn. Videre er sjansen for å ha bolig ved endt behandling noe høyere om en er gift/samboer sammenlignet med referanseverdien enslig.

### 3.4.1 Tolkning av resultatene

Den multivariate analysen med noen få variabler (type rusmiddel, årsaker til avsluttet behandling og behandlingssted – modell 1) bekrefter at personer med alkohol som primære rusmiddel har signifikant større sjanse til å ha bolig ved behandlingsslutt enn bruker av andre rusmidler, slik vi har sett foran i kapittelet. Det samme gjelder personer som avslutter behandlingen etter oppsatt plan, sammenlignet med pasienter som ikke fullfører eller avbryter behandlingen av andre årsaker. Når flere variabler introduseres, forsvinner imidlertid den positive effekten av å bruke alkohol framfor andre rusmidler. Dette kan tolkes dit hen at det ikke er type rusmiddel i seg selv som er avgjørende for boligsituasjonen, men samspill med en rekke andre forhold som også henger sammen med type rusmiddel. Den positive effekten av alkoholbruk ble borte ved introduksjon av variablene utdanning, inntektskilder og boligsituasjonen før behandling. Boligsituasjonen før behandling viser en sterk signifikant sammenheng for verdien ”bostedsløs”, som reduserer sjansen for å ha egen bolig ved behandlingsslutt betydelig. Det er også verdt å merke seg at ”leid bolig” også øker sjansen for å ha bolig ved behandlingsslutt i forhold til referanseverdien ”eid bolig” (i modell 4 dobles sjansen,  $\text{Exp}(B)$  2,04).

Sjansen for å ha bolig etter avsluttet behandling, versus å skrives ut til bostedsløshet, synes å være tett knyttet til sosioøkonomisk posisjon. Rent statistisk er boligsituasjonen før innsøkning til behandling den viktigste faktoren. Modell 4 gir imidlertid et mer helhetlig bilde: En rimelig tolkning er at høyere utdanning (høgskole/universitet), arbeidsrelatert inntekt og å være gift eller samboer, sammen med å ha egen bolig før behandlingen starter, gir dramatisk høyere sjanser for å ha bolig ved avsluttet behandling. Type rusmiddel vedkommende bruker blir i en helhetlig analyse mindre vesentlig for å forklare boligsituasjonen etter behandling. En nærliggende tolkning er at denne

pasientgruppen også er mer motiverte og bedre rustet til å fullføre behandlingen enn pasienter i en vanskeligere sosioøkonomisk stilling. I alle de fire modellene vist i tabell 3.9 har pasienter i poliklinisk behandling noe større sjanse for å ha egen bolig ved endt behandling enn pasienter i døgnbehandling. Vi kan anta at pasienter med i en høyere sosioøkonomisk posisjon også er bedre rustet til å nyttiggjøre seg poliklinisk behandling enn pasienter uten bolig og med generelt færre ressurser (jfr. Kulbrandstad og Granum 2008). Det er med andre ord ikke behandlingssted i seg selv (døgn versus poliklinikk) som innvirker på boligsituasjonen, men omvendt: personer med en ordnet boligsituasjon kan i større grad benytte seg av poliklinisk behandling.

### 3.5 Oppsummering

Analysene i dette kapittelet har sirklet mer inn på det sentrale temaet for oppdraget; nemlig hvilke forhold og kjennetegn ved personene har sammenheng med og påvirker boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer. I analysene benyttes både et bredt spekter av boligsituasjoner og oppholdssteder og en grovere inndeling i ”har bolig”, som omfatter eid og leid bolig, og situasjoner som karakteriserer bostedsløshet. De bivariate analysene viser at personer som hadde egen eid eller leid bolig før innsøking til behandling, personer med alkohol som primære rusmiddel og personer som fullfører behandlingen i henhold til oppsatt plan, har størst sjanse til å ha egen bolig ved avsluttet behandling. Å befinne seg i en situasjon med bostedsløshet før innsøking, reduserer sjansen for å skrives ut til egen bolig.

En multivariat analyse indikerer at sjansen for å ha bolig ved avsluttet behandling, versus å være bostedsløs, henger sammen med personens sosioøkonomiske posisjon mer generelt: Personer med høyere utdanning, tilknytning til arbeidslivet, familie (gift/samboer) og ordnet boligsituasjon før innsøking til behandling, er avgjørende for at personen også ha bolig ved avsluttet behandling.

## 4 Noen enkeltgrupper med rusmiddelproblemer

Kapittelet analyserer og beskriver boligsituasjonen for tre utvalgte grupper i materialet: Unge 25 år og under, personer med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse (ROP-lidelse) og personer med omsorg for barn. Personer med omsorg for barn og unge utgjør små grupper i datamaterialet. TSB-pasienter blir derfor analysert som én gruppe (ikke delt i døgnbehandling og poliklinisk behandling). Aldersgruppen fra 25 år og yngre er også en liten del av datasettet for lavterskeltilbud, og dataene må antas å ha en viss skjevhet i forhold til underrepresentasjon av unge rusavhengige, som bruker lavterskeltilbudene. Men som poengtert tidligere, de yngste bruker lavterskeltilbud i mindre grad enn eldre rusmisbrukere. De flyter mer rundt og alternerer oftere mellom foreldre og midlertidig opphold hos venner og kjente (Dyb og Johannessen 2013). Blant brukere av lavterskeltilbud utgjør unge fra 25 år og under kun 17 personer. Det lave antallet legger klare begrensinger på analysemulighetene. Blant pasienter i TSB utgjør denne aldersgruppen 90 personer.

De tre delkapitlene legges opp etter samme mal. Første del viser en samletabell med bakgrunnsinformasjon om gruppene og andre kjennetegn. I tillegg poengteres noen forhold som er særlig relevante for den enkelte gruppen.

### 4.1 Unge med rusmiddelproblemer

Samletabellen 4.1 viser hvordan variablene kjønn, sivilstatus, utdanning, fødeland, inntektskilder, type rusmiddel, varighet av rusproblemet og bosituasjoner fordeler seg blant unge rusavhengige fra 25 år og under. De aller fleste unge både blant pasienter i TSB og brukere av lavterskeltilbud er mellom 20 og 25 år. De yngste i lavterskelgruppen er 17 år og i TSB-utvalget 19 år.

Som nevnt må tallene for brukere av lavterskeltilbud tolkes med varsomhet og sees på som indikasjoner. Som tidligere i rapporten er prosenter med under fem enheter som grunnlag referert i parentes.

Blant de unge er andelen kvinner større enn i materialet som helhet. En høyere kvinneandel blant unge samsvarer med funnene fra kartleggingen av bostedsløse både i Norge og i de andre nordiske landene. Andelen kvinner blir lavere i de eldre årsklassene over tid. Det tyder på at unge bostedsløse kvinner, enten de er rusavhengige eller ikke, i noe større grad enn menn etablerer seg i bolig etter hver. De aller fleste av de unge er enslige. Utdanningsnivået blant flertallet er fullført grunnskole. En forholdsvis liten andel har fullført videregående, selv om de aller fleste i begge gruppene er over alderen for avsluttet videregående skolegang. Fullført universitet og høyskoleutdanning er ikke relevant for de fleste i gruppen unge. Selv om noen har nådd en alder der fullført høyskole-/universitetsutdanning hadde vært mulig med et ”normalt” utdanningsløp, er dette en gruppe der de fleste har et langvarig rusproblem. Nest siste delen av tabell 4.1 viser at ni av ti har hatt et rusproblem over flere år (om lag det samme for TSB og lavterskel).

Den store majoriteten er født i Norge. De aller fleste har velferdsytelser som viktigste inntektskilde. Viktigste rusmiddel er gruppen av opiater, amfetamin og benzodiazepiner både blant pasienter i TSB og lavterskelbrukere. Alkohol er lite utbredt som viktigste rusmiddel (ingen i lavterskelgruppen). En form for bostedsløshet er den klart viktigste bosituasjonen. Påfallende mange er i natthjem eller bor ute. Unge rusmiddelavhengige i disse dataene har den samme profilen som en stor del av de unge bostedsløse (Dyb og Johannessen 2013). Gruppen under 25 år i kartleggingen av bostedsløse kan grovt inndeles i to hovedgrupper. Den ene gruppen har et langvarig rusproblem, de har vært bostedsløse lenge og mange har en psykisk lidelse. Den andre gruppen har kjennetegn som indikerer mindre sosial marginalisering; de har vært bostedsløse i kortere tid og avhengighet av rusmidler er mindre utbredt. Unge i kartleggingen i TSB og lavterskeltilbud har mest til felles med den førstnevnte gruppen; gruppen med klare tegn på sosialt marginaliserte livssituasjoner.

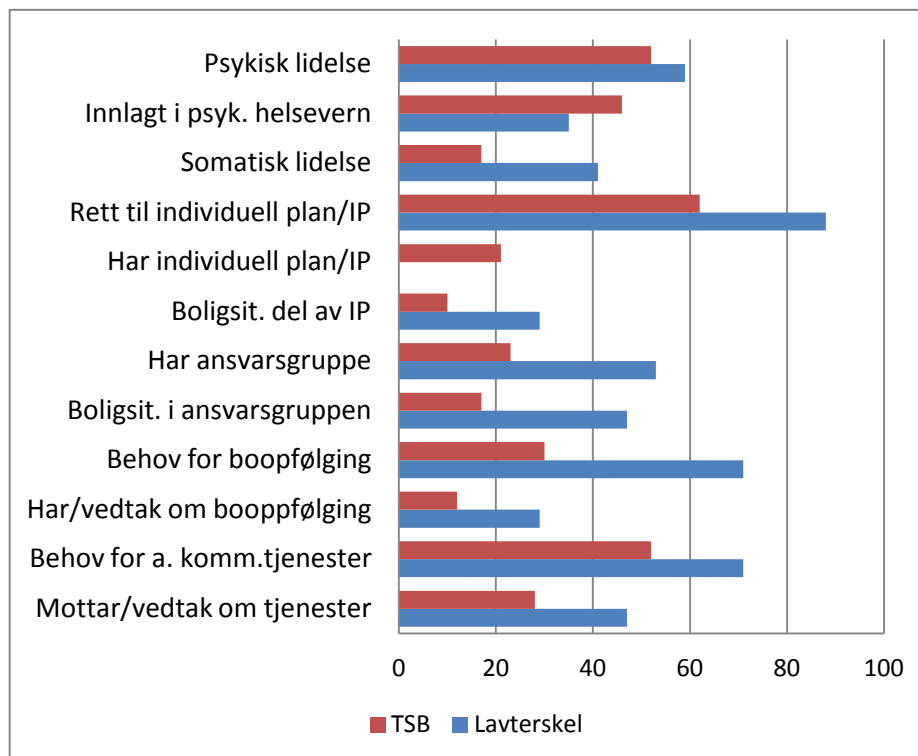
Tabell 4.1 *Samletabell for kjennetegn ved unge 25 år og under i TSB og lavterskeltilbud. Prosent. TSB N=90. Lavterskel N=17*

Kjennetegn	TSB	Lavterskel
<b>Kjønn</b>		
- Menn	69	53
- Kvinner	31	47
<b>Sivilstatus</b>		
- Enslig	90	82
- Gift, samboer	10	(12)
<b>Fullført utdanning</b>		
- Grunnskole	64	77
- Videregående	20	(23)
- Annet, ukjent	16	0
<b>Fødeland/region</b>		
- Norge	86	94
- Andre regioner/ukjent	14	(5)
<b>Viktigste inntektskilde</b>		
- Arbeidsrelatert	14	(12)
- Velferdsytelser, annet	86	88
<b>Viktigste type rusmiddel</b>		
- Alkohol	12	0
- Cannabis, LAR, annet	32	0
- Opiater, amfetamin, benzo	56	100
<b>Varighet av rusproblemet</b>		
- Inntil 2 år	10	(6)
- Over flere år, ukjent	90	94
<b>Boligsituasjonen</b>		
- Eid bolig	(3)	0
- Leid privat/kommunal	37	(18)
- Institusjon/fengsel	9	(6)
- Hos andre	29	(24)
- Midlertidig tilbud	(1)	29
- Natthjem/ute, annet	17	(24)

Figur 4.1 vise fordelingen av problemer, behov og hjelpetiltak blant de unge. Variablene funksjonshemming og utviklingshemming samt legemiddelassistert rehabilitering har ingen eller mindre enn en håndfall enheter og er utelatt. Det samme gjelder

for variabelen ”har individuell plan” blant lavterskelbrukere. Knappt noen unge lavterskelbrukere har IP.

Figur 4.1 *Andel med problemsituasjoner, behov og hjelpetiltak, unge 25 år og under, TSB og lavterskeltilbud. Prosent*



Psykiske lidelser er utbredt blant de unge. Vel halvparten i TSB og nærmere 60 prosent av lavterskelbrukeren har en psykisk lidelse. En av tre TSB-pasienter og en av fire lavterskelbrukere har tidligere vært innlagt i psykisk helsevern. Majoriteten i begge gruppene har rett til individuell plan<sup>31</sup>, og ganske få har individuell plan. Nærmere halvparten av lavterskelbrukerne har ansvarsgruppe, og boligsituasjonen inngår stor sett i denne. En mye større andel blant lavterskelbrukerne har behovet for oppfølging og tjenester sammenlignet med pasienter i TSB.

<sup>31</sup> Over 80 prosent i lavterskel, mange av brukerne her har fylt ut skjemaet på egen hånd, og det er ukjent hvem som har gjort vurderingen om retten til IP. Nesten ingen har IP i denne gruppen, men har likevel oppgitt at boligsituasjonen inngår i IP.

I siste del om unge undersøker vi boligsituasjonen i sammenheng med rusmiddel, situasjonen før og etter behandling blant TSB-pasienter og årsaker til at behandlingen avsluttes. Først må det poengteres at 60 prosent av alle unge i TSB var bostedsløse eller hadde en uavklart situasjon ved utskriving fra behandling (tabell 4.1). En knapp håndfull av disse bodde fast hos foreldre. 80 prosent, som var bostedsløse før behandling, er også bostedsløse etter behandlingen. Andelen som leier bolig på det private markedet eller av kommunen har økt fra behandlingsstart til utskriving (ikke vist i tabellen).

Tabell 4.2 *Bolig og bostedsløshet før og etter behandling etter type rusmiddel, pasienter i TSB. Prosent. N=90*

Type rusmiddel	Før behandling		Etter behandling	
	Bolig	Bostedsløs	Bolig	Bostedsløs
Opiater, amfetamin	28	72	38	62
Cannabis/annet	44	55	41	59
Alkohol	72	27	46	54

Tabell 4.2 illustrer boligsituasjonen før og etter behandling etter hvilket primære rusmiddel vedkommende bruker. Brukere av opiat, amfetamin og tyngre narkotiske rusmidler kommer dårligst ut både før og etter behandlingen. 72 prosent var bostedsløse før behandlingen og 62 prosent etter. Blant cannabis-brukerne/annet finner vi en mindre overvekt av bostedsløse både før og etter behandling. Blant personer som primært bruker alkohol har nesten tre fjerdedeler egen bolig før behandlingen. Etter behandling har andelen sunket til godt under halvparten.

Boligsituasjonen analysert etter årsaker til at behandlingen avsluttes, viser at 61 prosent som avslutter etter oppsatt plan skrives ut til egen bolig. Blant de som selv avbryter behandlingen skrives 77 prosent ut til bostedsløshet. Betingelsene for at kommunene skal kunne planlegge utskrivingen og blant annet skaffe vedkommende en bolig, drøftes i neste kapittel.

## 4.2 Rusmiddelproblemer og omsorg for barn

Mellom 25 og 30 prosent av alle personer i undersøkelsen har barn under 18 år. Det omfatter 168 personer i TBS og 102 personer

blant lavterskelbrukerne. Vi har også spurt om antall barn vedkommende har. Til sammen er 389 mindreårige barn registrert i vårt materiale som barn av rusmiddelavhengige i behandling eller brukere av lavterskeltilbud (minimumstall, ikke alle har oppgitt antall barn).

Tabell 4.3 *Andel med og uten barn under 18 år, tre grupper. Prosent*

Barn under 18 år	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
Har barn <18 år	30	29	25
Har ikke barn <18 år	67	68	64
Vet ikke/ubesvart	3	2	12
Alle	100	99	101
N	417	148	416

Tabellen viser andel med mindreårige barn i døgnbehandling, poliklinisk behandling og lavterskeltilbud. Andelen er lavest blant lavterskelbrukerne, men disse har også en høyere alder enn TSB-pasientene. Perioden med mindreårige barn vil ut fra et vanlig livsløp være tilbaketrukket for mange i denne gruppen. Bare et mindretall av foreldrene har daglig omsorg for barna.

Tabell 4.4 *Omsorg for eller samvær med barn under 18 blant personer som har barn, tre grupper. Prosent*

Omsorg/samvær	Døgn	Poliklinikk	Lavterskel
Daglig omsorg	12	14	-
Delt omsorg	7	14	-
Samværsrett	38	35	28
Ikke omsorg/samvær	37	31	49
Vet ikke/ubesvart	5	-	20
Alle	99	100	100
N	139	29	102

Et lite mindretall har daglig eller delt omsorg for barna. Det dreier seg om i alt 21 personer med daglig omsorg og 14 personer med delt omsorg. Disse er til sammen registrert i undersøkelsen med 53 barn. Tabell 4.5 profilerer personer med daglig eller delt ansvar for mindreårige barn og sammenligner med alle TSB-pasientene.



Tabell 4.5 *Samletabell personer i TSB med daglig eller delt omsorg for barn under 18 år og alle i TSB. Prosent. Med barn >18 år, N=35. Alle, N=565*

Kjennetegn	Barn <18 år	Alle TSB
<b>Kjønn</b>		
- Menn	65	70
- Kvinner	35	30
<b>Fullført utdanning</b>		
- Grunnskole	26	50
- Videregående	55	38
- Annet, ukjent	19	12
<b>Viktigste inntektskilde</b>		
- Arbeidsrelatert	31	18
- Velferdsytelser, annet	69	82
<b>Viktigste type rusmiddel</b>		
- Alkohol	46	40
- Cannabis, LAR, annet	14	14
- Opiater, amfetamin, benzo	40	47
<b>Varighet av rusproblemet</b>		
- Inntil 2 år	18	12
- Over flere år, ukjent	82	88
<b>Boligsituasjonen før behandling</b>		
- Eid/leid bolig	80	63
- Bostedsløs	20	37
<b>Boligsituasjonen etter behandling</b>		
- Eid/leid bolig	77	60
- Bostedsløs	23	40
<b>Årsak til avsluttet behandling</b>		
- Oppsatt plan	48	51
- Annet	52	49
Psykisk lidelse	51	58
Rett til IP	47	61
Har IP v. avsluttet behandling	23	22
Ansvarsgruppe v. avsluttet beh.	27	39
Er i LAR	(5,7)	15

På noen variabler er forskjellene betydelige, på andre områder finner vi minimale forskjeller mellom foreldre med omsorg for

barn og alle i TSB. Kvinneandelen er noe høyere, men også blant disse foreldrene dominerer menn. Foreldrene har noe høyere utdanning. Først og fremst er det langt flere i gruppen med omsorg for barn som har fullført videregående skole og betydelige færre med bare grunnskole sammenlignet med alle i TSB. En større andel av foreldrene med omsorg for barn har arbeidsrelatert inntekt sammenlignet med hele utvalget. Det dreier seg om 31 prosent av foreldrene og 18 prosent av alle. Samtidig er det verdt å merke seg færre enn en av tre foreldre med omsorg for barn hadde arbeidsrelatert inntekt ved behandlingsstart. Fire av fem har et langvarig rusproblem. På ett område er forskjellen mellom foreldre med omsorg for barn og hele gruppen markant: Majoriteten, det dreier seg om fire av fem, har eid eller leid bolig både før behandlingen. Nesten like mange har bolig etter avsluttet behandling. Det er imidlertid ingen forskjell i andelen som fullfører behandlingen etter fullført plan i de to gruppene.

Generelt kommer foreldre med omsorg for barn bedre ut enn hele gruppen. Men profilen vi har tegnet i tabellen over viser at også dette synes å være en svært vanskeligstilt gruppe med langvarige rusmiddelproblemer. Barna i disse familiene må antas å bli berørt i større eller mindre grad. Særlig der forelderen med et rusmiddelproblem har daglig omsorg, vil etter alt å dømme problemene berøre barna i stor utstrekning.

### 4.3 Personer med ROP-lidelse

Den siste gruppen vi skal se spesielt på er personer med ROP-lidelse; samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse. Svært mange i materialet, både fra TSB-dataene og lavterskeldataene har en psykisk lidelse. 58 prosent av alle TSB-pasientene og nesten halvparten av lavterskelbrukerne har en psykisk lidelse. Det dreier seg om 201 personer blant lavterskelbrukerne og 326 personer blant TSB-pasientene. Gruppen med ROP-lidelse utgjør dermed et betydelig innslag i hele materialet. Profilen til denne gruppen ligger nært opp til profilen for hele utvalget,

Tabell 4.6 viser profilen for personer med ROP-lidelse og hele utvalget for både TSB-pasienter og brukere av lavterskeltilbud. Kolonnene med hele utvalget i begge gruppene blir i liten grad kommentert, men tallene kan være nyttige for leseren som en referanse.

Tabell 4.6 Samletabell personer med ROP-lidelse og alle i TSB og lavterskeltilbud. Prosent

Kjennetegn	TSB ROP	TSB alle	Lavt. ROP	Lavt. alle
<b>Kjønn</b>				
- Menn	66	70	69	72
- Kvinner	32	30	31	28
<b>Alder</b>				
- Under 30 år	25	29	12	9
- 30-44 år	38	36	38	35
- 45 år og over	37	34	51	36
<b>Viktigste inntektskilde</b>				
- Arbeidsrelatert	15	18	3	2
- Pensjon	25	22	55	49
- Velferdsytelser, annet	60	60	45	49
<b>Viktigste type rusmiddel</b>				
- Alkohol	42	40	14	14
- Cannabis, LAR, annet	12	14	8	7
- Opiater, amfetamin, benzo	47	47	78	76
<b>Varighet av rusproblemet</b>				
- Inntil 2 år	10	12	5	2
- Over flere år, ukjent	90	88	95	98
<b>Boligsit. før behandling</b>				
- Eid/leid bolig	64	63		
- Bostedsløs	36	37		
<b>Boligsituasjonen etter behandling (lavterskel nåsituasjon)</b>				
- Eid/leid bolig	57	60	57	52
- Bostedsløs	43	40	43	48
<b>Årsak til avsluttet behandling</b>				
- Oppsatt plan	46	44		
- Personen avbryter	21	22		
- Overført til annen behandling	20	20		
- Annet	12	15		
Har individuell plan	25	22	29	23
Er i LAR	15	16	39	37
Tidligere innlagt psyk. helsevern	59	44	60	37

Vi finner noen flere kvinner blant personer med ROP-lidelse sammenlignet med hele utvalget. Aldersprofilen er imidlertid svært lik utvalget som helhet. Det samme gjelder profilen på viktigste rusmiddel personen bruker, men det er store forskjeller mellom pasientene i TSB og brukere av lavterskeltilbud. 78 prosent av TSB-pasientene og knapt halvparten av lavterskelbrukerne med ROP-lidelse har opiater/amfetamin/benzodiazepiner som primære rusmiddel. Ni av ti av TSB-pasientene og 95 prosent av lavterskelbrukerne har hatt et rusproblem over flere år. Det gjelder både personer med ROP-lidelse og alle i utvalget. For både personer med ROP-lidelse i TSB og lavterskel er andelen med langvarig rusmiddelproblemer større enn i hele utvalget.

I den multivariate analysen (tabell 3.9) framkommer det at psykisk lidelse reduserer sjansen til å ha bolig etter behandlingen, når en kontrollerer for en rekke andre variabler. Tabell 4.6 viser at 64 prosent av TSB-pasientene med ROP-lidelse har eid/leid bolig før behandlingsstart. Andelen synker ved avsluttet behandling. Andelen med bolig blant TSB-pasientene med ROP-lidelse er nøyaktig den samme ved utskriving, som den er for brukere av lavterskeltilbud. Over halvparten (57 prosent) har egen eid eller leid bolig i begge gruppene.

Det er ingen vesentlige forskjeller mellom hele utvalget og gruppen med ROP-lidelse med hensyn til årsaker til avsluttet behandling. 44 prosent av alle og 46 prosent med ROP-lidelse avslutter behandlingen etter oppsatt plan. Gruppene er like også i fordelingen av andre årsaker til avsluttet behandling: En av fem overføres til annen behandling og litt flere avbryter behandlingen selv.

Andel personer som har individuell plan er relativt sett mindre blant personer med ROP-lidelse enn blant personene i hele utvalget. Det gjelder både pasienter i TSB og brukere av lavterskeltilbud. En fjerdedel blant TSB-pasientene og noen flere blant lavterskelbrukerne har IP. Andel i LAR er henholdsvis 15 og 25 prosent i TSB og lavterskelgruppen. En stor andel har vært innlagt i psykisk helsevern tidligere. Det dreier seg om tre av fem i begge gruppene av alle med et samtidig rusproblem og psykisk lidelse. Her er forskjellene mellom personer med ROP-lidelse og hele gruppene både i TSB og lavterskel store.

Personer med ROP-lidelse ligner på mange områder hele utvalget av pasienter og brukere av lavterskeltilbud. Men gruppen med ROP-lidelse har likevel en profil som indikerer at de er mer sosialt marginaliserte enn hele gruppen av rusmiddelavhengige.

#### 4.4 Oppsummering

Unge med rusmiddelproblemer, som er til behandling i TSB og/eller bruker lavterskeltilbud, utgjør en svært utsatt gruppe. De aller fleste har et langvarig rusproblem, og en stor andel bruker tyngre narkotiske stoffer. Bostedsløshet er mer utbredt blant de unge enn i hele gruppen av TSB-pasienter og lavterskelbrukere. En forholdsvis høy andel oppholder seg i natthjem, der hele eller deler av dagen må tilbringes ute, eller de er uten ordnet overnatting (bor ute). Psykiske lidelser er om lag like utbredt blant de unge som blant alle.

I dette kapittelet har vi rettet oppmerksomheten mot foreldre som bor helt eller delvis sammen med barna (daglig eller delt omsorg). Det bør poengteres at ingen av lavterskelbrukerne har daglig eller delt omsorg for barn. Alle er pasienter i TSB. Generelt kommer foreldre med omsorg for barn bedre ut enn hele gruppen. Flere har egen bolig både før og etter behandling, de har noe høyere utdanningsnivå og en større andel har arbeidsrelatert inntekt, sammenlignet med all TSB-pasientene. Men profilen vi har tegnet viser at, i likhet med hele populasjonen vi har undersøkt, er også disse en svært vanskeligstilt gruppe med langvarige rusmiddelproblemer og stor utbredelse av psykisk lidelser.

Personer med ROP-lidelse omtales i flere sammenhenger som den mest utsatte gruppen både blant rusavhengige og i psykisk helsevern. Tidligere ble gruppen blant annet definert ved at den "falt mellom to stoler". I denne undersøkelsen scorer gruppen noe dårligere på enkelte variabler enn hele gruppen av rusavhengige. Isolert sett er ikke andel med bolig versus bostedsløse vesentlig lavere blant personer med ROP-lidelse enn for hele gruppen. I hovedsak har gruppen med ROP-lidelse og hele gruppen av rusavhengige i denne undersøkelsen ganske like profiler.

## 5 Kommunenes strategier og arbeid på rusfeltet

Med bakgrunn i beskrivelsen av boligsituasjonen blant personer med rusmiddelproblemer i de foregående kapitlene, blir spørsmålet i dette kapitlet hvilke strategier kommunene har for å skaffe denne gruppen en god og egnet bolig og hvilke utfordringer kommunene møter i dette arbeidet.

### 5.1 Bakgrunn: Økt ansvar for kommunene i ruspolitikken

Kommunenes ansvar innenfor rusomsorgen har tiltatt som en følge av nedbyggingen av den institusjonsbaserte omsorgen. Flere instanser trekkes nå inn i oppfølgingen av personer med rusmiddelproblemer. Dette har også økt behovet for koordinering, samhandling og ikke minst samordning både horisontalt innad i kommunene, mellom enheter som jobber med rusrelaterte oppgaver, samt vertikalt, opp mot spesialisthelsetjenesten.

Med *Rusreformen* i 2004 ble ansvaret for rusmiddelbehandling overført fra den kommunale sosialtjenesten til helseforetakene. Reformens hovedintensjon var å gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer samt å bedre behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). Samtidig har kommunene et utstrakt ansvar for pasienter som skrives ut fra behandling og ikke minst for personer med rusmiddelavhengighet, som ikke er i behandling.

Holm med flere illustrerer i en ny studie om tilbakeføring fra institusjon til kommuner, hvordan bosettingsarbeidet for blant annet bostedsløse personer med rusmiddelproblemer, som er inne til behandling eller rehabilitering, avhenger kritisk av at mest mulig av bosettingen forberedes og klargjøres mens den enkelte er på

institusjonen (Holm m.fl. 2015). I studien vises det til at både kartlegging av boligbehovet, forberedelse av boligrelaterte beslutninger samt å finne en konkret bolig bør finne sted under institusjonsoppholdet, skal det være en mulighet for å forberede en bolig ved utskrivning. Samtidig fremstår det å faktisk finne en bolig som den tydeligste begrensningen i kommunenes mulighetsrom på veien mot helhetlige bosettingsforløp, særlig for personer som skrives ut fra behandlingsinstitusjon for rus. Resultatet blir, slik det fremgår av studien, i svært mange tilfeller at en midlertidig bolig blir det tilbudet kommunene har mulighet til å gi, spesielt til personer som skrives ut fra rusinstitusjoner.

I Holm m.fl. vises det til viktigheten av god vertikal samhandling mellom kommunene og institusjonene for å legge til rette for kommunikasjon og samarbeid rundt gode bosettingsprosesser for bostedsløse som går inn og ut av institusjoner, blant annet for rusmiddelproblemer. Dette er blant annet under utvikling i kjølvannet av Samhandlingsreformen. I den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. som trådte i kraft 01.01.2012, forplikter kommuner og helseforetak seg til å inngå samarbeidsavtaler, samtidig som det stilles minimumskrav til avtalenes innhold. Formålet med samarbeidsavtalene er å bidra til å gi pasienter og brukere et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Dette knytter seg også til overgangen fra institusjoner under de regionale helseforetakene og til selvstendig bosetting i kommunene. Dette ligger som et forbilde for avtaler flere kommuner prøver å få i stand med Helseforetaket i sine regioner, jamfør for eksempel Psykoseforløpet og Rusforløpet som er som er utarbeidet av Helse Bergen i samarbeid med de aktuelle kommunene (Jamfør Holm mfl. 2015).

Det heter således i § 6-1 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester blant annet at:

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-1).

Slik minimumskravene til avtalene er definert i loven § 6-2, løftes særlig helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester

frem. Det er naturlig å tolke bolig inn i denne sammenhengen, selv om det kun nevnes spesielt i punkt 4, under døgnopphold.

Kommunene har også fått et økt ansvar og krav på seg, etter den nye Folkehelseloven, til å ha oversikt over sentrale levekårskomponenter i befolkningen. Således heter det i §5 i Lov om folkehelse at

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne.

I denne sammenhengen heter det at folkehelseutfordringer i kommunen skal identifiseres, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. I tillegg blir det i Helse- og omsorgslovens §3-2 i sterkere grad enn før, understreket kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, herunder både utredning, diagnostisering og behandling.

Kommunene har med dette et lovpålagt ansvar for å følge opp folkehelseproblemer. I dette vil samhandlingen med spesialisthelsetjenesten være helt sentralt.

I samarbeidsavtaler med andrelinjen kan bolig ses som en naturlig del for personer med rusmiddelproblemer, og som har behov for bolig som en del av rehabiliteringen ved utskrivning. I Holm med flere kommer det imidlertid frem at enn så lenge er det variasjoner kommunene imellom i hvor langt en har kommet i å utvikle slike avtaler, og hvorvidt en har definert dem til også å gjelde for personer med rus og psykiatri. I Bergen kommune har en for eksempel definert avtalene til også å omfatte pasientforløp innenfor rusbehandling og psykiatri. For disse gruppene er bolig en av de kanskje viktigste premissene for stabilisering av livssituasjonen og rehabilitering.

## 5.2 En tilfredsstillende og egnet bolig

I denne drøftelsen av boligsituasjonen for personer med rusmiddelproblemer, og kommunenes arbeid på dette området, legger vi til grunn en forestilling om at den enkelte må sikres en "tilfredsstillende" eller "egnet" bolig. Men hva skal vi legge i dette?

I utgangspunktet har en stabil, trygg og god bolig en grunnleggende rolle som base for hvile, tilhørighet, identitet, rekreasjon,



sosialt og privat liv for alle mennesker. For personer som befinner seg i en spesielt utsatt situasjon, enten det er i forhold til rus, psykiatri, løslatelse fra fengsel, eller annet, vil imidlertid boligen ha en særlig rolle utover dette. Vi kan nevne blant annet:

- Som base og sikkerhet for personer som har hatt uro på andre områder av livet, være seg opphold i fengsel, rusvansker eller psykisk ustabilitet.
- Som forutsetning for at en behandling skal ha den nødvendige effekten. Dette kan for eksempel være aktuelt der behandlingen er poliklinisk eller liknende. LAR-behandling kan her være et eksempel.
- For å skape avstand til destabiliserende miljøer.
- For å skape trygghet, sikkerhet og skjærme mot uønsket besøk.
- For å gi en følelse av kontroll og tilhørighet.
- For å skape en ramme rundt behandling, rehabilitering og godt ettervern, og med det, en opplevelse av mestring og menneskeverd.

Særlig for personer i en ustabil livssituasjon, preget av eksempelvis rus og psykiske lidelser vil det være viktig å stabilisere bosituasjonen. Langsiktighet i disposisjonsform, egnet bomiljø, og for noen også et element av oppfølging og/eller tilsyn eller ordensregler, med videre, vil her være viktig. Relevante oppfølgingstjenester kan også være nødvendig. Mange rusmisbrukere, kanskje mer enn andre grupper, vil ha helt spesielle behov knyttet blant annet til det å stabilisere i forhold til miljøer og personer i omgivelsene som bidrar til å trekke fokus bort fra behandling og rehabilitering. Beliggenhet og avstand til eksisterende og kjente rusmiljøer kan slik sett antas å være en særlig viktig dimensjon ved en "tilfredsstillende" bolig for denne gruppen. Dette kan særlig oppleves som akutt i etterkant av et behandlingsopplegg som har hatt til hensikt å sette den enkelte i stand til, i større grad, å kontrollere egen rusbruk.

## 5.3 Ruspolitisk forankring i kommunene

### 5.3.1 Planhierarki, forankring og implementering

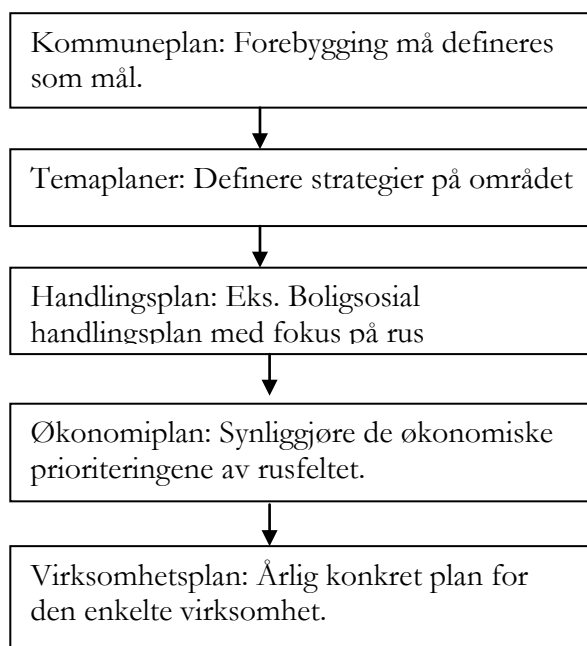
For å sikre en implementering av ruspolitiske mål og strategier i forhold til boliger, er det viktig at arbeidet forankres så høyt opp i det kommunale planhierarkiet som mulig. Dette kan illustreres med følgende eksempel på planleggingsskjema, hentet fra en av casekommunene.

Figur 5.1 kan illustrere hvor viktig forankring i det kommunale planhierarki er for å sikre kontinuitet i det ruspolitiske arbeidet. Dette gjelder gjensidig mellom plannivåene, i betydningen av at det ikke er tilstrekkelig at et mål defineres i kommuneplanen om det ikke er noen plan for hvordan dette skal iverksettes. Dernest er det heller ikke tilstrekkelig at man har en virksomhetsplan, om man ikke samtidig har en plan for hvordan dette økonomisk skal gjennomføres.

I figuren illustrerer vi, med utgangspunkt i det kommunale planhierarki innenfor rusområdet i en av casekommunene, viktigheten av å se disse ulike plannivåene i sammenheng når en skal definere og implementere en aktiv politikk på rusfeltet. Mens generelle mål defineres på kommunalplannivå, skjer det en økende grad av operasjonalisering og konkretisering av de boligpolitiske målene nedover i planhierarkiet, i følge informanten i kommunens sentraladministrasjon i den aktuelle casekommunen.

Samme informant hevdet at det i de tilfellene en ikke lykkes å forankre en handlingsplan i kommuneplanen, kan det være en utfordring å få gjennomført en strategi.

Figur 5.1 *Eksempel på kommunalpolitisk planhierarki innenfor rusområdet, hentet fra en av casekommunene.*



Ruspolitiske mål kan mest overordnet defineres i kommuneplanen. Dette er imidlertid i seg selv ikke tilstrekkelig som politiske handlingsparametre. Derfor er det viktig at de boligpolitiske temaene innenfor rusomsorgen også finner veien inn i temaplanene. Her vil strategier og overordnede føringer, som er ment å gi retning for den kommunale virksomheten, bli definert. De boligsosiale handlingsplanene og rusmiddelpolitiske handlingsplaner vil kunne forankres i de kommunale temaplanene og representerer en konkretisering av de boligsosiale målsettingene for personer med rusmiddelproblemer. Handlingsplanene har et fireårs perspektiv, men rulleres hvert år.

Økonomiplanen og forankring i denne er en viktig premiss i implementeringskjeden, i følge samme informant som vist til ovenfor. Dette sikrer de økonomiske rammene for virksomheten og kan slik vise seg å være en helt sentral forutsetning for at tiltak blir iverksatt.

Til syvende og sist er operasjonalisering av mål i form av en virksomhetsplan viktig. Denne er årlig og vil definere og konkretisere målene for den enkelte virksomheten.

### 5.3.2 Fokus på bolig i de fire casekommunene

Våre fire casekommunene har i stor grad valgt å forankre de boligsosiale perspektivene innenfor ruspolitikken i sine kommuneplaner. Dette er videre operasjonalisert både i temaplaner og i handlingsplaner. I Drammen heter det for eksempel i den rusmiddelpolitiske handlingsplanen 2013-2016 at *”oppfølgingsarbeidet skal vektlegge omgivelsesfaktorer som aktiviteter, arbeid, bolig, sosiale nettverk og økonomi”* (Drammen kommune 2013:8). Utover dette har Drammen kommune en boligsosial handlingsplan, vedtatt 2012, hvor mål, strategier og tiltak knyttet til boligproblematikk for personer med rusmiddelproblemer inngår (Drammen kommune 2012). Her løftes følgende målsettinger opp som de sentrale, (1) flere skal eie, (2) færre bostedsløse og (3) alle skal bo. Dette avviker ikke så mye fra satsingene i Bergen kommune, slik de kommer til uttrykk i boligmeldingen 2014-2020, hvor følgende tre forhold trekkes frem (1) Fra leie til eie, (2) Housing First og (3) Boligsosialt velferdsprogram (Bergen kommune 2014:11). Innenfor hvert av disse målområdene defineres en rekke tiltak som er ment å sikre personer med rusmiddelproblemer, og andre med vansker på boligmarkedet, en god bosituasjon. For å få flere over på eie, er det for eksempel etablert ”Fra leie til eie” strategier, ved blant annet salg av kommunale boliger til leietakere. I Bergen kommune benyttes her den såkalte ”Bergensmodellen” som virkemiddel, gjennom et samarbeid med private aktører (Bergen kommune 2014:44). Som et tiltak for færre bostedsløse, har en i Drammen etablert botiltak for ulike grupper rusavhengige, Her er også samarbeidsrutiner med institusjoner søkt utviklet, for å sikre en god overgang fra institusjon til bolig.

I forbindelse med målet om at alle kan bo har Drammen kommune et eksplisitt fokus på unge, men også på betydningen av bolig i relasjon til andre tiltak. Som tiltak for å bedre den enkeltes muligheter for å mestre det å bo tilbyr Drammen kommune, i likhet med de andre casekommunene, oppfølgende tjenester i bolig. I Drammen kommunes boligsosiale handlingsplan understrekes det imidlertid et behov for en akutt ”beredskap” for

personer med vansker, som har behov for akutt hjelp (Drammen kommune 2012:19).

I Bergen kommune har bygging av utleieboliger for ulike grupper vanskeligstilte vært høyt prioritert de siste årene (Bergen kommune 2014:5). Som en oppfølging av Boligprogrammet fra 2006, ble det igangsatt et program for å bygge 400 nye boliger. Dette målet har en langt på vei en plan for å lykkes med. I følge Boligmeldingen 2014 -2020 var 197 boliger per 1. november 2013 tatt i bruk, mens de resterende 203 boligene befinner seg ”i ulike stadier av gjennomføring”, som det heter i Bergen kommunes boligprogram 2014 – 2020 (Bergen kommune 2014:50). De fleste boligene forventes ferdigstilt og tatt i bruk i løpet av 2015 (Bergen kommune 2014:50).

## 5.4 Boligtilbud for personer med rusavhengighet – tilpasset behovene

Det overgripende problemet i forhold til bolig for personer med rusmiddelproblemer i våre casekommuner, er mangelen på egnede boliger. Dette understrekes av alle casekommunene, både Bergen, Tromsø, Hamar og Drammen. Det er et stort behov for differensierte og egnede boliger, særlig unge og de som er motivert for å komme videre etter behandling og rehabilitering. For andre grupper med rusrelaterte vansker, særlig de med aktiv rus, oppleves deknningen som relativt god, særlig i Drammen. Det samme gjelder i noen grad i forhold til å skaffe midlertidige boliger, hvor både Drammen og Tromsø oppgir at de har tilgang på slike boliger ved behov. For andre er dette en større utfordring, for eksempel i Hamar kommune. I dette avsnittet skal vi se på noen av de botilbudene kommunene har tilgjengelig for personer med rusvansker og noen erfaringer med disse.

### 5.4.1 Kommunale boliger

Alle våre casekommuner har en portefølje med kommunale boliger som de disponerer til ulike grupper med boligbehov. Drammen kommune har for eksempel om lag 1200 kommunale boliger, Tromsø nesten like mange med om lag 1130. Av boligene i Drammen er om lag 800 ordinære utleieboliger med ordinære utleiekontrakter. Resten er omsorgsboliger av ulike slag og kan også være rettet mot personer med rusmiddelproblemer. Disse har

tidsubegrensede kontrakter. Terskelen for å få dette er imidlertid høy og ventelistene har også blitt lengre de siste årene. I Tromsø er det pt 212 søkere på listen, et tall som i 2008-2009 lå på 70. Utviklingen er tilsvarende i de andre casekommunene. Dette betyr at det er lang tid å vente på å få kommunal bolig, og de ventende kan stå opptil flere år på venteliste. Dette betyr at de må ha en annen bolig i mellomtiden, mens de venter.

Primært er det den enkelte selv som søker om bolig, men dette kan naturlig nok skje med bistand fra relevante deler av hjelpeapparatet, som Nav, spesialisthelsetjenesten, miljøarbeidertjeneste og andre.

Kommunene har etablert egne tildelingsteam eller utvalg, der ulike etater er representert. Her er gjerne Nav sosial med, samt en representant fra seksjonene for henholdsvis rus og psykisk helse, og en fra tildelingsteamet for tjenester. anbefalingene fra utvalget er gjerne rådgivende.

De kommunale boligene er i alle casekommunene fordelt på en rekke ulike boligtyper, både enkeltstående leiligheter, borettslag, frittliggende eneboliger, samlokaliserte boliger i en egen oppgang i en blokk, egne blokker, boenheter eller annet. I den største casekommunen er boligmassen riktignok mer nyansert enn i den minste, som har en smalere bredde i sine boliger og botiltak. I noen tilfeller leier også kommunene inn boliger. Noen samlokaliserte boliger har personellbase, andre ikke.

I prinsippet kan alle disse ulike boligtypene være tilgjengelige for personer med rusvansker, men hvilke boliger som konkret benyttes til dette, varierer avhengig av enkeltsituasjonen. Noen boliger, blant annet en del samlokaliserte boliger eller bofellesskap, eksempelvis med base, er i utgangspunktet definerte som bolig for personer med rusvansker. Andre mer frittliggende leiligheter eller boliger benyttes til formålet der det oppfattes hensiktsmessig.

En kommune, ved leder av boligkontoret, hevder imidlertid at de helst benytter boliger de eier selv til bosetting av personer med rusmiddelproblemer.

## 5.4.2 Botilbud tilpasset rusavhengige i ulike faser

### **Bofellesskap og varianter av samlokaliserte boliger**

Alle casekommunene har egne bofellesskap for personer med rusmiddelproblemer. Disse varierer i både størrelse og beliggenhet, men har det til felles at de i stor grad retter seg mot personer som er i et aktivt rusforhold.

Således har eksempelvis både Bergen, Tromsø og Drammen større boligkomplekser som spesielt retter seg mot og er tilpasset personer med rusmiddelproblemer. Drammen kommune drifter således det såkalte BO7, som er et større boligkompleks meget sentralt i sentrum, med 27 ordinære boliger for personer med rusvansker, 4 midlertidige boliger og 3 akutt plasser.

Boligkomplekset består av to blokker, og kommunen har forsøkt å organisere det slik at personer med alkoholbruk bebor den ene og personer som er brukere av tyngre stoffer den andre. Stedet har en base som er betjent på døgnbasis, og en har strenge adgangsregler, knyttet til hvem som kommer og går. Ingen beboere har inngangsnøkkel, og de må ringe på. Alle gjester må ringe på, og oppgi hvem de skal besøke. Bosatte får ikke ha for mange besøk og overnattinger er meget strengt regulert. Dette er ikke unikt for BO7 i Drammen, men praktiseres for eksempel også i det tilsvarende tiltaket i Tromsø. På denne måten ønsker kommunen å ha en viss kontroll med det som skjer i boligkomplekset, samtidig som en ikke har mulighet til å følge med i besøk boligene imellom.

I Drammen er beboerne i disse botiltakene i hovedsak menn, og de er voksne. Kun et fåtall kvinner er i dag bosatt i disse boenhetene, og intervjuer med ansvarlige på botiltakenes baser forteller at boløsningen ikke har fungert så godt for kvinner. De har gjennomgående hatt vansker med å tilpasse seg og sette de grenser som er nødvendig for å håndtere denne formen for bofellesskap, og det har i sum skapt mye uro. Heller ikke unge mennesker er bosatt i disse boligene. Dette er et bevisst valg fra ledelsens side. De er redd for at de da kan rekrutteres inn i et tyngre miljø. Dette resulterer i at beboerne i hovedsak er godt voksne.

I tillegg til disse større sentrumsnære boenhetene har både Tromsø og Drammen andre botilbud rettet mot samme målgruppe, men med færre boliger, med rundt 8-10 ordinære boliger. Også disse

botilbudene er rettet mot voksne i aktiv rus. Her er det imidlertid kun base på dagtid og det foreligger ingen kontroll av aktivitetene der utover de muligheter dagbasen gir.

Noen av kommunene har også spesialtilbud til personer med stort behov for et skjermet botilbud. I en av kommunene er det bygget fire småboliger i utkanten av kommunen. Disse ligger med god avstand til naboer, har ingen bemanning, men ambulerende oppfølging. Noen av de mer krevende brukerne, med rus og psykiske lidelser i kombinasjon har fått et tilbud her. Erfaringene med tiltaket har imidlertid vært blandet. To av de fire bosatte har i rimelig grad tilpasset seg boligene, mens det for de to andre har vært større utfordringer. På et tidspunkt ble en av boligene påtent av beboer og nedbrent.

Flere informanter etterlyser dessuten såkalte *hardbruksboliger*. Dette er boliger tilpasset beboere som bruker sine boliger så hardt at normale boliger med normal standard ikke er tilstrekkelig. I Tromsø har en for eksempel inne nå et forslag om slike boliger til politisk behandling. På Hamar uttrykkes et sterkt ønske om å etablere dette. Disse boligene vil være et tilbud til personer som kommunene ikke ser noen løsninger for i det eksisterende botilbudet, og som både er meget ressurskrevende om de ikke får en spesialtilpasset bolig, samtidig som de også kan være til direkte fare for seg selv og andre.

To av casekommunene opplever at de har god dekning av plasser for voksne, aktive rusbrukere, fortrinnsvis menn. For kvinner har en i mindre grad denne type egnede botilbud. Behovet for slike boliger er ikke så stort blant unge, og her forsøker en å finne frem til andre typer løsninger.

Det er stor enighet blant våre informanter i kommunene om at bofelleskap med aktive rusbrukere ikke er egnet for personer som har vært inne til behandling for rusbruk, og som aktivt ønsker å komme ut av rusmiljøet. Tilgang til stoff, samt uro, press, stress og mas gjør at personer etter rusbehandling, i følge våre informanter, ikke bør bosettes i disse boligene. Dette er de ansvarlige meget bevisst, men det hender det ikke er andre muligheter. Det gir ofte en dysfunksjonell boligløsning. Hvordan dette ser ut fra et brukerperspektiv, skal vi se nærmere på i neste kapittel.

En annen side ved dette er også å finne beboere som kan fungere sammen i en bolig. Flere av våre informanter blant de ansatte i



botilbudene samt i et ambulerende team, forteller om komplekse kabaler som må gå opp for å unngå at bomiljøene belastes med uvennskap og uro.

En problemstilling som kommer opp i denne sammenhengen er at kanskje er det en grense for hvor store bofellesskap for personer med rusvansker kan være eller bør være. Ansattes inntrykk er at det er lettere å finne frem til gode og velfungerende beboerkonstellasjoner i små boenheter enn i store.

En annen side ved dette er i hvilken grad større boenheter er egnet for personer som gjennom behandling og rehabilitering aktivt forsøker å komme ut av rusproblemet eller i det minste kontrollere rusproblemet i større grad. I slike tilfeller kan det å bo i et belastet bomiljø bestående av et stort antall boenheter være en utfordring, siden en slik i stor grad vil være tett på det miljøet en vil søke å opparbeide en avstand til.

I en av de mellomstore casekommunene søker en å løse dette ved å unngå å bosette personer som har vært inne til behandling og rehabilitering i de samme botilbudene en hadde før en kom til behandling og rehabilitering. Men kapasitetsproblemer knyttet til antall boliger gjør at dette mange ganger er en utfordring. Dette siste gjelder i en annen av de mellomstore kommunene, der en har samme strategi, men der boligmangelen er så stor at det i mange tilfeller ikke er realistisk.

Flere informanter understreker det paradoks at mens det på den ene siden er stor boligmangel, og vansker med å bosette personer etter behandling og rehabilitering, blir også boliger stående tomme i ulike botilbud, nettopp fordi en anser botilbudet som uegnet for personer etter behandling eller rehabilitering. Dette indikerer at mange innen kommunalt rusforebyggende arbeid forsøker å ta behandling, rehabilitering og ettervern innenfor rusomsorgen på alvor og forsøker å legge til rette for gode og egnede boløsninger innenfor de mulighetene som foreligger. Samtidig synes det som om noen kommuner kanskje ikke har tilstrekkelig oversikt over behovet for boliger og ulike botiltak, eller at dette ikke gis tilstrekkelig høy politisk prioritet. Uansett er resultatet i våre casekommuner at dimensjoneringen av ulike typer boliger ikke er i tråd med behovet.

## Midlertidige boliger

Tilgangen på egnede midlertidige boliger oppleves som en utfordring i alle våre fire casekommuner, selv om tre av de karakteriserer tilgangen som rimelig god. En av våre mellomstore bykommuner oppgir å ha for eksempel mellom 50 og 60 personer i ulike midlertidige boliger og botiltak, til en hver tid. Et annet spørsmål er hvor egnet de midlertidige boligene er.

I Bergen kommune er de fleste midlertidige botilbudene kommunen har avtale med differensiert med hensyn til målgruppe, hvorav de fleste tilbudene er rettet mot personer som er aktive i rus (Bergen kommune 2014:45). Kommunen har imidlertid også midlertidige tilbud rettet mot de som ønsker å være rusfrie. Generelt har Bergen kommune to ulike avtaler om levering av midlertidige botilbud, det kan være relevant å nevne her:

- Midlertidige botilbud med døgntilsyn. Disse finansieres dels av et grunntilskudd og dels av en døgnpris betalt av Nav sosialtjeneste. Tilbudene driftes av frivillige eller ideelle organisasjoner.
- Midlertidige botilbud med kvalitetsavtale. Her har Bergen kommune pr 2013 avtale med to private leverandører. Her betaler Nav sosialtjenesten en døgnpris.

(Kilde: Bergen kommune 2014:45-46)

I tillegg til dette drifter Bergen kommune også egne tiltak, som Myrsæter bo- og rehabiliteringssenter. I de andre casekommunene er det en mindre bredde i tilbudet å spille på. Løsningen blir, uavhengig av kommunestørrelse, hospits, pensjonat, hotell eller campinghytter utenfor sentrum. Dette er ikke noen god løsning for mange, snarere tvert om.

Et problem slik mange av våre informanter særlig innenfor Nav-rus/sosialtjeneste legger det frem, er at det med de fleste aktive rusmisbrukere følger en bolighistorie, som ikke taler til deres fordel når de har behov for et botilbud. Mange kommunale informanter gir uttrykk for at noen rusbrukere ”bor seg ut” av ulike boalternativer, hvilket innebærer at de som følge av utagerende adferd, ødeleggelse, uro og bråk blir uønsket som nye leietakere. Dette betyr at det kan bli en stor utfordring å skaffe særlig de mest

utagerende og ”kjente” aktive rusbrukerne, selv et midlertidig botilbud.

Alle casekommunene har en stor utfordring i forhold til å skaffe til veie et egnet botilbud ved utskrivning fra behandling for et rusproblem. I noen tilfeller søker institusjonen da å la den enkelte utskrivningsklare få være litt lenger, i påvente av at et egnet botilbud skal være tilgjengelig. Dette kom blant annet frem i et enkelttilfelle i et intervju med et DPS som betjente bydeler i vår største casekommune. Men vanligvis er det press på behandlingsplassene, og løsningen blir i følge våre informanter ofte å skrive ut til et botilbud som ikke er tilpasset. En av våre informanter, leder av et akutteam i en av de mellomstore bykommunene, sa blant annet at hun hadde nesten til gode å se at en eneste av de som var skrevet ut fra rusinstitusjon etter behandling i hennes kommune, hadde blitt tilbudt en boløsning som kunne sies å være egnet.

### **Akuttsteder**

Alle kommunene har tilgang til et antall akuttsteder for personer i aktiv rus, men som står uten bolig. Selv om reglene varierer noe, er dette steder som en får ved å stille opp i kø, for eksempel klokken 20.00 om kvelden. Det er ikke mulig å tilbringe dagtid her, så klokken 0800 neste morgen må i noen tilfeller natthjemmet forlates. I Tromsø har en det såkalte *Natthjemmet*, med et fåtall steder. Drammen har et tilsvarende tilbud. I begge tilfellene er disse samlokalisert med bofellesskap for personer med aktiv rus.

Bergen har totalt 18 akuttovernattingssenger i henhold til Bergen kommunes Boligmelding 2014-2020 (side 45). Disse fordeler seg på det såkalte Strax-huset, Kirkens bymisjons Omsorgsbasis for kvinner og Frelsesarmeens Bo- og omsorgssenter i Bakkegaten. I Boligmeldingen til Bergen kommune for 2014-2020, heter det at kommunen de siste årene har erfart at tilbudet har vært tilstrekkelig dimensjonert til å dekke den registrerte etterspørselen, men at det den siste tiden har vært tilfeller med underkapasitet, der Strax-huset har måttet avvise personer som har ønsket overnatting (Bergen kommune 2014:45). Tilsvarende er det også i de andre casekommunene. Dette kan indikere en tiltakende underdekning på denne type botilbud for blant annet personer med rusmiddelproblemer.

### **Boliger spesielt rettet mot unge med rusproblem**

Kommunene har i liten grad egne boligtilbud til personer i aldersgruppen 18-25 år. Disse kommer i noen tilfeller rett inn i områder med eldre rusmisbrukere, selv om kommunene har en meget bevisst og aktiv strategi for å unngå dette. De bosettes helst ikke i botiltak med mange aktive rusbrukere.

En informant i den største casekommunen viser her imidlertid til at rusmisbrukets omfang er uavhengig av alder. En 20-åring kan derfor ha et vel så stort rusproblem som en eldre.

### **Overgangsboliger, ettervernsboliger og botilbud for personer som kommer fra behandling eller annet**

Flere informanter i våre casekommuner ser et stort behov for overgangsboliger for personer som har vært inne til behandling eller rehabilitering for et rusproblem. Her er tilbudet i alle casekommunene for lite i forhold til behovet. Ved utskriving fra rusinstitusjon må de fleste enten søkes inn til en egnet kommunal bolig eller søke bolig på det private markedet. I praksis viser det seg at dette er meget utfordrende. Mens ventelistene på kommunale boliger er lang, er muligheten for bolig på det private leiemarkedet vanskelig for personer med en rushistorikk.

Lengden på behandlingsopplegget er også en dimensjon i dette. Om behandlingsopplegget kun er rettet mot avrusing, og av tre ukers varighet, kan dette være alt for kort tid for kommunen til å stille et nytt botilbud på bena. Det er lettere å jobbe i retning av å finne en bolig for en person som skal være inne til lengre tids behandling eller eksempelvis sitte i fengsel i to år enn for en person som er inne til behandling i tre uker.

Våre informanter i casekommunene ser at behovet for passende boliger etter behandling er meget stort. Som en informant fra et kommunalt sosialmedisinsk senter sier det:

Ingen av de som kommer fra behandling har gått til en høvelig bolig. Vi burde hatt et bredt tilbud. Slik det er i dag er de som kommer fra behandling sjanseløse. Vi har så få boliger.

Det er her mange av våre informanter gir uttrykk for at man burde hatt en mulighet til å sette sammen et tilbud, med boliger og tjenester, mens vedkommende var inne til behandling. Det ideelle

ville være at dette var avklart og sto klart når vedkommende ble skrevet ut. Samme informant forteller at mange av rusmisbrukerne som er inne til behandling er spesielt fokusert på bolig ved utskrivning, og at det tar mye av fokuset bort fra behandlingen. Dette gir i følge informanten ”lav effektivitet til behandlingen”.

Her er det også viktig å vise til hvordan den enkeltes bolighistorie har en tendens til å bli husket, selv om vedkommende har vært inne til behandling og fremstår som rusfri eller på rehabilitering med LAR-behandling. Dette kan representere en barriere for å komme inn både på det private og det kommunale leiemarkedet. Konsekvensene av dette kan i praksis bli at det eneste botilbudet som er tilgjengelig er midlertidige botilbud eller botilbud for aktive rusbrukere, med nærhet til det eksisterende rusmiljøet vedkommende var en del av før behandlingen. I følge mange av våre informanter tar det da ikke lang tid før vedkommende er tilbake i rusbruken. Som en informant sier det:

Det er helt tragisk at mens behandlingsskapiteten økes, skrives folk bare ut til sine gamle liv.

(Informant, sosialmedisinsk senter, mellomstor bykommune)

For LAR-brukere forteller våre informanter i en av bykommunene at det ikke lenger stilles noen krav om bolig for å få LAR. Dette har resultert i at i flere kommuner er LAR-brukere uten fast bolig.

En av våre informanter fra Nav-kommune sier følgende:

Vi har ingenting å spille på. Vi har ikke boliger. Gruppen har også gjort seg upopulær blant mange utleiere. Da kan vi ikke annet enn å forsøke å snakke oss inn på campingplasser og pensjonat... Men av og til har vi ingenting. Det er kjempevanskelig.

(Informant, Nav-kommune)

Det er et stort underskudd på overgangsboliger i våre case-kommuner, og flere av våre informanter uttrykker et stort behov for denne typen boliger. I Nav-kommune, i en av de mellomstore casekommunene, uttaler våre informanter at de ”må ha” overgangsboliger for personer som kommer fra institusjon og for ungdom. Dette har de ikke i dag.

I en annen av våre casekommuner har man et samarbeid mellom kommunen og Kirkens sosialtjeneste om leie av fem boliger i et bofelleskap, men også her uttrykker våre informanter et meget stort behov for flere slike boliger.

### **Det private markedet**

Det private utleiemarkedet er meget vanskelig for denne gruppen i alle kommunene. Dette har sammenheng med flere ting. Først og fremst er det knapphet på utleieboliger og mange som vil leie. Både Bergen, Drammen og Tromsø har dessuten store undervisningsinstitusjoner, og etterspørselen etter bolig fra studenter er derfor stor. Dernest, som vi har nevnt andre steder, har mange rusbrukere en "historie" som gjør at de stiller sist når utleiende ønsker leietakere. Dette på tross av at de har vært under behandling og er i en rehabiliteringsfase. For mange oppleves det private utleiemarkedet som lukket. Se også neste kapittel om dette.

### **Dekningsgrad på boliger for rusbrukere og utfordringer i bosetningsprosessen**

Hovedinntrykket er at flere av casekommunene har relativt god dekningsgrad på botilbud til aktive rusmisbrukere, fortrinnsvis voksne og menn. For de som er mer "av og på" i sitt rusproblem og for de som har vært inne til behandling og rehabilitering er det imidlertid større utfordringer. Disse egner seg verken for å bo i bofelleskap for aktive rusbrukere eller i midlertidig botilbud. For denne gruppen og for unge er behovet for et botilbud stort.

Mange kommunale informanter viser her til store utfordringer knyttet til det å finne rette boligen for de forskjellige. Dette handler også om motivasjonen den enkelte har for å bo og hvilke behov den enkelte ser at han eller hun har. To informanter i et kommunalt boteam opplever at noen rett og slett ikke er tilstrekkelig motivert for å bo, og de kan ha tilfeller der enkeltpersoner kjører egne fremleieopplegg på de boligene de blir tildelt.

Som en informant i Nav sier det:

Ofte opplever vi at vi vil mer enn brukerne våre. Det handler om vilje til å ta i mot. Vi kan skreddersy tiltak, om de ville bli motivert. ... Det er motivasjon for å endre livssituasjonen det ofte skorter på. .... Det er veldig frustrerende at mange er tilbake i rusmiljøet fem

minutter etter at de er ute fra behandling. For mange blir behandlingen derfor bare en pause fra rusen.

(Informant Nav-kommune i en mellomstor bykommune)

Samme informant fortsetter:

Den største utfordringen er at noen ikke passer på noen av de stedene vi har å tilby.

Det at mange også har hunder representerer også en utfordring. Mange private utleiere ønsker ikke hunder og i borettslag er det meget vanskelig. Det samme kan gjøre seg gjeldende i bofelleskap og annet, hvor hundehold kan være problematisk.

### 5.4.3 Kommunal bolig som virkemiddel og ikke mål

Kommunene er klare på at kommunal bolig kun er et virkemiddel, og ikke et mål i seg selv. Prosjekter som *Fra leie til eie* hvor en kan stimulere leietakere generelt til å bli eiere ved å bruke Husbankens boligøkonomiske virkemidler, som startlån, tilskudd og bostøtte, er derfor høyt prioritert. Dette gjelder også innenfor gruppen som har et problem med eget rusbruk, selv om veien her ofte kan være lenger. Mange i denne gruppen må få økt kontroll med sitt rusproblem før de kan tenke på forpliktelsene som følger med det å eie. I Drammen, for eksempel, har en imidlertid lyktes med å få personer med rusavhengighet over fra leie til eie.

Et grep som Drammen kommune her har prøvd ut, er å la bolig-tjenesten fortsette å følge personene opp etter at de er bosatt i egne boliger. Dette handler blant annet om å etablere et forhold til de som gjør at terskelen for å ta kontakt ikke er så høy. Den enkeltes potensial, økonomisk og på annen måte, som eier av egen bolig blir vurdert mens vedkommende er i et leieforhold.

## 5.5 Booppfølging

Det tilbudet som er etablert til personer med rusmiddelproblemer, for å bedre deres bosituasjon, kan ikke avgrenses til bare å gjelde de konkrete boligene. Det må også inkludere tiltak som letter den enkeltes muligheter både for å finne en bolig og fungere i en bolig, slik at boforholdet vedvarer. Her er store deler av rusomsorgen selvsagt relevant. I en av de mellomstore casekommunene uttaler for eksempel leder for Boligkontoret at de stiller egne krav til de

som skal bo i deres boliger og lager såkalte boavtaler med tilleggsavtaler rettet mot leietakerne. Her forplikter leietakerne seg til å ta i mot tjenester. Dette for å sikre at boligen benyttes på en forsvarlig måte og at boforholdet fungerer hensiktsmessig, både for den enkelte beboer og for omgivelsene.

Erfaringen er at beboerne i aktiv rus fungerer bedre om det stilles krav til dem i bosituasjonen. Adgangskontroll og ordensregler som vi har vært inne på ovenfor representerer også del av dette.

Disse avtalene er selvsagt frivillige, men en forutsetning mange steder for at man kan få en bolig. Kommunene har i utgangspunktet ikke mulighet til å bruke tvang overfor denne gruppe. Alle tilbud, også det å motta tjenester i boligen, er derfor frivillige.

En modell for å organisere booppfølging, er gjennom etablering av egne botreningsentre. Dette er blant annet gjort i Bergen kommune (Kringsjøveien 36).

### **Ambulerende team eller oppfølgingsteam**

Viktig i forhold til å sikre at den enkelte håndterer sitt boforhold er også de såkalte *ambulerende team* eller *oppfølgingsteam*. En av de mellomstore bykommunene oppgir å følge opp rundt 80 personer med blant annet rusmiddelproblemer i egne eller kommunale boliger. De ambulerende teamene bidrar med det meste av praktisk veiledning og bistand i boligen, ordning av husleie og annet.

En variant av dette finner vi også i Tromsø, der en har et husbankfinansiert prosjekt som heter *Fra bostedsløs til beboer*. Her samarbeider blant annet NAV og boligkontoret om å følge opp personer som bor i midlertidig bolig. Dette handler om å få til et bedre tjenestetilbud mens enkeltpersoner venter på bolig og også i forhold til å beholde boligen. Gitt de lange ventetidene på kommunal bolig, risikerer en at personer faller tilbake til gammelt rusbruk mens de venter, selv om de har vært til behandling.

### **Boteam**

Flere kommuner har etablert såkalte *boteam*. I Tromsø består eksempelvis boteamet av representanter fra Nav, Boligkontoret og rus - psykiatritjenesten. Målet er å få folk i et midlertidig botilbud over i en permanent bolig og slik se tjenester og direkte oppfølging i ett. Mens den tradisjonelle metoden til Nav er å sende innkalling til møte til brukerne, prioriterer en blant annet her å reise ut til den



enkelte og møte brukerne der de er. Direkte brukerkontakt er et stikkord her.

### **Gårdstiltak og andre motivasjonsbyggende tiltak**

Et spennende tiltak de prøver ut i det små i en av de mellomstore casekommunene er å tilby en aktiv omsorgsplass på et gårdsbruk, for personer som er motivert for å komme ut av rusen. Dette håper de kan gi en opplevelse av glede ved å jobbe med noe meningsfylt. Dette er ennå in spe, men den første aktive omsorgsplassen har så langt vært en suksess.

Andre tiltak de forsøker er sykkeltraining etc. Vår informant i Nav argumenterer meget overbevisende for viktigheten av slike tiltak også i relasjon til bolig. Hun sier:

Alt henger sammen. Vi må jobbe for å få til en tiltakskjede som kan fungere etter hvert. Det å ha et hjem kommer inn der. Det handler om at ting fungerer rundt deg også.

(Informant, Nav-kommune)

Ved å legge grunnlaget for normalitet og stabilitet, ved å tilby og motivere til aktiviteter, prøver man innenfor rusomsorgen å skape gode ”samfunnsholdninger” som en informant kaller det, og slik også legge grunnlaget for stabilitet i boforholdene.

## **5.6 Ventetid som fallgrube i boligkjeden**

På vei mot å bli rusfrie og komme over i egen bolig må en for bostedsløse rusmisbrukere håndtere en kabal med flere ventetidsperioder som bare unntaksvis går opp for den enkelte. Det å få på plass en egnet bolig i rett tid når den enkelte er ferdig med rusbehandling, lykkes bare unntaksvis, og når kommunal bolig blir ledig, sammenfaller det kanskje ikke med den russituasjonen den enkelte er midt oppe i på det aktuelle tidspunktet. Som en ytterligere kompliserende faktor i dette, svinger motivasjonen til personer med et rusmisbruk betydelig. De aller fleste av våre informanter i kommunene understreker viktigheten av å komme inn med behandling og bolig når den enkelte rusbruker er motivert for en endring i sin livssituasjon. Men denne fleksibilitet er vanskelig å få til når det er til dels lange ventetider både på behandling og på kommunal bolig. Som en

informant i et ambulerende team understrekte, er tjenesteapparatet ofte fleksibelt og kan snu seg på meget kort varsel. De mer grunnleggende strukturene, knyttet til ventetid på rusbehandling og bolig, synes imidlertid etter vår vurdering i mindre grad å være fleksible på kort sikt. De største utfordringene i forhold til å få til helhetlige bosettingsforløp for personer med rusmiddelproblemer, der et egnet botilbud følger, eller helst innlemmes i, et behandlingstilbud, synes å være å få til en samkjøring av motivasjon, behandling og botilbud samtidig.

## 5.7 Utvalgte supplerende modeller og strategivalg for boligetablering

I de fire kommunene finner vi ulike modeller- og strategivalg for å sikre personer med rusvansker en bolig. Vi skal her se nærmere på et utvalg av disse, med særlig vekt på modeller rettet mot unge med rusmiddelproblemer.

### **Fra leie til eie**

Kommunene er meget bevisste med hensyn til å kartlegge den enkeltes muligheter for å gå fra leietaker til eier. Dette er særlig relevant for personer som har lyktes med å etablere seg som rusfri. Her er startlån og ulike typer oppfølging viktig. Utsiktene til å bli eier av sin egen bolig kan også for mange fungere som en meget viktig motivasjonsfaktor på veien mot rusfrihet, se neste kapittel.

### **”Sitt valg, bolig først”**

Housing First modellen står sterkt i flere av våre casekommuner, og Drammen kommune har også etablert prosjektet ”Ditt valg, bolig først”. Også dette er i regi av ”Housing first” metoden, og poenget er at deltakerne selv definerer sine boligbehov. Dette er en brukerstyrt oppfølgingstjeneste i bolig, der den enkelte forteller om sitt behov og får oppfølging i forhold til det. Det er i dag 28 brukere av tilbudet, og de fleste har et rusproblem. Den enkelte må være motivert til å samarbeide, selv om man forsøker å være fleksibel så langt det oppleves rimelig. Arbeidet avsluttes om avtaler gjentatte ganger brytes.

Felles for de fleste er at de mangler en bolig når de kommer inn i prosjektet. En av de første utfordringene er da å fremskaffe en bolig. Her søker man inn mot det private markedet og man blir

med på visninger og følger opp. Alle har til nå klart å skaffe seg en bolig innenfor prosjektet.

I følge lederen for prosjektet lykkes en med å stabilisere bosituasjonen for de aller fleste av dem en jobber med. Noen sliter en med å holde kontakten med, men for de fleste lykkes en med å holde en god relasjon. I følge vår informant i prosjektet fremstår ”Din bolig, bolig først” som en god modell for å sikre personer med rusmiddelproblemer i en boligsituasjon. I følge vår informant gir dette en mulighet for å fokusere tettere på den enkelte, enn hva tilfellet er innenfor Nav, der en må følge opp så mange og der en ikke har kapasitet til å følge opp personer like tett.

Noe av suksessen ligger kanskje også, slik vår informant antyder, i å ta utgangspunkt i hva den enkelte selv vil og kan mestre.

I Drammen deles ansvaret for oppfølging i bolig for personer med rusvansker mellom Senter for rusforebygging og bolig tjenesten på Nav.

### **Egne ungdomstiltak: Boligskole for unge og ungdomstorg**

Flere casekommuner har også etablert egne tiltak rettet mot unge. Således har Drammen kommune, i sitt boligsosiale handlingsprogram, lagt inn en såkalt *Boligskole for unge* (Drammen kommune 2012:19). Med utgangspunkt i et prosjekt rettet mot unge sosialhjelpsmottakere, heter det at for om lag 15 prosent av ungdommene ”*var det å kunne ha egen bolig en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg av andre tiltak på vei mot arbeid og det å klare seg selv*” (Drammen kommune 2012:19). I etterkant av handlingsplanen er *Boligskole for unge* etablert i Drammen. Dette er et kompetanse- og kurstilbud til unge i forhold til både det å finne bolig og det å mestre å bo i denne. Dette indikerer en bevissthet rundt det at unge har behov for særskilt hjelp og bistand, for at denne gruppen skal kunne nyttiggjøre seg tiltak som behandling, rehabilitering og ettervern innenfor rusfeltet.

I Hamar har de etablert en boligskole for innvandrere. Denne er planlagt utvidet til også å romme personer med rusmiddelproblemer.

I forhold til ungdom har Drammen egne tiltak samlet rundt et såkalt *Ungdomstorg*. Dette er et lavterskeltilbud, som jobber forebyggende med ungdom, og der både psykiske helsetjenester,

NAV, barnevernet, rustjenesten og psykologisk pedagogisk tjeneste (PPT) har fast kontortid. Dette letter tilgjengeligheten til disse instanser for unge som sliter. Dette er en arena for å møte ungdom på en mer uformell og uforpliktende måte, og slik få en mulighet til å veilede de med vansker med rus eller annet.

Kombinert med den såkalte *Boligskolen for unge*, opplever kommunen å nå frem til ungdommer som sliter både på vei inn i boligmarkedet og i sitt forhold til rusmidler.

Det er dessuten etablert et eget bo- og nærmiljøtiltak for ungdom, *Der Ungdom Er, (DUE prosjektet)* i Bergen. Dette fungerer i dag som en operativ ettervernstjeneste for ungdom som har vært under barnevernets omsorg, og som skal over i selvstendig bolig. Dette er et prosjekt rundt den enkelte ungdom, for å legge til rette for at utsatt ungdom *skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud om oppfølging i eget nærmiljø*, slik det heter på kommunens hjemmesider om prosjektet. Hver ungdom får oppnevnt sin egen kontaktperson. Denne blir oppnevnt når utskrivning fra barnevernsinstitusjonen nærmer seg, og oppfølgingen i DUE bygges opp rundt den enkeltes kontaktperson.

I løpet av 2014 var det 83 ungdommer som ble søkt inn i DUE, av disse kom rundt 30 fra barnevernsinstitusjoner og rundt 20 fra fosterhjem. Arbeidet handler i følge vår informant i DUE, mye om å skaffe bolig og følge den unge opp i denne.

Prosjektet har vært så vellykket at også Stavanger og Bodø har fulgt opp modellen.

Målgruppen for DUE prosjektet er ungdom mellom 18 og 23 år som:

- Står i fare for å utvikle problematikk som kvalifiserer til opphold i institusjon.
- Trenger videre oppfølging etter endt opphold i barnevernstiltak, institusjon eller fengsel.
- Har behov for behandling for rusmiddelavhengighet og/eller psykiske vansker
- Mangler bolig
- Mangler et meningsfylt aktivitetstilbud på dagtid.

(Kilde: Bergen kommune, Utekontakten: DUE Der Ungdommen Er. Metodehåndbok:15)

Ett eller flere av kriteriene skal være oppfylt for å komme inn under oppfølgingsordningen, og ungdommens motivasjon vektlegges ved inntak.

I forbindelse med prosjektet *Tett oppfølging i egen bolig*, i samarbeid med Husbanken, har DUE prosjektet søkt å utvikle nye metoder for å hjelpe vanskeligstilt ungdom på boligmarkedet. I løpet av 2011 fikk 55 av 65 ungdommer oppfølging i egen bolig (Bergen kommune DUE Metodehåndbok:39). I metodeboken til DUE prosjektet heter det at:

I Due har vi erfart at etablering i en egnet bolig som oftest er en forutsetning for å lykkes i det videre oppfølgingsarbeidet.

(Kilde: Bergen kommune, Utekontakten: DUE Der Ungdommen Er. Metodehåndbok:39)

Hvem som klarer å bo for seg selv, heter det videre, er vanskelig å avgjøre på forhånd. Derfor er det viktig, slik det kommer til uttrykk i håndboken, *å gi alle en mulighet til å etablere seg i egen bolig*. (Bergen kommune, Utekontakten: DUE Der Ungdommen Er. Metodehåndbok:39).

### **Virkemidler for kontinuitet**

I en situasjon der tiltaksrekken blir fragmentert og behandlingstiden kortere, vil verktøy som kan bidra til kontinuitet være viktig. Et slikt verktøy kan være individuell plan. Etter pasientrettighetsloven §2-5 har alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan. Studier har imidlertid vist at disse i varierende grad benyttes innenfor en sektor som rusmiddelomsorgen (Taksdal mfl 2006, Riksrevisjonen 2009-2010). Selv om det ikke ligger noen garanti for kontinuitet i en individuell plan, gitt at det er frivillig fra brukerens side å følge den opp, kan planen allikevel legge et grunnlag for en viss helhetlig brukerplanlegging og slik motvirke fragmentering for eksempel i den boligsosiale delen av rusomsorgen.

Våre informanter har her mest positive erfaringer med å etablere en ansvarsgruppe rundt den enkelte, fremfor å benytte en individuell plan. Dette er meget utbredt og oppleves som nyttig,

ved blant annet å gi mye informasjon rundt hva som er mulig og hva den enkelte personen selv ønsker. Hensikten med en ansvarsgruppe er å skape et helhetlig tilbud til den enkelte, for eksempel når vedkommende skrives ut av institusjon.

### **FACT team**

En av de mellomstore kommunene har også etablert et tilbud for personer med rus og psykiske lidelser, innenfor såkalte FACT team. Dette står for *Flexible assertive community treatment* og er et fleksibelt oppsøkende behandlingsteam som retter seg mot personer som bor spredt og i ordinære boliger. Dette må ses i sammenheng med de såkalte ACT-teamene, *Assertive community treatment*, som retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser, herunder rusmiddelproblemer. Personene har det til felles at de har sammensatte tjenestebehov, men nyttiggjør seg i mer begrenset grad av det tradisjonelle tjenestetilbudet. ACT-teamene er etablert som et samarbeid mellom kommunene og DPS og har tverrfaglig kompetanse. De arbeider oppsøkende og leverer et bredt spekter av tjenester på brukernes arenaer. Målsettingen er å Bedre brukernes livskvalitet og funksjonsnivå, sikre de en kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet og samtidig redusere antallet innleggelseser.

De fleksible aktivt oppsøkende behandlingsteamene (FACT-team) tar også sikte på å kunne gi et tilbud til en gruppe mennesker med periodevis mindre behov for intensiv oppfølging. FACT-teamene dekker to funksjoner ved at de både skal gi et tett og teambasert tilbud etter prinsippene i ACT, for de av brukerne som til en hver tid har behov for dette, hvilket utgjør om lag 20 prosent. I tillegg skal FACT-teamene ha en koordinerende funksjon, der de teamansatte gir individuell behandling og oppfølging til de av brukerne som til en hver tid ikke har behov for tett oppfølging fra teamet, hvilket utgjør om lag 80 prosent.

Denne modellen er ment å sikre samtidige og fleksible tjenester tilpasset den enkeltes behov i ulike faser, samt kontinuitet i behandlingen. Personer med schizofreni og bipolar lidelse utgjør om lag 90 prosent av brukerne, samtidig som 63 prosent har en problemfylt bruk av rusmidler.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Midtveisrapprt: Evaluering av 12 ACT-team. Akershus universitetssykehus HF, Korus-Øst 2012.

## 5.8 Kommunikasjon med andrelinjetjenesten rundt utskrivning

Ut fra det som nå er sagt om virkemidler og strategier i kommunene, hvordan er da mulighetene for å tilpasse boligsituasjonen til den enkeltes behov i etterkant av behandling og under rehabilitering? Dette avhenger blant annet av i hvilken grad en egnet bosetting lar seg forberede i etterkant av behandling og rehabilitering i rusinstitusjon og annet. Her er det en klar tendens til at i den grad det er kommunen selv, ved Nav eller oppfølgende enhet, som søker behandlings- eller rehabiliteringsplass, har de mer løpende kontakt under oppholdet på institusjon og har derfor større anledning til å forberede bosettingen etterpå. I den grad det er private fastleger som søker inn sine pasienter til behandling og kommunen ikke har vært en del av prosessen eller den enkelte innlagte til behandling skriver seg ut selv, har kommunene i mindre grad oversikt. Kommunen kan i noen tilfeller være helt ukjent med at personer har vært til behandling eller er skrevet ut. Dette gjelder spesielt i forhold til private institusjoner. De personene dette handler om, kommer først under kommunenes oppfølging i den grad de selv ber om det, det være seg på Nav, eller ved at kommunenes uteteam eller andre treffer på dem i forbindelse med sitt arbeid. Alternativt kan kommunens oppfølgingsapparat også få henvendelser fra politiet eller andre om navngitte personer som har behov for oppfølging.

Men, selv om kommunen kjenner til personens behandlingsopplegg og kjenner til utskrivningsdatoen, vil de ovenfor nevnte utfordringene knyttet til å skaffe en egnet bolig være like aktuelle. Forskjellen er at en har en forutsigbar utskrivningsdato å arbeide frem mot. Dette gir mer oversiktighet over hvilken tid en har til rådighet til å forberede boligsituasjonen ved utskrivning. Dette gir også en mer reell mulighet til i det minste å få jobbet med saken, selv om det ikke nødvendigvis gir flere boliger.

Med etablering av samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene er noe av hensikten at kommunikasjonen mellom disse skal bli satt inn i et system og gis en formalisert struktur. Samarbeidsavtalene, slik de ble utarbeidet innenfor rammene av Det er imidlertid litt ulike oppfatninger i kommunene når det kommer til hvorvidt samarbeidsavtaler etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-1, omfatter rus og psykiatri, og

ikke bare somatikk. Bergen kommune er et eksempel på en kommune som ikke bare tolker avtalene også inn på området rus og psykiatri, men som også har fremforhandlet egne avtaler med helseforetakene som regulerer overganger innenfor rus og psykiske helsearbeid.

Men, selv om kommunene og helseforetakene har et sett av samarbeidsavtaler som er ment å sette kommunikasjonen aktørene imellom i system, vil det være mange tilfeller der kommunikasjon og varsling ikke fungerer optimalt.

Dette vil i følge våre informanter i de kommunale oppfølgingsenhetene innenfor blant annet Nav-kommune i stor grad handle om at kommunene opplever at andrelinjen varslers for sent at en person er i ferd med å nærme seg utskrivning, selv om denne er planlagt. En mulighet er at dette er organisatorisk betinget. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene kan lett fremstå som fragmentert på rusfeltet, i den grad de ikke styres innenfor samhandlingsavtaler med bakgrunn i Helse- og omsorgslovens bestemmelser. Både på kommunenivå og innenfor andrelinjen, kan fragmenterte og sektoriserede beslutningslinjer lett medføre uklare ansvarsforhold, noe som igjen kan gjøre at andrelinjen opplever det som utfordrende å kommunisere med kommunene.

Uansett starter de fleste innleggelse til behandling i spesialisthelsetjenesten innenfor rusfeltet på initiativ fra kommunale aktører. Dette vil derfor også definere kontaktpunktet i kommunen, som følger pasienten gjennom hele institusjonsoppholdet, og frem til tilbakeføring og bosetting i kommunen ved endt institusjonsopphold. Dette avvikes der andre enn kommunens egne aktører fremmer en søknad om innleggelse.

### 5.8.1 Kommunikasjon med kommunene fra spesialisthelsetjenestens side

Som innenfor kommunene, er det også ulike erfaringer innenfor spesialisthelsetjenesten når det kommer til hvordan en opplever at kommunikasjonen med kommunene fungerer. Fra et større DPS i en storbyregion, oppgir våre informanter, to sosionomer som jobber med utskrivning og en psykiater, at kommunikasjonen med kommunene er god. Dette er først og fremst et akutt poliklinisk og



korttidsbehandlende åpent allmennpsykiatrisk tilbud, men har også noen som bor der over lengre tid samt noen planlagte innleggelseser.

Våre informanter her opplever at personer med rusmiddelproblemer er vanskelig å bosette. Vesentlig vanskeligere enn personer med psykiske vansker. Dette har blant annet sammenheng med kommunene i større grad har et boligtilbud til personer med psykiske vansker og i mindre grad til personer med rusmiddelproblemer, slik våre informanter opplever det i sin region.

Som våre informanter i et DPS uttrykte det, begynner de å kartlegge pasienten med en gang de får inn en ny pasient med et akutt rusproblem. Bosituasjonen er en av de tingene de kartlegger. Hva slags bolig har vedkommende, og hva slags oppfølging gis der? Erfaringsmessig er det mangel på bolig med oppfølging for denne gruppen, slik klinikken opplever det. Steg nummer to er å finne ut pasientens målsetting, både i forhold til rus, men også i forhold til bolig. Her starter sykehuset sitt samarbeid med kommunene.

Om de finner at vedkommende har en bolig, er spørsmålet hvor motivert vedkommende er for å opprettholde en ruskontroll og hvilken bistand som må til for at dette skal la seg gjøre. Mange har imidlertid ingen bolig, har bodd ute, på hospits eller i annet midlertidig tilbud. For disse vil det være helt grunnleggende og en premiss for egen mestring, å ha en egen bolig. Som en informant innenfor spesialisthelsetjenesten sier det:

Har du bodd på hospits, og går over til egen leilighet med oppfølging, kan det legge grunnlaget for egen mestring.

(Allmennpsykiater, DPS)

For å arbeide frem en egnet løsning, forsøker sykehuset å ta fatt i boligproblemet, gjennom å involvere den aktuelle kommunen. Dette gjøres gjennom å ta kontakt med kommunen, varsle, og ikke minst, la personen få bo på sengeposten i opptil fire uker, slik at kommunen får anledning til å forsøke å finne en bolig. Vanlig liggetid for personer med bolig er i gjennomsnitt på ni døgn.

Noen ganger må sykehuset, i følge våre informanter, av kapasitetsgrunner, si i fra til kommunen at en gitt pasient skrives ut

og at kommunen må finne et botilbud. Ofte blir det da en midlertidig bolig som blir løsningen. Dette er meget uheldig slik våre informanter i spesialisthelsetjenesten ser det. Men i følge våre informanter anstrenger kommunene seg for å finne en god løsning. Noen ganger lykkes det. Særlig i mindre kommuner kjenner man oftere pasienten og forsøker å få til en løsning.

Våre informanter i andrelinjen gir uttrykk for at de alltid har samarbeidsmøter med kommunene der de har bostedsløse rusmisbrukere inne som pasienter. Her prøver de å planlegge når vedkommende skal skrives ut, hva som er egnet bolig, samt hva slags booppfølging vedkommende bør få og annet. Her vurderes også såkalt interimskonto, der sosialtjenesten forvalter sosialstønaden for å sikre at husleie og andre boligrelaterte forpliktelser blir sikret. Også mer medisinfaglige spørsmål avklares i slike møter, for eksempel knyttet til medisnutlevering.

Det er imidlertid ikke slik at spesialisthelsetjenesten klarer å følge opp alle pasientene på samme måte. Spesielt utfordrende kan det være der pasienter skriver seg ut selv. I følge våre informanter i spesialisthelsetjenesten er det imidlertid helst andre veien det går, at pasientene vil bli på sykehuset. Mange er slitne av å være bostedsløse.

I det aktuelle DPS-et gir våre informanter også uttrykk for at de jobber med å etablere en ansvarsgruppe for pasientene med rusvansker. Inn i dette kan man legge ulike tilbud, for eksempel en plan for den polikliniske behandlingen av pasienten. Også såkalte *Livsmestringskurs* kan være aktuelt inn i denne sammenhengen. Her kan den enkelte få innføring i rusens funksjoner, økt bevissthet rundt rusens konsekvenser, med videre. Bolig er sentralt i de planene man legger for pasientene.

Sykehuset har også etablert eget *Akutt team*, som reiser på hjemmebesøk og følger opp i etterkant av utskrivingen. De kan også melde sin bekymring tilbake til sykehuset, så gjøres det tiltak i forhold til det.

I *ansvarsgruppene* er blant annet representanter fra kommunene, som ruskonsulenter, det kan være ansatte i relevante bofellesskap, NAV etc. Sykehuset driver også veiledning av personale i booppfølgings-tjenesten. Sosionomen ansatt ved sykehuset er også med i en gruppe som har booppfølging i den nærliggende storbyen.

Våre informanter i DPS gir uttrykk for at i de tilfellene de ber om et samarbeid med kommunene, så får de det til. Den største utfordringen er imidlertid å få dette til i den nærliggende storbyen, hvor forvaltningsstrukturen er mer sammensatt og komplisert og hvor det kan være vanskeligere å få ting til på kort sikt. Dette fungerer lettere i forhold til mindre kommuner. I disse situasjonene er det uansett viktig at spesialisthelsetjenesten samhandler med alle nivåer.

For de tyngre brukergruppene er kommunene i de aller fleste tilfellene inne i bildet i utgangspunktet, før spesialisthelsetjenesten begynner å jobbe med en pasient.

Sykehusets sosionom tar alltid kontakt med den aktuelle kommunen når de får inn bostedsløse rusmisbrukere som pasienter. Dette er dels for å informere kommunen, men viktigere for å få de til å sette i gang arbeidet med å finne en egnet bolig. Men som hun sier:

Når jeg ringer er jeg litt redd for at kommunene skal slappe av når jeg sier at den eller den er innlagt.

(Sosionom i DPS akuttsykehus)

På tross av det arbeidet spesialisthelsetjenesten her gir uttrykk for at de nedlegger i å få i gang en positiv bosettingsprosess i etterkant av innleggelsen, skrives de fleste i følge våre informanter ut til samme bosituasjon som de hadde før innleggelsen. Som en av våre informanter i spesialisthelsetjenesten sier til dette:

Da kan de fort bli innlagt igjen.

(Allmennpsykiater, DPS)

I deres opprinnelige bolig kommer den enkelte i stor grad tilbake i sitt gamle nettverk, slik våre informanter opplever det, og:

Nettverk er ikke så lett å skjerme seg mot. Når de kommer tilbake til boligen de kom fra, kommer det gamle nettverket tilbake også.

(Allmennpsykiater, DPS)

Spesialisthelsetjenesten forsøker slik de selv ser det, innen den tidshorizonten som følger av innleggelsen, å ta kontakt med relevante instanser i kommunene. Det kan være psykiatriske

sykepleiere i kommunen, hjemmetjenesten, Nav sosial, ruskonsulenter og andre. Det står ikke på vilje fra kommunenes side, slik spesialisthelsetjenesten opplever det, men på det faktum at de har meget begrenset med egnede boliger å tilby.

### 5.8.2 ”Pause” fra en slitsom hverdag

Så kan man spørre etter hva som er nytten av behandling, om den enkelte rusmisbruker allikevel i mange tilfeller, viderefører sitt rusproblem etter behandlingen. Her er flere forhold viktige, men først for å gjenta et poeng vi nevnte ovenfor: Etter lengre tid med et misbruk, er det ikke gitt at den enkelte får økt sin kontroll over eget rusbruk etter en rusbehandling på eksempelvis ti uker. Det kreves som regel langt mer for å løse det som er problemet, og en kilde i Nav er av den oppfatning at behandlingsinstitusjonene burde tilbudt lengre opphold. Men en rusbehandling kan tjene til å styrke den enkeltes motivasjon til å søke mer kontroll over egen situasjon på sikt, og kanskje legge grunnlaget for noen nye rutiner eller annet, som den enkelte kan jobbe med, på den lange veien frem mot et annet liv.

I noen tilfeller kan den rusavhengige selv ønske et behandlingsopplegg, ikke fordi vedkommende er motivert for rusfrihet, men fordi vedkommende er så utslitt av eget rusbruk, at behandling fremstår som en pause fra en ellers meget hektisk hverdag. Å leve som rusmisbruker i Norge i dag er et slitsomt liv, som tærer hardt på en menneskekropp. Mange rusmisbrukere ønsker en pause fra dette, for å komme seg igjen, få sårpleie, hvile etc., men der en etter utskrivning ikke har noen egenmotivasjon til å videreføre det behandlingen egentlig er ment å jobbe frem, nemlig kontroll med eget rusbruk.

Et par av informantene innenfor kommunal booppfølging av rusmisbrukere i hjemmet, ser det slik at opphold på en behandlingsinstitusjon også kan gi de ansatte i booppfølgingen et lite ”pusterom”. Flere informanter legger ikke skjul på at noen av brukerne av tjenestene deres har så sammensatte vansker at det også oppleves som krevende for personalet. For dem vil slike opphold kunne gi dem en mulighet til å fokusere på andre utfordringer for en periode.

## 5.9 Viktigheten av bolig sett fra behandlingsapparatets side

Våre informanter innenfor spesialisthelsetjenesten uttrykker stor bekymring for pasientenes boligsituasjon, og forsøker å jobbe aktivt i forhold til dette. Dette selv om de i utgangspunktet opplever boligsituasjonen som et kommunalt ansvar, og der deres egen rolle er å ha mer fokus på det medisinske faglige i selve rusbehandlingen.

Inntrykket er helt entydig blant våre informanter i spesialisthelsetjenesten at en utsatt boligsituasjon blant personer med rusvaner øker rusbruken. Som en sosionom på et DPS akuttpsykiatri sa det:

Senest i dag hadde jeg en pasient som sa rett ut at han hadde vært rusfri om han hadde hatt en bolig.

Dette kan indikere noe av fokus spesialisthelsetjenesten opplever at mange pasienter har på sin boligsituasjon.

Midlertidige botilbud, hospits etc. er i følge en informant i spesialisthelsetjenesten som jobber som allmennpsykiater, ikke tilstrekkelig som botilbud for denne gruppen. Som hun sier:

Alle som kommer hit har behov for bolig og oppfølging. Dette handler altså ikke bare om å ha en bolig, men også om å være i stand til å ivareta boligen.

(Allmennpsykiater DPS)

Om spesialisthelsetjenesten finner at vedkommende ikke har en bolig å vende tilbake til etter endt behandling, forsøker de gjennom kontakt med kommunen å finne frem til gode boløsninger. Som nevnt i avsnittet ovenfor er dette en stor utfordring. Spesialisthelsetjenesten er imidlertid helt klar på at en egnet bolig er en forutsetning for at det grunnlaget de legger for en endring i rusavhengigheten, gjennom behandling, skal gi en positiv utvikling for pasienten. Uten det er veien kort til tilbakefall, slik våre informanter i spesialisthelsetjenesten opplever det.

Opplevelsen av hvor viktig boligen er for at den enkelte skal kunne håndtere sine rusutfordringer deler spesialisthelsetjenesten med

våre informanter i de kommunale rustjenestene eller tilsvarende. Også her er det en klar opplevelse av at om boligen hadde vært på plass når den enkelte påbegynte en behandling, hadde effekten økt av behandlingen.

Som lederen ved et velferdstiltak for rusmisbrukere sier det:

Bolig som en integrert del av behandlingen hadde vært viktig. Nå er det et slags vedheng... Hadde en hatt rett bolig på rett tidspunkt i behandlingsopplegget, så kunne det bidratt til å støtte en endring i livssituasjonen.

(Leder av et lavterskel velferdstiltak for rusavhengige)

Flere informanter i spesialisthelsetjenesten opplever imidlertid at kommunene altfor ofte venter med å finne en bolig til utskrivning nærmer seg, og at det fort blir for sent.

Informanter i rusoppfølging i kommunene hevder at mange kommer fra utsatte bosituasjoner de ikke ønsker å returnere til etter endt behandling. Dette kan særlig være bofellesskap med mange aktive rusmisbrukere, eller at boligens beliggenhet for øvrig oppleves som belastende for muligheten for å jobbe positivt med egen rusavhengighet. Andre kommer fra midlertidige boliger og ønsker seg noe mer stabilt eller har gått ut og inn av akutt plasser.

Felles for alle disse er at de før behandlingen var i bosituasjoner som var lite egnet for å motivere til kontroll med egen rusbruk og som derfor ikke er egnet som bolig etter endt behandling.

Et annet viktig forhold flere informanter i kommunene understreker er at om boligen hadde vært på plass under behandlingen eller rehabiliteringen, kunne deler av behandlingen funnet sted i tilknytningen til boligen. Dette kunne styrket behandlingen og mestringskompetansen i forhold til et mest mulig normalisert liv borte fra rusen.

Som vi har sett, er imidlertid kommunenes muligheter til å jobbe med dette begrenset. De har rett og slett ikke tilgang til boliger, verken egne eller i det private markedet, og midlertidige løsninger eller større bokollektiver blir ofte løsningen.

## 5.10 Oppsummerende kommentarer

Slik situasjonen fremstår i dette utvalget med casekommuner, er det etablert mange gode botiltak for aktive rusmisbrukere, både i form av boliger og oppfølgingstjenester. Botilbudet synes imidlertid lite differensiert. Der det særlig synes å være utfordringer er i forhold til å finne egnede boliger for de som er av og på med sitt rusmisbruk, de som har vært inne til behandling og rehabilitering og er motivert for å finne en vei ut av avhengigheten, og ikke minst i forhold til unge under 25 år. Dette er personer der kommunene ser samlokaliserte boliger med aktive rusbrukere som uegnet, og søker å finne boliger andre steder. Dette kan resultere i at det står ledige boliger i botiltak for aktive brukere, mens det samtidig er stor boligmangel blant de som skrives ut av institusjon.

Mangelen på boliger tilpasset de som skrives ut fra rusinstitusjoner etter behandling innebærer at de helhetlige bosettingsprosessene ut av rusituasjonen er vanskelig å få til. Dette kompliseres ytterligere av de lange ventelistene både på kommunale boliger og på behandlingstilbud. I tillegg varierer motivasjonen for behandling for rusproblemet blant misbrukerne. I studien finner vi at det kun unntaksvis er mulig å få alle disse løpene til å klaffe samtidig. Den enkelte bør tilbys en behandling når vedkommende er motivert for det, men gitt ventelistene, kan motivasjonen svinne i mellomtiden. Dernest hadde det ideelle vært å ha en egnet bolig tilgjengelig når behandlingsopplegget gikk mot slutten, så siste del av behandlingen kunne skje enten i eller i forhold til den bosituasjonen som ventet. Men gitt de lange og uforutsigbare ventelistene til kommunale boliger, er det bare unntaksvis at det blir en egnet bolig ledig på det tidspunkt det er som gunstigst, skal vi tro våre informanter her. Dette virker demotiverende i seg selv på rusmisbrukere som søker å bli rusfrie, og boligmangelen forplanter seg inn i behandlingsskjeden, som får redusert effekt.

Kommunene har imidlertid utviklet en rekke virkemidler for å søke å intensivere oppfølgingen av personer med rusmiddelproblemer. Et viktig funn er at jo tettere kommunen følger den enkelte som er inne til behandling for sitt rusproblem, jo lettere er det å forberede bosituasjonen ved utskrivningsdatoen. I den grad det er privatleger eller andre enn kommunen selv som henviser til behandling, er kommunene imidlertid helt avhengig av at institusjonen eller pasienten selv, tar kontakt med kommunen og

---

informerer om situasjonen. Her synes imidlertid kontakten noe varierende.

Informantene våre i spesialisthelsetjenesten opplever på den ene siden at kommunene involverer seg og prøver å skaffe et egnet botilbud, men at løsningen ofte blir en midlertidig boløsning. Dette oppleves som uheldig i andrelinjen, da det særlig for personer med rusmiddelproblemer er viktig med en bolig på rett tid for å holde fast ved og bygge videre på den motivasjon som forhåpentligvis eksisterer for rusfrihet når et behandlingsopplegg nærmer seg slutten.

Også blant personer med et tiltakende rusproblem som bor i ordinære boliger, men hvor funksjonsnivået er redusert som følge av rusen, ser flere av våre kommunale informanter store og økende boligutfordringer.

Kommunene har begrenset med tilgjengelige kommunale boliger, og det private markedet er vanskelig å slippe inn på for personer med synlig rusavhengighet. Mange personer med rusavhengighet har også en vanskelig historie hos de kommunale boligbedriftene eller større private utleieselskaper, noe som fester ved dem i mange tilfeller når de søker bolig på nytt.



## 6 Rett bolig til rett tid: Bolig i et brukerperspektiv

Så langt har vi hatt et fokus på kommunale strategier og arbeid knyttet til boliger for personer med rusmiddelproblemer, men hvordan ser brukerne selv på sin boligsituasjon? Hvordan opplever de at fokus er på bolig i behandlingsløpet, og hvilke forventninger og ønsker har de selv til egen bolig?

I dette kapitlet skal vi blant annet se nærmere på hvordan rusmiddelbrukere selv opplever sin boligsituasjon, og hvordan boligsituasjonen i seg selv kan være en viktig forutsetning for den enkeltes motivasjon og mulighet for å gjøre noe med sin livssituasjon. Vi begynner imidlertid kapitlet med en kort beskrivelse av brukerne. Avslutningsvis ser vi på bolig som betingelse for endring for denne gruppen.

Kapitlet er basert på intervjuer med 11 informanter med et rusproblem. En nærmere presentasjon av informantene gis i vedlegg 2.

### 6.1 Om brukerne

Gruppen ”rusmisbrukere” eller personer uten kontroll over egen rusbruk favner en stor og variert gruppe både når det kommer til hva rusbruken består i, bakgrunn, utfordringer, ønsker, livssituasjon, boligkarriere og annet. Også opplevelsen av egen situasjon vil variere betydelig. Dette har betydning for hvordan den enkelte opplever sitt boligbehov og ulike kvaliteter ved boligen samt hvilke ønsker de har for boligen. Dette vil vi ha som bakteppe når vi i dette kapitlet fokuserer på rusmisbrukeres egenopplevelse av deres boligsituasjon.

Om vi skal trekke opp noen linjer når det gjelder informantene som synes viktig for den enkeltes opplevelse av bolig og boligsituasjonen, er det for det første viktig å understreke at det er store variasjoner både med hensyn til hva misbruket består i og hvor lenge den enkelte har vært misbruker. De fleste av våre informanter benytter et sett med ulike rusmidler, selv om flere er åpne på at de foretrekker visse stoffer, som en informant som var veldig klar på at han foretrakk amfetamin. Utvalget besto også av to som i hovedsak hadde et problem med alkohol.

For det andre er det også store variasjoner når det kommer til hvor motivert den enkelte synes å være for behandling og for å komme ut av rusmisbruket. Denne motivasjonsfaktoren synes som en viktig betingelse for hvilke boligpreferanser den enkelte har.

En tredje variabel som viser seg viktig er den enkeltes boligkarriere og erfaringer for øvrig med bolig i tiden som rusmisbruker. Og for det fjerde, og som en videreføring av dette, varierer det i hvilken grad den enkelte har vært inne til behandling for sitt rusproblem og hvor lenge og hva slags behandling den enkelte har fått, og hva som har kommet ut av det. To av våre i alt 11 informanter er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og er slikt sett ikke lenger i en aktiv rusituasjon. For det femte er det også store variasjoner i hvor utagerende den enkelte er i situasjoner hvordan vedkommende agerer i ruspåvirket tilstand.

Som vi vil se nedenfor, er særlig de fire første av disse forholdene viktige betingelser for den enkeltes opplevelse av sin egen boligsituasjon og hva slags bolig vedkommende ser som egnet for seg selv. Den siste variabelen, adferden, ser imidlertid mer ut til å være sentral for hvorvidt vedkommende klarer å beholde boligen og ikke minst komme inn i en bolig igjen etter en tid uten en bolig.

## 6.2 Selvopplevde boligbehov

Selv om alle våre informanter hadde ulike historier å fortelle og gav uttrykk for ulike erfaringer med mange ting, tegner det seg et bilde av to hovedgrupper aktive rusmisbrukere. Det ene er den gruppen som verken er motivert for, eller ønsker, å endre sin livssituasjon eller er i stand til det uten vesentlig bistand og oppfølging. Den andre gruppen er de som er motivert for endring og som har vært eller er under aktiv behandling og oppfølging for å lykkes i dette.

Selv om dette er en grovkategorisering, og med mange grensetilfeller som kunne tilhøre begge, synes inndelingen fruktbar i forhold til å sette de selvopplevde boligbehov informantene her gir uttrykk for, i perspektiv.

Blant de aktive rusmisbrukerne som ikke synes motivert for endring, synes opplevelsen av og ønskene for eget boligbehov enten å være mer uklare eller de uttrykker stor tilfredshet med å bo i boliger sammen med andre som ruser seg aktivt. For et par av våre informanter i denne gruppen synes deres misbruk å være så altoverskyggende i deres hverdag at de i liten grad har overskudd til å fokusere på bolig. Det å aktivt jobbe for å skulle anskaffe seg en bolig, forutsetter at en skal ”stå på”, gå på visninger på det private markedet, jobbe for å søke finansiering, søke om kommunal bolig, etc. Dette krever et overskudd og engasjement som for mange er vanskelig i perioder med aktivt rusbruk. Da er hverdagen mer fylt av rusbehovet, som synes altoverskyggende for mange i denne kategorien. På den annen side, våre informanter som faller i denne kategorien gir samtidig uttrykk for at de ønsker seg en bolig, et eget sted, at det skal være rent og pent, men de er ikke så konkrete utover dette. Det synes allikevel som om ønsket om en ”normal” bolig er sterkt. En av våre informanter, som er i et aktivt og ukontrollert rusforhold, sier for eksempel

Jo mer normalisert boligen er, jo mer normal kan du late som du er.

(Mann, andre halvdel av 20-årene, amfetamin/alkoholmisbruker)

Vedkommende rusmisbruker gir uttrykk for at en ”god bolig” kan være en motivasjonsfaktor i seg selv, for å ”oppføre seg bra”, som han sier det, og slik på sikt bidra til å motivere for et endret liv.

Da synes gruppen som er motivert for endring å være langt klarere i sine boligpreferanser. De ønsker seg sterkt en ”god og egnet” bolig, og egnetheten handler i stor grad om god avstand til eksisterende rusmiljø.

Alle blant våre informanter som synes motiverte for en endring i sin livssituasjon, og som med ett unntak har vært inne til behandling for sitt rusmisbruk, gir klart uttrykk for at de ønsker seg en bolig hvor de føler seg trygge. De ønsker å kunne låse døren og ikke presses av andre fra miljøet for at de skal overnatte, kjøpe,

selge stoff, spørre etter penger og annet. Disse forholdene gir en betydelig stressituasjon for den enkelte som forsøker å endre sin situasjon, og gjør det svært vanskelig å bryte ut av egen livsbane. Vold, lett tilgang til rus, press og stress er bare noen av de opplevelsene våre informanter forteller om i bofellesskaper med andre aktive rusmisbrukere som går på tyngre stoffer enn alkohol. Dette gjelder også en informant som opplevde det samme presset da han hadde egen leid bolig midt i ”Storgaten”. Da var det i følge informanten ”et stadig mas fra folk som hadde vært ute på livet og som ville inn, natt og dag”.

En ansatt informant på et velferdstiltak for rusmisbrukere refererer en av brukerne når han sier at:

Det er vanskelig å være rusfri når det er godtebutikk i underetasjen.

Dette forsterkes av våre informanter med rusmiddelproblemer. En informant gir klart uttrykk for at:

Det er mye lettere og ruse seg på botiltakene. Der er det et belastet miljø.

(Mann, andre halvdel av 20 årene, amfetamin/alkohol-misbruker)

En annen informant, en kvinnelig informant på 30 år, som nå går på subutex, forteller om da hun ventet på behandling for sitt rusproblem.

Jeg kom på XX [botiltak med dagbasert base for personer med aktiv rusproblematikk] og bodde der i rundt et halvt år. Det var der jeg prøvde heroin for første gang. Jeg har aldri vært så ruset noen gang som de månedene jeg bodde på XX. ... Folk gikk fra rom til rom og ruset seg sammen.

(Kvinne, 30 år, tidligere heroinmisbruker, nå på LAR)

Flere informanter forteller med dette om lett tilgang til rus, og et press fra andre rusmisbrukere innenfor boligtiltaket med andre med aktive rusmiddelproblemer. Dette er også grunnene til at personer som er motivert for endring ikke ønsker seg til botiltak for personer som aktivt ruser seg på tyngre narkotiske stoffer. I stede ønsker de seg til steder med solid avstand til slike miljøer. En

av våre informanter velger selv å bo ute, med en presenning som tak, for å unngå ”dårlig miljø på de stedene” som han sier. En annen rusmisbruker, som har vært inne til rusbehandling over lang tid, forteller at hun har ”hybel i verste reiret”, og opplever daglig press og vold, noe som gjør det vanskelig å bryte.

En av våre informanter på LAR som har lagt den aktive rusen bak seg etter gjentatte behandlinger, er imidlertid stadig bosatt i et bofellesskap for personer med aktiv rus. Paradoksalt nok var han også bosatt i samme bygning den gangen han aktivt ruset seg blant annet på amfetamin og befant seg midt i et kaotisk livsløp med rus og kriminalitet. Han fortviler over sin boligsituasjon. Han har mange historier å fortelle om sitt nåværende husvære:

Dette er verste plassen i byen. Dette er et fristed, og folk leker politi og røvere. Du vil ikke tro hvor bråkete det er. Det er verst om natten. Folk banker på døren, vinduene, hylar og skriker, flytter rundt på tunge ting... Noen ganger må jeg bruke hasj for å få sove.

(Mann 53 år, på LAR, tidligere heroin, amfetamin og annet)

Denne informantens historie er meget relevant i forhold til å se bolig, behandling og utvikling i sammenheng. Mannen har etter en lang karriere som starter på barnehjem, langvarig rusbruk, kriminalitet, over 20 fengselsdommer, omsider i en alder av 53 år lagt sin mest kaotiske tid bak seg og er i LAR. Kommunen har imidlertid ikke nok boliger tilgjengelig til å sikre mannen en annen bolig enn i et av byens botilbud der personer med aktiv rus bor. Dette føles meget frustrerende for informanten. Han forteller:

Jeg har ruset meg i dette bygget. Nå er jeg på LAR og det skal liksom være en progresjon i livet mitt..... Jeg har det rett og slett vondt. Jeg har ikke kommet en millimeter lenger etter at jeg begynte på LAR.

Han forsetter:

Jeg faller mellom to stoler. Jeg kommer ingen plass videre. Jeg vil ikke ruse meg, jeg sitter rusfri i denne gården..... så er jeg på Lar rehabilitering liksom. Det kan ikke bli galere.

(Mann, 53 år, i LAR, tidligere heroin, amfetamin og annet.)

Hans opplevelse av bosituasjonen i botiltaket for personer med aktiv rus er totalt forskjellig fra en annen informant, en mann på 45 år, i et liknende botiltak, men som ikke har vært inne til rusbehandling og som heller ikke er motivert eller ser hensikten med å være rusfri. Denne informanten forteller.

Jeg trives veldig godt her. Det er veldig trivelig. ...  
Men jeg visste også hva jeg gikk til når jeg flyttet hit.

(Mann 45 år, aktiv bruker av amfetamin og annet)

Denne godt fornøyde beboeren gir likevel uttrykk for at det er visse forutsetninger som må være på plass for at bofelleskap skal kunne fungere. Han bor i dag i et bofelleskap med syv aktive brukere av amfetamin og andre ”pluss stoffer”, alle er menn og de er mellom 45 og 67 år. Samtlige har over 20 år bak seg som rusmisbrukere. Alle boligene er på ett rom og kjøkken, de er samlokalisert tett på hverandre i samme bygning og har felles base i bygningen hvor ambulerende team er på dagtid fire ganger i uken.

Han forteller om tider hvor bofellesskapet ikke har fungert så godt. Sentrale suksessfaktorer for å få det til å fungere synes å være at beboerne er sånn noenlunde i samme fase av sitt rusmisbruk. Unge er ikke velkomne i dette bofelleskapet. Det er heller ikke ønskelig fra kommunens side, da de er redd de skal rekrutteres til enda tyngre rusmisbruk. Også samme type rusbruk hos beboerne synes som en betingelse for bedret samhold. Om en kombinerer beboere på ”pluss stoffer” som amfetamin etc., som virker oppkvikkende, med personer på ”minus stoffer” som heroin etc., som virker dempende, kan det utvikle seg konfliktfylte sosiale samspill. Kjønn og alder spiller tydeligvis også inn. I de periodene hvor det har bodd kvinner i det aktuelle bofelleskapet har det vært mer uro enn når det nå bare er menn. Vår informant sier rett ut at om ”det blir for eksempel en egen etasje for damer, flytter jeg”.

Dette støtter også opp under de opplevelser informanter i ambulerende team viser til. De forteller at:

Vi er ikke så gode på damene. Det er helt andre mekanismer. De vil ofte ha med seg en mann, som fungerer både som beskyttelse, men som også skaffer

stoffene. Det er ofte veldig vanskelig å blande kvinner og menn.

(Ansatt i ambulerende team)

To av våre informanter er imidlertid kun misbrukere av alkohol og bor i et bofellesskap med andre personer med tilsvarende problemer. Disse opplever det å bo sammen med andre med alkoholproblemer annerledes enn de som bor med aktive rusmisbrukere på tyngre stoffer. I bofellesskap for personer med alkoholvansker virker det som det er lettere for beboerne å sette grenser mot uønsket adferd fra naboers side, samt sette seg opp mot drikkepress. Her er det også et viktig poeng at det botiltaket hvor de to informantene med alkoholvansker bor i, også har adgangskontroll til bygget og løpende kontroll ved dørene, stenging klokken 23.00 i ukedagene, besøksliste etc. Beboerne gir uttrykk for at disse husordensreglene følges veldig strengt opp, men at de samtidig er glade for den tryggheten det gir.

En kvinnelig alkoholiker som bor i botiltaket sier:

Det føles trygt å bo her, og jeg er glad for adgangskontrollen. Du kan ikke ta med en gjest som ikke står på besøkslisten, og det gir oss en trygghet. Vi sier i fra om hvem vi vil ha på besøkslisten. Så er det greit.

(Kvinne, andre halvdel av 50 årene, alkoholmisbruker)

Dette innebærer at det er en fast base i botiltaket, noe som også er med å gi beboerne økt trygghet. Særlig den kvinnelige alkoholmisbrukeren føler en stor trygghet med basen. Som hun sier:

Blir noen ekle er det bare å gå ned på basen å be dem fjerne dem.

(Kvinne, andre halvdel av 50 årene, alkoholmisbruker)

Om drikkepress og uro sier den samme informant følgende:

Et nei respekteres av de andre. Det finnes ikke noe drikkepress her.

Heller ikke den mannlige alkoholikeren gir uttrykk for noe drikkepress i bofellesskapet, men er nok mer misfornøyd med besøkskontrollen, som han synes er for streng.

Flere av bofellesskapene praktiserer meget streng dørkontroll, og fra de ansattes side oppleves dette som viktig for å skape trygge rammer rundt beboernes livssituasjon og jobbe i retning av en mer kontrollert rusbruk.

### 6.3 Motivasjon for endring og bolig

Som vi så i avsnittet ovenfor er altså personer med ukontrollert rusbruk i stor grad opptatt av sin bosituasjon. Dette gjelder særlig blant de som er motivert for en endring i egen livssituasjon. Boligbehovet for disse ble særlig uttalt i forbindelse med at de var inne til behandling eller i etterkant av behandlingen. Knappheten på boliger forsterker denne opptattheten. Dette støttes også av behandlere i spesialisthelsetjenesten og booppfølgere i kommunene. Som vi så i forrige kapittel, har også ansatte i hjelpeapparatet et klart inntrykk av at fokuset på bolig blant personer med rusvansker tilspisses når de begynner å samle motivasjon for å bryte ut av rusen og komme videre med livene sine.

Så opptatt synes informanter i spesialisthelsetjenesten og kommunene at mange rusbrukere er av bolig i forbindelse med behandling, at det tok mye av fokuset bort fra behandlingen. Hadde boligen vært på plass under behandlingsopplegget, kunne motivasjonen for å bo i boligen, og oppfølging i denne, i større grad vært benyttet aktivt inn i behandlingsopplegget. Det at boligen ikke er på plass for mange under behandling, gjør at mange føler usikkerhet rundt dette.

Spørsmålet i dette avsnittet er hvordan dette ser ut fra rusbrukernes side? Her vil vi ikke bare se på hvor viktig boligen er for dem, men når er den viktig og hvordan er den viktig i relasjon til rusbruken?

Som vi allerede har sett i avsnittet ovenfor synes bolig generelt å være svært viktig for personer med rusmiddelproblemer og særlig i forbindelse med kritiske overganger mellom ulike livssituasjoner, for eksempel i overgangen fra institusjon til bolig og i situasjoner der vedkommende er motivert for en endring ut av rusen og er for eksempel i LAR. Dette knyttes således gjerne opp mot situasjoner hvor den enkelte rusmisbruker har hatt anledning til å endre sin



rusavhengighet, for eksempel i etterkant av et behandlingsopplegg eller i forbindelse med andre livskriser.

Dette handler ikke bare om å skaffe en bolig, men om en egnet bolig. Gjennom samtalene med i alt 11 personer som med stor grad av åpenhet har fortalt sine historier, dannes det et bilde av at fokus på og opplevelsen av en bolig varierer avhengig av hvilket stadium av rusbruken den enkelte befinner seg i. Utfordringen for kommunene er å komme inn med egnet tilbud til rett tid. Dette er ingen lett oppgave. Særlig ser utfordringene ut til å være store der problemstillingene knytter seg til veier ut av rusen. Her fremstår boligens egnethet som en helt sentral premiss for å lykkes i å slutte å ruse seg igjen. Som en informant i et ambulerende team formulerer det:

Det er ikke noe problem å slutte og ruse seg, men problemet er ikke å begynne på igjen. Det er som å slanke seg. Det er lett å slanke seg etter en god middag, men når du begynner å bli sulten igjen, det er da det er vanskelig å la være å spise.

(Informant, ambulerende team, ansatt på en base i et boligiltak)

Jo nærmere du bor et rusmiljø etter at du har vært inne til rusbehandling, jo vanskeligere blir det å la være å ruse seg igjen. Dette problemet synes våre informanter å være meget bevisst. Alle er klare på at tilgangen på rus, og dermed fristelsene, er stor på de stedene der det bor mange aktive rusbrukere.

Bolig, boligtilgang, behandling, og ventetid på bolig og behandling, samt rusavhengighet henger således tett sammen.

Livsløpet til en av våre informanter kan illustrere dilemmaene knyttet til dette. Etter en tid som rusavhengig er hun motivert for behandling. Hun legges inn på akuten for avrusing. Imens er ventetiden for behandling syv måneder. Etter avrusing kommer hun på et botiltak for aktive rusmisbrukere. Her blir rusbruken større enn noen gang. Når det nærmer seg at hun skal inn til behandling, er hun tyngre bruker enn hun var i utgangspunktet. Ny avrusing på tre uker følger, før hun kommer over i behandling. Først etter fire måneder føler hun seg motivert for rusfrihet, og hun har da tre måneder igjen av oppholdet. I mens har hun søkt på kommunal bolig. Hun har stått på ventelisten et års tid når hun

lykkeligvis får tildelt en bolig bare to uker før hun er utskrivningsklar. Dette blir i følge henne, hennes redning. Hun forteller:

Det var bare flaks at jeg fikk bolig da. Ellers hadde jeg blitt boende på XX [behandlingsinstitusjonen]. ... Det hadde ikke gått bra om jeg ikke hadde fått kommunal bolig da.

Hun forteller videre:

Det er når du er ferdigbehandlet boligen blir så viktig. Det er alfa og omega. Får du ikke bolig da, så havner du på en sofa hos en kompis, du flytter rundt. Det er da det er lett å ta en overdose.

(Kvinne, 30 år, tidligere på heroin, nå i LAR)

En annen av våre informanter, en mann på 26 år, står midt i dette når vi møter ham. Han er ferdigbehandlet for heroinmisbruk, og i følge seg selv har han ”sovet i to år”. Han velger å bli værende på behandlingssituasjonen frem til han har fått et sted å bo. Han ønsker seg fortrinnsvis en privat leid bolig, ut fra blant annet et ønske om avstand til eksisterende rusmiljøer, og fordi han vil leve et så normalisert liv som mulig. Hans erfaring er imidlertid at det er svært vanskelig å komme inn på leiemarkedet, både det private og det kommunale.

Her handler det altså om å treffe rett tidspunkt med rett bolig. Dette støttes av alle våre informanter som har vært til behandling.

Med et mulig unntak for de to eldre alkoholmisbrukerne, gir ingen av våre informanter uttrykk for at de i etterkant av et behandlingsopplegg vil flytte tilbake til den boligen de hadde før behandlingsopplegget. I den grad dette er et bofellesskap for rusmisbrukere, oppleves det å flytte til det tidligere bostedet som å være tilbake på ”kjøret” igjen.

Å bli skrevet ut til en midlertidig bolig gir heller ikke den nødvendige ro. Dette forsterkes av at disse i stor grad også er samlokalisert med boliger for aktive rusbrukere. En privat leid bolig kan gi den nødvendige ro, forutsatt at den ikke ligger midt i ”Storgaten”, med det som følger av press og stress og mas fra gamle ”venner” i rusmiljøet.

Hvor viktig bolig er for denne gruppen kan også illustreres ved tre personer i utvalget hvor bolig har ordnet seg på en meget tilfredsstillende måte for brukerne. Således opplevde en av våre informanter, en mann i femtiårene med et årelangt alkoholproblem, at det å få en bolig etter år som bostedsløs endret hans livssituasjon til det vesentlig bedre. Boligen i dette tilfellet er en kommunal bolig i et boligkompleks hvor det i hovedsak bor godt voksne menn med et alkoholproblem. Som han sier selv:

Det betyr alt å ha en bolig. Å bo på gaten er håpløst  
... Når du har prøvd en vinter uten tak over hodet, er  
du glad for en bolig. Det er slitsomt, og jeg var glad  
den gangen jeg fikk fast plass [på botiltaket]. Det var  
fra den ene ytterlighet til den annen.

(Mann, første halvdel av 50 årene, alkoholmisbruker)

Mannens erfaring som bostedsløs handlet i stor grad om å gjøre alt for å skaffe seg en sengeplass for natten på byens natthjem. Dette betydde å møte opp i god tid før klokken 20.00 om kvelden, som var tidspunktet natthjemmet åpnet, og stille seg i kø i håp om en seng for natten. Han beskriver seg selv som helt desperat mange ganger etter å få et sted å sove for natten. Særlig vinterstid, når det var kaldt. Klokken 08.00 om morgenen måtte han imidlertid ut, og da var det å vente til biblioteket i byen åpnet, for så å være der hele dagen. Etter årelangt alkoholmisbruk er helsen svekket, og det å slippe å gå ute hele dagen og vite at han har et sted å sove om natten, har bedret hans opplevelse av egen livskvalitet betydelig.

Også rusbruken er redusert blant de av våre informanter som har lyktes å få en fast bopel. Den samme informanten sier det slik:

Du drikker mer når du bor på gaten, mye mer. Du må  
drikke i den kalde årstiden for å holde varmen, og  
opp søker automatisk andre som har det samme  
problemet, eller verre.

(Mann, første halvdel av 50 årene, alkoholmisbruker)

Informanten gir også uttrykk for at det i tiden som bostedsløs alkoholiker var et stort press i miljøet på penger og at en ikke kunne stole på noen. Dette presset opplever han også i noen grad i botiltaket, men lyktes i større grad å stenge det ute.

Betydningen av bolig både for livskvaliteten og for det å mestre sitt alkoholproblem i sterkere grad, støttes også av en annen informant, en kvinne i slutten av 50 årene, med et årelangt alkoholmisbruk bak seg. Etter en kortere periode som bostedsløs og bruker av akutt plasser for rusmisbrukere, får hun bolig i et boligkompleks med i hovedsak alkoholmisbrukere. Hun så det å få bolig som redningen for henne. Med hennes egne ord:

Boligen er det viktigste av alt. Jeg hadde drukket meg i hjel om jeg ikke hadde fått bo her. Da hadde jeg gått fra sted til sted. Det er så viktig å ha et sted å bo.

(Kvinne, andre halvdel av 50 årene, alkoholmisbruker)

For begge disse informantene fortsetter imidlertid rusbruken, men i mer kontrollerte former med bakgrunn i den trygge bosituasjonen. For de som har avsluttet rusbehandling, vil egnet bolig kunne være et ja eller nei til fortsatt rusfrihet/rusavhengighet, som for informanten ovenfor som fikk en frittliggende kommunal leilighet ved avslutningen av sitt syv måneders behandlingsopplegg. Slik hun selv opplevde det, var dette det viktigste premisset for at hun klarte å opprettholde sin rusfrihet.

For en av informantene, en ung mann i andre halvdel av tyveårene, oppleves det å ha en bolig som så viktig for å klare å holde seg unna heroinmisbruk, at han får bli på ettervern på behandlingsinstitusjonen helt frem til han har fått en egnet bolig. Han forteller:

For å være ærlig, om jeg ikke får tak i en bolig, men må bo på hospits, havner jeg på gaten igjen... Jeg bor her [behandlingsinstitusjonen] enn så lenge, til jeg har fått skaffet meg en bolig.

(Mann, andre halvdel av 20 årene, behandlet på institusjon i to år for heroinavhengighet)

Han er imidlertid kun forsiktig optimistisk når det gjelder å skaffe seg en bolig. Det er mange som er ute etter leieboliger i hans by, og en høy andel studenter gjør konkurransen om utleieboligene stor. Enda verre er det når man i tillegg må vise til kommunale garantier etc. Men informanten er fast bestemt på å forsøke å få privat utleiebolig. Bofellesskap og kommunale boliger oppfatter han som klart stigmatiserende når han skal forsøke å søke jobb,

samtidig som det representerer en fare for press fra rusmiljøet og med det tilbakefall til rusmisbruket.

Dette viser i sum at flere av våre informanter er meget fokusert på bolig og at gevinsten med å få stabilisert seg i en egnet bolig blant annet hentes ut i form av redusert rusbruk og bedret livskvalitet.

## 6.4 Bolig - ettervern – og meningen med livet

Egnet boligsituasjon for personer som har vært inne til behandling for sin rusbruk er en sentral del av ettervernet. Dette blir særlig tydelig der en tidligere misbruker klarer å bli rusfri, eller får rusbruken inn i kontrollerte former ved hjelp av et LAR - medikament.

For denne gruppen defineres et godt ettervern i stor grad ut fra boligens egnethet. Dette illustreres blant våre informanter både ved de som sikres en egnet bolig, men også ved de som ikke lykkes i dette.

Men denne brukerstudien viser at godt ettervern handler om mer enn dette. Det handler også om å finne innhold og mening i en rusfri hverdag. Det handler om den vanskelige veien tilbake, om alle de bruer til et normalt liv som brennes mens rusavhengigheten dominerer. For noen kan det handle om å finne tilbake til relasjoner, familie, venner, hobbyer, jobb, skole - alle disse tingene som definerer våre liv, men som for mange utsettes for til dels betydelig belastning i en periode dominert av rus.

Historien til to av informantene kan illustrere dette. Den gode historien leverer kvinnen på 30 år, som etter år med blant annet heroinmisbruk klarer å holde seg rusfri etter behandling. Når vi møter henne har hun klart det i to år og er fast bestemt på at dette skal hun klare videre. Det at hun har fått en frittliggende kommunal leilighet, der hun kan bygge seg opp igjen, er en viktig forutsetning for dette nye livet. Men også arbeidet i Kirkens Bymisjon, blant annet med leksehjelp for vanskeligstilte barn, er med på å gi dagens hennes innhold.

Som hun sier selv:

Jeg jobber hardt med min egen rusfrihet... hver dag.  
Viktig å ha noe å holde på med, som tar  
oppmerksomheten din bort fra det å tenke på rus.

Hun fortsetter:

Når du er rusfri, skal du ”face” alt det gale du har gjort. Rydde i gjeld, alle du har sviktet... familie, venner, alle du har skuffet... Mange orker ikke dette, og fortsetter å ruse seg.

(Kvinne, 30 år, tidligere heroinmisbruker, nå i LAR).

Kvinnen er gjeldfri om noen år, og da skal hun forsøke å kjøpe den kommunale leiligheten hun nå leier, gjennom kommunens aktive ”Fra leie til eie” strategi. Dette synes som en meget sterk motivasjon for informanten til å sikre boligen, ta godt vare på den, og jobbe hardt for å holde seg rusfri.

Kvinnen er dessuten veldig glad hun klarte å bli rusfri mens hun ennå hadde mange år foran seg. Som hun sier:

Det må vært mye vanskeligere for de som er 40 eller 50 år, å komme ut av det og etablere et nytt liv. Da er mye av livet løpt fra deg.

(Kvinne, 30 år, tidligere heroinmisbruker, nå i LAR)

Den andre historien vi møter, bekrefter nettopp dette; den lange veien tilbake, særlig når en blir eldre, og de enorme utfordringene knyttet til å fylle livet med et nytt innhold, finne meningen med livet etter at rus har fylt tilværelsen i mange tiår. Historien fortelles av en mann på 53, vi har møtt ham ovenfor. Selv om han er å regne som i nærheten av rusfri og på rehabilitering i LAR, bor han fortsatt i et miljø og i et botiltak sammen med tungt belastede aktive rusmisbrukere, særlig amfetaminbrukere. Han sliter voldsomt med å finne mening i dagene. Han forteller:

Jeg har ikke noe liv. Jeg står opp om morgenen, går på kafé, henter LAR-medisin, kommer tilbake hit [leiligheten] og sitter her hele dagen og kvelden og ser på tv. ....

Jeg kommer ikke videre i livet mitt. Det er uholdbart å bo her... bråk og spetakkel hele tiden... Ingen spør hvordan jeg har det... jeg bare henter LAR-medisinen... utover det er LAR bare kontroll, sjekker om jeg har brukt noe. ...

(Mann, 53 år, tidligere heroin og amfetaminbruker, nå i LAR)

Håpløsheten får ham til å sammenlikne sitt nåværende liv med tid tilbrakt i fengsel. Han sier:

I fengsel har man det bra. Jeg hadde det mye bedre der enn her. Her kan jeg ikke engang ta i mot besøk av datteren min, hun tør ikke komme hit [datteren er i slutten av tenårene]. Jeg vil ikke at hun skal komme heller. Hun har sett for mye allerede av sin far, som ikke har vært bra. Jeg vil ikke at hun skal få se meg her.

(Mann, 53 år, tidligere heroin og amfetaminbruker, nå i LAR)

Denne håpløsheten og tomheten vår mann her føler på, kan fortelle noe om alt som skal på plass for at livet skal oppleves som meningsfylt og verdt å leve. Og jo lengre en har vært i en verden bestående nesten bare av rus, jo sårere blir det å finne tilbake til et normalisert liv, om en lykkes i å bli rusfri. Igjen står vi ved boligen som en helt sentral forutsetning, for å ha noe å bygge på og gå ut fra. Noe som er normalisert. Men også mange andre ting må på plass, og her kan den enkelte være avhengig av bistand og nettverk også utenfor det kommunen kan tilby. Nettverk som kan være vanskelig å bygge for personer som har brutt alle broer til det ”normale” livet for mange, mange år siden.

## 6.5 Rett bolig til rett tid, oppsummerende kommentarer

Diskusjonen i dette kapitlet leder frem til det viktige spørsmålet: Når er bolig viktig for at personer med rusvansker skal lykkes med å redusere sin rusbruk og stabilisere sine liv i større grad, og hva slags bolig har de rette egenskapene i disse sårbare overgangsfasene?

Her synes ’motivasjon’ å være et stikkord. Som en av våre informanter sa det i forhold til nettopp når bolig kan være av størst betydning: ”Det er så viktig å følge motivasjonen til personen”.

Utfordringen er å fange opp og følge motivasjonen til den enkelte med et rusmisbruk, både når det gjelder å komme i behandling,

men også å komme inn med tilpassede og egnede boligtiltak. Å komme inn med bolig på rett tidspunkt i behandlingsløpet, kan, i følge informanter både blant brukerne, i spesialisthelsetjenesten og oppfølgingstjenesten i kommunene, bidra til å støtte en endring i livssituasjonen for personer med rusmisbruk. Dette synes særlig avgjørende for personer som er motivert for rusfrihet eller kontroll med egen rusbruk. Her synes en egnet bolig som en helt vesentlig og grunnleggende forutsetning for at dette skal lykkes.

Dette støttes av informantene vi har hatt med oss i denne studien, både historiene til de som har lyktes å få bolig på rett tid, men også historiene til de som ikke har lyktes i det. Både den kvinnelige tidligere heroinmisbrukeren, og de to informantene med et alvorlig alkoholmisbruk opplevde å få bolig på et tidspunkt hvor det å få en bolig gjorde det mulig for dem å lykkes med å stabilisere sin livssituasjon, og for den tidligere heroinbrukeren, å lykkes i å holde seg rusfri.

Det samme gjelder den unge mannen som gjennom behandlingsopplegget var blitt rusfri. For ham er det nå det gjelder. Får han ikke en bolig, er han redd han havner på gaten igjen. Dette understreker viktigheten av bolig til rett tid.

Men det kan ikke være en hvilken som helst bolig. Det må være en bolig som ikke byr på press, stress og fristelser fra det rusmiljøet vedkommende nettopp trenger avstand til. Da er ikke en bolig i et bofelleskap for personer med rusvansker egnet. Det har vi blitt smertelig fortalt i dette kapitlet av våre informanter. Dette kombinert med den geografiske plasseringen av boligen, synes å være en viktig kvalitet ved boligen. Boligen må ligge med god avstand til aktive rusmiljøer.

Dernest må boligen selvsagt holde en rimelig standard, slik at den enkelte opplever å få et anstendig og mest mulig normalisert liv. En ren og pen bolig kan virke motiverende i seg selv, i forhold til å opprettholde motivasjonen for en endret livsførsel, i følge flere av våre informanter med erfaring med rusmisbruk.

Å fange motivasjonen på riktig tidspunkt, forutsetter imidlertid både at en arbeider tett på personer med rusmiddelproblemer og at en har tilgang på egnede boliger. Som vi så i forrige kapittel, er det særlig det med tilgang på egnede boliger som synes som den største utfordringen.





## 7 Refleksjoner

Et viktig funn både i den kvantitative kartleggingen og fra intervjuene er at boligsituasjonen endrer seg lite under et behandlingsforløp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Personer som hadde egen eid eller leid bolig før de startet behandlingen for rusmiddelavhengighet har ofte bolig når de avsluttet behandlingen. Personer som var bostedsløse før innsøking til behandling er i hovedsak bostedsløse ved avsluttet behandling. Det forekommer liten turnover: Forholdsvis få personer går fra en ordnet boligsituasjon til bostedsløshet og omvendt: bare et mindre antall kommunene personer går fra å være bostedsløse til å ha skaffet seg en bolig. 60 prosent av pasienten har en eid eller leid bolig ved avsluttet behandling og 40 prosent er bostedsløse. Intervjuene bekrefter at kommunene i liten grad er i stand til å tilby et kvalitativt bedre botilbud etter behandlingen, enn det den enkelte hadde før behandling. Blant brukerne av lavterskeltilbud er halvparten bostedsløse og den andre halvparten har, stort sett leid (i liten grad eid), bolig.

Vi finner heller ikke noe entydig mønster, og heller ingen statistisk signifikant sammenheng mellom lengden på behandlingen og boligsituasjon pasienten har ved avsluttet behandling. Man kunne tenkt seg at pasienter i langvarige behandlingsopplegg hadde større sjanse for å skaffe seg en bolig, eventuelt få hjelp til å skaffe seg en bolig, under behandlingsforløpet. Men dataene gir ingen støtte for en slik antakelse. Funnene underbygges av intervjuene med rusmiddelavhengige: Flere har opplevd å komme rett fra behandling til et rom i et midlertidig botilbud for rusmisbrukere ("hospits").

Blant pasientene i TSB har flertallet av dem som har gått fra bostedsløshet til bolig i løpet av behandlingen, eventuelt byttet bolig, skaffet boligen selv. Blant brukerne av lavterskeltilbud er personens hjemkommune den viktigste aktøren. Brukere av

lavterskeltilbud har også oftere en kommunal bolig enn pasientene i TSB. Men flere i denne gruppen har også skaffet seg en bolig selv<sup>33</sup>.

Isolert sett finner vi flere enkeltfaktorer som hver for seg øker sjansen for å ha en bolig ved avsluttet behandling. Personer som har alkohol som sitt primære rusmiddel, personer som fullfører behandling etter oppsatt plan og personer som hadde ordnede boforhold (eid eller leid bolig) ved innsøking til behandling har i større grad enn andre egen bolig også etter avsluttet behandling. En mer helhetlig analyse (multivariat) kan tyde på at sammenhengen mellom boligsituasjonen både før og etter behandling og andre kjennetegn ved pasientene, handler om personens ressurser mer generelt: Utdanning, arbeid, sosiale relasjoner og, som en del av bildet, egen bolig. Våre funn tyder på at mer ressurssterke personer i større grad enn andre pasienter vil bruke alkohol, som er juridisk legalt og sosialt akseptert, enn narkotiske stoffer. Videre kan vi anta at denne gruppen kan ha både mer motivasjon og mer ressurser til å fullføre et behandlingsløp enn mer utsatte og vanskeligstilte grupper.

Som gruppe kommer pasienter i TSB og brukere av lavterskeltilbud dårligere ut på de nevnte kjennetegnene enn befolkningen generelt. Men det er forskjeller innad i disse gruppene. De 40 prosentene som er bostedsløse etter behandlingen, og som tenderer til å ha færrest personlige ressurser, vil ha behov for til dels utstrakt hjelp etter endt behandling. Intervjuene med både hjelpeapparatet og rusavhengige får fram at det er betydelig mangler i den hjelpen som tilbys etter endt behandling. Både den kvantitative og kvalitative studien i denne rapporten peker i retning av at innsatsen må settes inn på flere nivåer.

## 7.1 Knapphet på boliger

Et gjennomgående tema i boligsosiale studier er at kommunene har for få boliger til disposisjon. De aller fleste store og mellomstore kommunene har en kommunal boligmasse som langt fra dekker etterspørselen. De fleste kommunene har også et

---

<sup>33</sup> Noen av brukerne av lavterskeltilbud har supplert spørsmålet om hvem som har bidratt med å skaffe bolig med kommentarer som; ”meg selv”, ”endelig”, ”etter mye strev”.

begrenset privat leiemarked. Personer med rusmiddelproblemer og/eller andre sosiale problemer stiller dessuten ofte bakerst i køen til ledige boliger. Ansatte i kommunene, som arbeider med vanskeligstilte på boligmarkedet, beskriver manglende tilgang på tilpassede boliger og for få boliger som et strukturelt problem de ikke kan løse alene<sup>34</sup>. Delvis handler dette om boligsektoren i Norge generelt, med opp mot 80 prosent eierboliger, og tilnærmet fravær av et profesjonelt leiemarked. Delvis dreier det seg om organiseringen av den boligsosiale sektoren i kommunene, med bygging eller anskaffelse av øremerkede boliger til gruppene under de store reformene fra 1980-tallet til rundt 2000 (Ansvarsreformen for utviklingshemmede, Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse). Boligsatsingene ble gjennomført med spesifikke økonomiske virkemidler administrert av Husbanken. I løpet av det siste tiåret er Husbankens økonomiske ordninger gjort mer generelle og målrettet mot sosialt og økonomisk vanskeligstilte på boligmarkedet. Øremerking av boliger til spesifikke grupper opprettholdes likevel i stor grad i kommunene. De fleste boligene er samlokaliserte og bebodd av grupper med samme type problemer og behov. Dette setter begrensninger på bruken av boligene til andre grupper enn de boligene opprinnelig var tiltenkt, selv om behovet skulle endre seg. Så lenge ansatte på ulike ansvarsområder og sektorer opplever at det er mangel på boliger til ”deres grupper”, er også insentivene for å se mer helhetlig på den kommunale boligmassen svake.

I intervjuene med ansatte i kommunene og personer med rusmiddelproblemer legges det stor vekt på at en person trenger rett bolig til rett tid. Kommunene har i dag et bredt spekter av boligtilbud til personer med rusmiddel- og boligproblemer. En stor andel av boligene er samlokaliserte, enten ved at alle ligger i én kommunalt eid boligblokk eller ut fra en mer bevisst planlegging om å samle noen personer med like utfordringer og problemer i tilpassede boliger. Personer som avslutter behandling for avhengighet av rusmidler, ytrer et klart ønske om å flytte inn i en bolig der de er skjermet fra rusmiljøet, og som kan gi følelse av ”normalitet”. De fleste ønsker seg med andre ord en ordinær bolig i et ordinært nabolag. På grunn av knapphet på slike boliger blir resultatet ofte at de enten tilbys en samlokalisert bolig for

---

<sup>34</sup> F.eks. Dyb m.fl. (2008), Johannessen og Dyb (2011), Holm og Bjørnsen (2012), Renå og Lied (2013), Dyb m.fl. (2013)

rusmiddelavhengige eller de henvises til midlertidig botilbud etter endt behandling. Informantene i kommunene poengterer at en god og stabil boligsituasjon er en forutsening for å kunne gi brukerne den nødvendige oppfølgingen for å ivareta resultatene, som er oppnådd under behandling.

## 7.2 Bedre samarbeid og koordinering

Våre funn viser at mye kan gjøres gjennom å styrke samarbeidet og koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ansvar for å bistå med å skaffe bolig til personer og husstander, som ikke klarer å finne seg en bolig i markedet, er lagt på kommunene. En av forutseningene for å kunne legge til rette og bidra til å finne en bolig til pasienter som er ferdigbehandlet i TSB, er at de ansvarlige instansene i kommunen vet når personen skrives ut etter endt behandling. Intervjuene viser at kommunene ikke alltid kjenner til at en person er i behandling og ikke vet når behandlingen skal avsluttes. Surveyen viser at personer uten bolig (bostedsløse) i mindre grad enn andre fullfører behandlingen. Men en av fire av pasienter, som fullfører behandlingen og skrives ut etter oppsatt plan, er bostedsløse ved avsluttet behandling. Vi kan anta at dette er personer som er motiverte for å holde seg rusfrie, og at de er en særlig viktig gruppe å ta vare på, blant annet ved at de får bistand til å skaffe seg en bolig, helst før utskriving.

Selv om rus og psykisk helse ikke fullt ut er tatt inn i Samhandlingsreformen, er reformen likevel et verktøy for sikre et godt og helhetlig tilbud til disse pasientene. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (1.1.2012) forplikter kommunene og helseforetakene til å inngå samarbeidsavtaler, og loven fastsetter minimumskrav til avtalene. Per 15. februar hadde 18 helseforetak inngått avtaler med en rekke kommuner i sine dekningsområder. Flere av avtalene omfatter rusfeltet og psykisk helse (bla.a. casekommuner i denne studien). Avtalene vil ikke framskaffe flere boliger. Knappheten på boliger vil også ramme personer som kommer fra behandling i TSB. Avtalene er imidlertid et verktøy for å utveksle informasjon og legge til rette for at kommunen og pasienten kan begynne å arbeide med å løse boligproblemet før utskrivingen.

Andre verktøy for å løse boligproblemer er individuell plan (IP) og ansvarsgruppe rundt pasienten/brukeren. Med individuell plan skal

det følge ansvarsgruppen, men man en person kan ha ansvarsgruppene uten at vedkommende har IP. Ansvarsgruppen er et verktøy for å skape en arena for samhandling på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. I intervjustudien framkommer det at mange ser på ansvarsgrupper som et funksjonelt verktøy i arbeidet med å hjelpe brukeren inn i en tilfredsstillende bolig og sørge for oppfølging.

Våre funn peker på at verken individuell plan eller ansvarsgruppe blir benyttet fullt ut for å løse boligproblemene til pasientene. Kartleggingen viser at flere har rett til individuell plan enn andelen som har individuell plan. Blant en mindre andel bostedsløse med individuelle plan inngår boligsituasjonen heller ikke i planen. Boligproblemer håndteres noe oftere i ansvarsgrupper enn som del av individuell plan.

### 7.3 Bedre bruk av eksisterende verktøy

I drøfting av funnene fra den nasjonale kartleggingen av bostedsløse hevder Dyb og Johannessen (2013) at bostedsløshet neppe er et problem som løses en gang for alle. Personer og husstander vil av ulike årsaker miste boligen sin. Midlertidige botilbud er derfor et nødvendig og viktig tilbud i kommunene. Funnene presentert i denne rapporten viser likevel at det finnes et potensial for å øke innsatsen for å forebygge bostedsløshet etter endt behandling for rusmiddelproblemer. Oppmerksomheten bør særlig rettes mot pasienter som fullfører behandlingen i henhold til oppsatt plan, men likevel ikke avgrenses til denne gruppen. Boligsituasjonen kan være én forklaring på at enkelte avbryter behandlingen: Bolig i et miljø av aktive rusmiddelbrukere kan stå i motsetning til å gjennomføre et vellykket behandlingsforløp eller gjennomføre behandlingen i det hele tatt. Våre funn tyder på at en forutsigbar og tilfredsstillende boligsituasjon kan inngå i og bygge opp under et godt behandlingsløp.

Knapphet på boliger er en ramme ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten må jobbe innenfor. Kommunens anskaffelser av kommunale boliger, enten de er øremerket og tilpasset bestemte grupper eller generelt til vanskeligstilte på boligmarkedet, er et politisk spørsmål. Det handler om budsjetter og prioriteringer. Innenfor rammene gitt av boligstrukturen i kommunene, både den kommunale boligmassen og tilgang til

boliger på det private markedet, finnes det handlingsrom. Ansatte i kommunene benytter handlingsrommet, men våre undersøkelser tyder på at det er mer å hente ved å bruke eksisterende verktøy: Samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket, individuell plan og ansvarsgruppe rundt pasienten/brukeren. I samarbeidsavtalen ligger føringer om styrket samarbeid mellom kommune og behandlingssted. Videre bør oppmerksomheten om boligbehov og forståelsen av bolig som velferdskomponent i den enkeltes liv styrkes innen TSB og få større plass i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

## Litteratur

- Alver, Ø. O., A. L. Bretteville-Jensen, O. Kaarbø (2004) *Rusreformen – noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. SIRUS-rapport.
- Anderson, I, E. Dyb, S. Ytrehus (2012) *Meeting the needs of homeless people Interprofessional work in Norway and Scotland. A pilot study*. NIBR/Diakonhjemmets Høgskole/University of Stirling
- Bakketeig, E. og Backe-Hansen, E. (2008) *Forskningskunnskap om ettervern*. Nova-rapport 17/2008
- Baklien, B. og Krogh, U. (2011) *Prosesen, planen og politikken – Rusmiddelpolitiske handlingsplaner*. SIRUS-rapport 2/2011
- Behandlingstilbud til pasienter i TSB. Samdata Analyse*. Helsdirektoratet, Rapport IS-1893, Mars 2011
- Bergen kommune (2014) *Herfra til leiligheten*. Boligmelding 2014-2020. Høringsutkast
- Beyer, S., E. Enoksen, T. Lie, S. Nesvåg (2011) *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010)*. Rapport fra Stavanger Universitetssykehus og KORFOR
- Brattbakk, I. og Wessel, T. (2014) *Long-term Neighbourhood Effects on Education, Income and Employment among Adolescents in Oslo*. Urban Studies, 50(2), pp.391-406
- Departementene (2014) *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*
- Drammen kommune (2007) *Kommuneplan for Drammen 2007 – 2018. Startegisk samfunnsdel*. Vedtatt av bystyret 19-juni 2007.
- Drammen kommune (2012) *Boligsosial handlingsplan 2012-2014*.
- Drammen kommune (2013) *Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2013-2016*. Vedtatt av Bystyret den 12.mars 2013.



- Dyb, E., K. Johannessen, T. Kvinge, C. Lied (2013) *Forklaringer på bostedsløshet*. NIBR-rapport 2013:6
- Dyb, E. og K. Johannessen (2013) *Bostedsløse i 2012. En kartlegging*. Oslo: NIBR
- Dyb, E. og K. Johannessen (2009) *Bostedsløse i Norge 2008 - en kartlegging*. NIBR-rapport 2009:17. Oslo: NIBR
- Dyb, E., M.K., Helgesen og K. Johannessen (2008) *På vei til egen bolig. Evaluering av nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet 2005-2007*. NIBR-rapport 2008:15. Oslo: NIBR
- Dyb, E., I. Brattbakk, K. Bergander, J. Helgesen (2006) *Løslatt og hjemløs. Bolig og bostedsløshet etter fengselsopphold*. Samarbeidsrapport NIBR/KRUS/Byggforsk
- Fjeldstad, T. (2007) *Både sosialarbeider og terapeut: Sosionomers profesjonelle rolle i psykisk helsevern for barn og unge*. Høyskolen i Oslo
- Gautun, H. og Grønningsæter, A.B.(2012) *Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken*. Fafo-rapport 2009:41
- Gautun, H. (2009) *Det nye barnevernsbyråkratiet. En studie av samarbeid mellom kommunen og staten innen barnevernet*. Fafo-rapport 2009:41.
- Goffman, E. (1961): *Asylums*. Doubleday
- Hagen, T., K. N.Amayu, G. Godager, T. Iversen, H. Øien (2011) *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. Helseøkonomisk forskningsprogram*. Skriftserie 2011:5, Universitetet i Oslo
- Hamar kommune (2010) *Handlingsplan for Boligsosialt utviklingsprogram i Hamar kommune*. Dato 15.11.2010.
- Hansen, I.L.S. og Ytrehus, S. (2005) *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser*. Fafo-rapport 2005:494.
- Hansen, I.L.S. og Øverås, S. (2007) *Bolig for personer med psykisk lidelse og rusproblematikk*. I Brodtkorb, E. og Rugkåsa, M. (red.) *Under tak – mellom vegger*. Oslo. Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004) *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv. NIBR-rapport 2015:5

- Hansen, T., E. Dyb og S. Østerby (2006): *Bostedsløse i Norge 2005 – en kartlegging*. Prosjektrapport 403. Oslo: Norges Byggforskningsinstitutt og Norsk institutt for by- og regionforskning
- Hansen, T., A. Holm og S. Østerby (2004): *Bostedsløse i Norge 2003 – en kartlegging*. Prosjektrapport 371. Oslo: Byggforsk
- Holm, A. (2012) *En verdig bosituasjon innen psykiske helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. NIBR-rapport 2012:2.
- Holm, A. og Bjørnsen, H. M. (2012) *Boligsosialt arbeid I Fjell kommune*. NIBR-rapport 2012:12.
- Johannessen, K. og E. Dyb (2011) *På ubestemt tid. Døgnovernattingssteder og andre former for kommunalt disponerte boliger*. Oslo: NIBR
- Kulbrandstad, T. og Granum, L. A. (2008) *"Drop inn for Drop ut", en undersøkelse av fremmøte til poliklinisk rusbehandling*. Sykehuset innlandet HF/Helse Sør-Øst
- Lauritzen, G. (2010) *European Addiction Severity Index (Europ.ASI) i en oppfølgingsstudie av markotikabrukere i behandling. Refleksjoner om kvalitet ved instrumentet for forskning og praksisformål*. SIRUS-Rapport 6/2010
- Lie, T. og Nesvåg, S.M (2006/2007) *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS.
- Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet  
<http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdf>
- Meld. St. 17 (2012-2013) *Byggje – bu – leve*. Kommunal- og moderniseringspartementet
- Mostowska, M. (2011) *Services for Homeless Immigrant: The Social Welfare Capital of Polish Rough Sleepers in Brussels and Oslo*. European Journal of Homelessness, Vol. 5, No 1
- Myrvold, T. M., M. K. Helgesen, L. Knudtzon (2009) *Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse*. NIBR-rapport 2009:24

- NOU 2011:15 *Rom for alle En sosial boligpolitikk for fremtiden.*  
Kommunal og moderniseringsdepartementet.
- Opptrappingsplan for rusfeltet  
<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHFA/Opptr.plan.pdf>
- Ose, S.O. og Slettebak, R. (2013) *Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter-omfang og kjennetegn ved pasientene.* Forskningsrapport. SINTEF
- Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2010.* Helsedirektoratet, Rapport IS-1956, Desember 2011  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-i-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-2010/Publikasjoner/Pasienter%20i%20tverrfaglig%20-%20endelig%20 med%20erratum.pdf>
- Rambøll (2012) *Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid.*  
Rambøll/Helsdirektoratet
- Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012.*  
Helsedirektoratet  
[http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ressursbruk-aktivitet-og-pasientsammensetning-i-tsb-i-2012/Publikasjoner/TSB\\_rapport%20web.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ressursbruk-aktivitet-og-pasientsammensetning-i-tsb-i-2012/Publikasjoner/TSB_rapport%20web.pdf)
- Riksrevisjonen (2009-2010) *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.* Dokument 3:7 (2009-2010)
- Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2008) "Governance på norsk – samstyring som empirisk og analytisk fenomen." Norsk Statsvitenskaplig tidsskrift, vol. 24, ss 86-107, Oslo, Universitetsforlaget
- Skretting, A. og Storvoll, E. E. (2011) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken.* SIRUS-rapport 3/2011
- Snertingdal, M. I. og Bakkeli, V. (2013) *Tre sårbare overganger til bolig. En kunnskapsoppsummering.* Fafo-rapport 2013:53.
- St.meld.nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stoltenbergutvalget (2010) *Rapport om narkotika.* Helse og omsorgsdepartementet

- Taksdal, A., Breivik, K., Ludvigsen, K. og Ravneberg, B. (2006) *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Rapport 1:2006. Rokkansenteret
- Tromsø kommune (2009) Boligsosial handlingsplan 2009-2014.
- Ulfrstad, Lars-Marius (2011) *Velferd og bolig: Om boligsosialt (sam) arbeid*. Oslo. Kommuneforlaget
- Tsemberis, S., L. Gulcur, M. Nakae (2004) *Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis*. American Journal of Public Health, Vol 94, No. 4
- Ulfrstad, L-M. (1997) *Bostedsløs i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet*. Prosjektrapport 216, Norges byggforskningsinstitutt
- Vassenden, A., N.A. Bergsgard og T. Lie (2012), «*Ryktet forteller hvor du bor*». *Botetthet og integrering blant rusavhengige kommunale leitakere*. Rapport IRIS – 2012/316.
- Veileder for registrering i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (TSB)*. Helsedirektoratet, Mars 2012  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-registrering-i-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-rusmiddelmisbruk-tsb/Publikasjoner/veileder-for-registrering-i-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-rusmiddelmisbruk-tsb.pdf>

# Vedlegg 1

## Registrerings skjema<sub>(TSB)</sub>



1. Respondentnummer

2. Skjemaet er fylt ut ved følgende instans:

- 1  Poliklinisk institusjon/avdeling  
2  Døgninstitusjon/avdeling

4. Kjønn (Sett ett kryss)

- 1  Mann  
2  Kvinne

6. Sivilstatus (Sett ett kryss)

- 1  Enslig  
2  Gift/samboende  
3  Vet ikke

8. Hvor er personen født?

(Sett ett kryss)

- 1  Norge  
2  Øvrige Norden  
3  Øvrige Europa (inkl. Russland)  
4  Afrika  
5  Asia  
6  Amerika  
7  Annet: \_\_\_\_\_  
8  Vet ikke

10. Hvilken type rusmiddel bruker personen

(primære rusmiddel) (Sett ett kryss)

- 1  Alkohol  
2  Cannabis  
3  Heroin/opium  
4  LAR-medisiner, illegalt  
5  Andre opiater, smertestillende  
6  Benzodiazepiner, dempende  
7  Amfetamin  
8  Kokain  
9  Annet \_\_\_\_\_

12. Har personen barn under 18 år?

(Sett ett kryss):

- 1  Ja (gå til spm. 13)  
2  Nei (gå til spm 15)  
3  Vet ikke (gå til spm. 15)

13. Antall barn under 18 år

3. Offentlig/privat drevet:

- 1  Virksomheten er offentlig drevet  
2  Virksomheten er privat drevet

5. Alder (år)

7. Høyeste fullførte utdanning (Sett ett kryss)

- 1  Grunnskole  
2  Videregående skole  
3  Høgskole/universitet  
4  Vet ikke

9. Viktigste inntektskilde ved  
behandlingsstart:

(Sett ett kryss)

- 1  Arbeidsinntekt  
2  Døgnpenger ved arbeidsløshet  
3  Sykepenger  
4  Pensjon, alder/uføre/annet  
5  Studielån/stipend  
6  Arbeidsavklaringspenger  
7  Kvalifiseringsstønning  
8  Sosialhjelp  
9  Annet: \_\_\_\_\_  
10  Vet ikke

11. Hvor lenge har personen hatt et kjent  
rusproblem? (Sett ett kryss)

- 1  Nytt, akutt rusproblem  
2  Under 1 år  
3  1-2 år  
4  Over flere år (mer enn 2 år)  
5  Vet ikke

14. Omsorg/samvær med barn under 18 år:

(Sett ett kryss):

- 1  Daglig omsorg  
2  Delt omsorg  
3  Samværsrett  
4  Ikke omsorg/samværsrett  
5  Vet ikke

**15. Hvor lenge har personen vært i behandling ved institusjonen?**

(Sett ett kryss)

- 1  Under 1 uke  
 2  1 uke – inntil 1 måned  
 3  1 måned - inntil 3 måneder  
 4  3 måneder – inntil 6 måneder  
 5  6 måneder eller mer

**16. Hvorfor avsluttes behandlingen ved institusjonen i perioden (20.10.-16.11):**

(Sett ett kryss)

- 1  Avsluttes etter oppsatt plan  
 2  Overføres til annen behandling  
 3  Person velger å avbryte behandlingen  
 4  Institusjonen avbryter behandlingen  
 5  Annet: \_\_\_\_\_

**17. Bosted/oppholdssted ved innsøking/inntak**

(Sett ett kryss)

- 1  Egen eid bolig  
 2  Egen bolig leid privat  
 3  Bolig leid av kommunen  
 4  Institusjon  
 5  Fengsel  
 6  Hos kjæreste/partner  
 7  Midlertidig hos venner, kjente, slekt  
 8  Midlertidig botilbud (hospits, camping o.l.)  
 9  Natthjem (hele/deler av dagen tilbringes ute)  
 10  Uten ordnet oppholdssted/bodde ute  
 11  Annet: \_\_\_\_\_  
 12  Vet ikke

**18. Bosted/oppholdssted ved avsluttet behandling**

(Sett ett kryss)

- 1  Egen eid bolig  
 2  Egen bolig leid privat  
 3  Leier bolig av kommunen  
 4  Institusjon  
 5  Fengsel  
 6  Kjæreste/partner  
 7  Midlertidig hos venner, kjente, slekt  
 8  Midlertidig botilbud (hospits, camping o.l.)  
 9  Natthjem (hele/deler av dagen tilbringes ute)  
 10  Uten ordnet oppholdssted/bor ute  
 11  Annet: \_\_\_\_\_  
 12  Vet ikke

**19. Dersom personen har fått bolig/fått vedtak om bolig under behandlingsforløpet, hvem har bistått med å skaffe bolig?** (Sett ett kryss)

- 1  Personen har skaffet bolig selv  
 2  Personens hjemkommune  
 3  Institusjonen  
 4  Andre: \_\_\_\_\_  
 5  Vet ikke/ikke aktuelt

Har personen noen av følgende problemer, behov og/eller tiltak? (Sett ett kryss på hver linje. Dersom spørsmålet ikke passer, la det stå ubesvart)	1 Ja	2 Nei	3 Vet ikke
20. Personen har en psykisk lidelse			
21. Personen er tidligere innlagt i psykisk helsevern			
22. Personen har en somatisk lidelse			
23. Personen har en fysisk funksjonshemming			
24. Personen har en utviklingshemming			
25. Personen har rett til individuell plan/IP			
26. Personen hadde IP før inntak til behandling			
27. Personen har IP nå			
28. Boligsituasjonen er del av IP (hvis 'ja' på spm. 27)			
29. Personen hadde ansvarsgruppe før inntak til behandling			
30. Personen har ansvarsgruppe nå			
31. Boligsituasjonen inngår i ansvarsgruppen (hvis 'ja' på spm. 30)			
32. Personen har behov for oppfølging i bolig/booppfølging			
33. Personen mottar/har vedtak om booppfølging (hvis 'ja' på spm. 32)			
34. Personen har behov for andre kommunale tjenester			
35. Personen mottar/har vedtak om tjenester (hvis 'ja' på spm. 34)			
36. Person er i legemiddelassistert rehabilitering - LAR			

# Registreringskjema<sub>(LAV)</sub>


**1. Respondentnummer**

**2. Offentlig/privat drevet:**

- 1  Virksomheten er offentlig drevet  
 2  Virksomheten er privat drevet

**4. Personens initialer (første fornavn, siste etternavn)**

**5. Fødselsår**

**7. Kjønn** (Sett ett kryss)

- 1  Mann  
 2  Kvinne

**8. Sivilstatus** (Sett ett kryss)

- 1  Enslig  
 2  Gift/samboende  
 3  Vet ikke

**10. Hvor er personen født?**

(Sett ett kryss)

- 1  Norge  
 2  Øvrige Norden  
 3  Øvrige Europa (inkl. Russland)  
 4  Afrika  
 5  Asia  
 6  Amerika  
 7  Annet: \_\_\_\_\_  
 8  Vet ikke

**12. Hvilken type rusmiddel bruker personen (primære rusmiddel)?** (Sett ett kryss)

- 1  Alkohol  
 2  Cannabis  
 3  Heroin/opium  
 4  LAR-medisiner, illegalt  
 5  Andre opiater, smertestillende  
 6  Benzodiazepiner, dempende  
 7  Amfetamin  
 8  Kokain  
 9  Annet \_\_\_\_\_  
 10  Vet ikke

**14. Har personen barn under 18 år?**

(Sett ett kryss):

- 1  Ja  
 2  Nei (gå til spm 17)  
 3  Vet ikke (gå til spm. 17)

**3. Personens hjemkommune:**

\_\_\_\_\_

**6. Fødselsdag** (ikke måned)

**9. Høyeste fullførte utdanning** (Sett ett kryss)

- 1  Grunnskole  
 2  Videregående skole  
 3  Høgskole/universitet  
 4  Vet ikke

**11. Viktigste inntektskilde:**

(Sett ett kryss)

- 1  Arbeidsinntekt  
 2  Dagpenger ved arbeidsløshet  
 3  Sykepenger  
 4  Pensjon, alder/uføre/annet  
 5  Studielån/stipend  
 6  Arbeidsavklaringspenger  
 7  Kvalifiseringsstønnad  
 8  Sosialhjelp  
 9  Annet: \_\_\_\_\_  
 10  Vet ikke

**13. Hvor lenge har personen hatt et kjent rusproblem?** (Sett ett kryss)

- 1  Nytt, akutt rusproblem  
 2  Under 1 år  
 3  1-2 år  
 4  Over flere år (>2 år)  
 5  Vet ikke

**15. Antall barn under 18 år:**

**16. Omsorgs/samvær med barn under 18 år: (Sett ett kryss):**

- 1  Daglig omsorg  
 2  Delt omsorg  
 3  Samværsrett  
 4  Ikke omsorg/samværsrett  
 5  Vet ikke

**17. Personens bosted/oppholdssted:***(Sett ett kryss)*

- 1  Egen eid bolig  
 2  Egen bolig leid privat  
 3  Leier bolig av kommunen  
 4  Institusjon  
 5  Fengsel  
 6  Hos kjæreste/partner  
 7  Midlertidig hos venner, kjente, slekt  
 8  Midlertidig botilbud (hospits, camping o.l.)  
 9  Natthjem (hele/deler av dagen tilbringes ute)  
 10  Uten ordnet oppholdssted/bor ute  
 11  Annet: \_\_\_\_\_  
 12  Vet ikke

**18. Hvor lenge har personen opphold seg i/brukt lavterskeltilbudet? (Sett ett kryss)**

- 1  Under 1 uke  
 2  1 uke – inntil 1 måned  
 3  1 måned - inntil 3 måneder  
 4  3 måneder – inntil 6 måneder  
 5  6 måneder eller mer

**19. Dersom personen har fått egen bolig/fått vedtak om bolig siste to måneder, hvem har bistått med å skaffe bolig? (Sett ett kryss)**

- 1  Personen har skaffet bolig selv  
 2  Personens hjemkommune  
 3  Lavterskeltilbud  
 4  Andre: \_\_\_\_\_  
 5  Vet ikke

Har personen noen av følgende problemer, behov og/eller tiltak? <i>(Sett ett kryss på hver linje. Dersom spørsmålet ikke passer, la det stå ubesvart)</i>	1 Ja	2 Nei	3 Vet ikke
20. Personen har en psykisk lidelse			
21. Personen har tidligere vært innlagt i psykisk helsevern			
22. Personen har en somatisk lidelse			
23. Personen har en fysisk funksjonshemming			
24. Personen har en utviklingshemming			
25. Personen har rett til individuell plan/IP			
26. Personen har individuell plan/IP			
27. Boligsituasjonen er del av IP (dersom 'ja' på spm. 26)			
28. Personen har ansvarsgruppe nå			
29. Boligsituasjonen inngår i ansvarsgruppen (dersom 'ja' på spm. 28)			
30. Personen har behov for oppfølging i bolig/booppfølging			
31. Personen mottar/har vedtak om booppfølging (hvis 'ja' på spm. 30)			
32. Personen har behov for andre kommunale tjenester			
33. Personen mottar/har vedtak om tjenester (hvis 'ja' på spm. 32)			
34. Person er i legemiddelassistert rehabilitering - LAR			
35. Personene er i behandling for rusproblemer (ikke LAR)			
36. Personen har tidligere vært i behandling for rusproblemer			
37. Personen har avsluttet rusbehandling i spesialisthelsetjenesten etter 19.10.2014*			

\* Tilsvarende kartlegging gjennomføres i tverrfaglig spesialisert rusbehandling/TSB. Formålet med spørsmål 37 er kvalitetssikring/kontroll for omfanget av overlapp mellom de to kartleggingene.



## Vedlegg 2

Tabell 1. Brukerinformanter fordelt på alder, bosituasjon, rusbruk, behandling og kommune.

Kjønn	Alder	Bolig	Rusbruk	Vært i behandling/ rus	Kommune
Mann	25-30	Bostedsløs	Amfetamin/ alkohol	Nei	Hamar
Mann	25-30	Egen leid bolig	Blanding, tunge stoffer	Ja	Hamar
Kvinne	25-30	Bofellesskap	Blanding, tunge stoffer	Ja	Hamar
Kvinne	18-20 (20)	Kommunal bolig	Blanding, tunge stoffer	Ja	Hamar
Kvinne	18-20 (20)	Bostedsløs	Blanding, tunge stoffer	Ja	Hamar
Mann	50-55	Kommunal bolig	Alkohol	Ja	Drammen
Kvinne	55-60 (56)	Kommunal bolig	Alkohol	Ja	Drammen
Mann	26-30 (26)	Behandlingssted/ Bostedsløs	Heroin/ rusfri nå	Ja	Bergen
Kvinne	30	Kommunal, frittliggende leilighet	Tidligere heroin, nå subutex	Ja	Drammen
Mann	44	Kommunal, samlokaliserte leiligheter med base på dagtid	Blanding, ”pluss stoffer” som amfetamin med mer.	Nei	Drammen
Mann	53	Kommunal, samlokaliserte leiligheter, med base på dagtid.	Blanding, heroin, nå subutex	Ja	Drammen