



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Kandidatnummer 313

Heidi Bratterud Draget

Housing First – veien inn i bolig?

Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser
Fagspesifikk fordypning 4RU505V

2016

Veileder: Børge Baklien

Antall ord: 7254

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

JA NEI

Innhold

1	INNLEDNING	3
1.1	PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	4
2	TEORETISKE PERSPEKTIVER	5
2.1	HVA ER RECOVERY?	6
2.2	HOUSING FIRST-MODELLEN OG SENTRALE PRINSIPPER.....	7
3	METODE	8
3.1	KVALITATIV METODE.....	9
4	DISKUSJON	10
4.1	RETT PÅ BOLIG, SPREDT BOSETTING OG REELL VALGFRIHET?.....	10
4.2	MØTE MED BRUKERNE OG LANGVARIG FORPLIKTELSE – RECOVERY OG EMPOWERMENT (SELVBESTEMMELSE/BRUKERMEDVIRKNING) I FOKUS	12
4.3	SKILLE MELLOM BOLIG OG TJENESTER	15
4.4	SKADEREDUKSJON I FOKUS	16
5	AVSLUTNING	17
	LITTERATURLISTE	20

1 Innledning

Å eie eller leie bolig er en selvfølge for de fleste mennesker i Norge, et av verdens rikeste land med et godt utbygd velferdssystem. De fleste av innbyggerne i Norge bor godt, men dette gjelder ikke alle. I den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid, «Bolig for velferd» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014) blir det anslått at om lag 150 000 personer er vanskeligstilte på boligmarkedet, og at rundt 6200 av disse personene mangler et fast sted å bo. Grunnen til at de er vanskeligstilte er at de ofte mangler økonomiske ressurser til å komme seg inn på boligmarkedet, og/eller at de har tilleggsproblemer i form av rusproblemer, atferd og funksjonsnivå (Økland, 2012). I veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) blir det slått fast at personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant de vanskeligstilte på boligmarkedet og blant de bostedsløse. I ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) blir det uttalt at 60 prosent av de bostedsløse har rusproblemer og 32 prosent har psykiske lidelser, og om lag 25 prosent har samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser).

Jeg jobber i en liten kommune, og vi har for så vidt få bostedsløse, men vi har en forholdsvis stor gruppe personer med rusproblemer som har/har hatt problemer med å komme inn på det private boligmarkedet, problemer med å beholde bolig og holde boligen i orden. Bosituasjonen til denne gruppen er preget av utkastelse på grunn av manglende betaling av husleie, bråk, uro og hærverk, søppel og rot i leilighetene og de blir stigmatisert av nærmiljøet. I en liten kommune/bygd kjenner alle hverandre, og de fleste vet hvem disse personene er. De blir ganske synlige i et lite og tett lokalsamfunn, og mange private utleiere vil ikke leie ut til personer med rusproblemer.

Pr. i dag bor derfor de fleste i kommunale leiligheter rundt omkring i kommunen. Mange av dem er ikke særlig interessert i å ta imot bistand i form av biveiledning og hjemmetjenester, med det resultat at kommunen med jevne mellomrom må foreta storopprydning og kaste containere fulle med søppel og rot. Ofte må en også foreta diverse reparasjoner og vedlikehold forårsaket av hard bruk, hærverk og forsøpling. Manglende betaling av husleie medfører også utkastelser, men innebærer kanskje bare at de må flytte til en annen kommunal leilighet fordi vi i henhold til loven er forpliktet til å bidra med å fremskaffe bolig til vanskeligstilte personer. Mange har også pådratt seg store husleierestanser, og fått strømmen avstengt ved flere anledninger. Dette er en utfordrende gruppe å jobbe med, og en opplever ikke å komme i posisjon i forhold til å få dem til å ta imot hjelp.

Ved tildeling av kommunale boliger er det ikke lov til å stille vilkår om at de skal ta imot for eksempel hjemmetjenester, en kan bare oppfordre dem til å gjøre det. Mange i denne gruppen er inkludert i LAR (legemiddelassistert rehabilitering), men mange har et stort sidemisbruk og er i aktiv rus. Deres situasjon er derfor preget av ustabilitet (både i forhold til rus, men også psykisk helse, f.eks. gjentatte rusutløste psykoser), kaos, dårlig økonomi, kriminalitet og uverdige boforhold preget av forsøpling, bråk/uro/naboklager og rot. Vi som jobber i det offentlige hjelpeapparatet føler oss ofte maktesløse i forhold til å hjelpe denne gruppen, og jeg har ofte lurt på hva som skal til for å komme i posisjon og gjøre bosituasjonen bedre for personer med omfattende rusproblemer og/eller psykiske lidelser.

Gjennom deltakelse på diverse konferanser/seminarer, artikler i aviser/fagtidsskrifter og kontakt med andre kommuner har vi stadig hørt om vellykkede boligsosiale prosjekter, og sist var det Housing First-prosjekter (også kalt HF) som vekket min interesse. Dette er en tilnærming/modell grunnlagt i USA for bostedsløse med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblemer. Etter hvert som jeg leste om denne modellen ble jeg klar over at Housing First-programmet i Lisboa høster anerkjennelse rundt omkring i verden, de er også konsulenter for norske Housing First-prosjekter. Jeg kontaktet organisasjonen AEIPS i Lisboa som driver dette programmet (Casas Primerio heter det der), og spurte om jeg fikk gjennomføre min praksisperiode hos dem, og var så heldig at jeg fikk lov til det. Jeg var hos AEIPS i nesten syv uker høsten 2015, og ble mektig imponert over hva de får til ovenfor denne gruppen, der mange har alvorlig psykisk lidelse som for eksempel schizofreni i tillegg til rusproblematikk, spesielt med tanke på at Portugal fremdeles sliter etter finanskrisen, har stor arbeidsledighet og ikke i nærheten av vårt norske velferdssystem.

1.1 Problemstilling og avgrensning

Etter å ha vært i praksis i Lisboa begynte jeg å tenke «hva kan vi lære av dette? Er denne innsikten og erfaringen noe jeg kan dra nytte av i min egen jobb?», og «er det mulig å overføre dette til en norsk kontekst, spesielt i en liten kommune?». Jeg vil derfor i denne oppgaven undersøke om det er mulig å bruke denne kunnskapen og erfaringen i min egen jobb. Jeg kom etter dette frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan bruk av prinsippene i Housing First-modellen bedre den boligsosiale oppfølgingen av personer med omfattende rusproblemer og/eller psykiske lidelser i norske kommuner?

Dette har jeg forsøkt å svare på i oppgaven, og jeg har valgt å avgrense meg til å ta for meg hovedprinsippene i Housing First-modellen.

2 Teoretiske perspektiver

Bolig blir sett på som et sentralt velferdsgode, og i henhold til FNs menneskerettighetserklærings paragraf 25, første ledd blir det slått fast at bolig er en rettighet på lik linje med retten til primære behov som mat og klær (Brodtkorb & Rugkåsa, 2007). Å ha et sted og bo blir sett på som et grunnleggende behov, og en forutsetning for individets velferd. Dette er da også en av de viktigste begrunnelsene for den offentlige boligpolitikken, som har fått økt fokus innenfor den offentlige sosial- og omsorgspolitikken (ibid).

Gjennom politiske signaler og dokumenter blir det slått fast at bolig og bomiljø er en av levekårsfaktorene som påvirker helsen, og visjonen er høvelig bolig til alle (Økland, 2012). I veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014, s.40) blir det uttrykt: «Bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse». Dette gjelder blant annet i forhold til arbeid, utdanning og integrering. Boligen og nærområdet utgjør en viktig ramme for deltakelse på ulike områder og for å få en stabil livssituasjon.

I strategien «Bolig for velferd» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s.8) fremgår det at: «Boligsosialt arbeid handler både om å skaffe boliger til vanskeligstilte på boligmarkedet og styrke den enkeltes muligheter til å mestre boforholdet». Kommunene har et ansvar for å hjelpe de vanskeligstilte på boligmarkedet, men å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt. I henhold til Lov om sosiale tjenester i NAV § 27 har kommunen en plikt til å finne et midlertidig botilbud, og i samme lovs § 15 og Helse- og omsorgslovens § 3-7 fremkommer det at kommunene har en plikt til å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv er i stand til å ivareta sine interesser på boligmarkedet. Midlertidige boliger for personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser blir ofte hospits, campinghytter eller lavterskel botilbud og er ment å være et kortvarig tilbud og i begrenset omfang. Det må satses på å finne varige boforhold, der tilrettelegging og oppfølgingstjenester må være i fokus for de som trenger det.

Housing First-modellen ble utviklet som en reaksjon/alternativ på tankegangen om at bostedsløse må settes i stand til å mestre å bo gjennom blant annet behandling/rehabilitering og botrening gjennom den såkalte trinnmodellen (på engelsk heter den «linear residential treatment»).

Psykiateren Sam Tsemberis etablerte den frivillige organisasjonen Pathway to Housing i New York i 1992, og er grunnleggeren av Housing First-modellen (Tsemberis, 2010). Modellen bygger på at bolig er en grunnleggende menneskerett, og bolig må være på plass før den bostedsløse eventuelt er i stand til å ta imot støttetjenester eller behandling. Tanken er å skille tildeling av bolig fra krav om å ta imot behandling/boveiledning, dette får komme senere hvis den bostedsløse ønsker det (ibid).

Recovery-orientering står sentralt i modellen, jeg finner det derfor naturlig å redegjøre kort for begrepet før jeg sier mer om Housing First-modellen.

2.1 Hva er recovery?

«Recover» på engelsk betyr direkte oversatt «komme seg», altså bedring. Recovery-perspektivet har som utgangspunkt at bedring er en sosial og personlig prosess, og at mennesket kan leve meningsfulle og gode liv til tross for problemer og begrensninger (Helsedirektoratet, 2014). The 2003 New Freedom Commission on Mental Health definerer recovery som «the process in which people are able to live, work, learn, and participate fully in their communities» (Tsemberis, 2010, s.27). Sentralt innenfor denne retning er at recovery begynner med klientvalg (client choice) og selvbestemmelse (self-determination), (ibid).

Her i Norge er også recovery-perspektivet blitt mer og mer i fokus, og gjennom ulike offentlige veiledere/retningslinjer er det et tydelig politisk signal om at denne tankegangen skal gjelde i det offentlige hjelpeapparat. I veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) er recovery vektlagt som et viktig perspektiv, og at myndiggjøring/empowerment er sentrale elementer i bedringsprosessen. Brukeren er den viktigste aktøren i hans/hennes liv, og vet best hvor skoen trykker. En skal ta utgangspunkt i brukerens ressurser og muligheter og gjøre dem i stand til/bistå med å ta kontroll over eget liv. I noen nordiske studier er det satt fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser når det gjelder recovery, og ulike hverdagslige arenaer er tillagt betydning. Dette er blant annet hjemmet, arbeid/aktivitet, økonomi, sosiale arenaer, venner/familie og lokalmiljøet (ibid).

Borg, Karlsson & Stenhammer (2013) har en grundig gjennomgang av recovery-begrepet og dets ulike forståelsesmåter, blant annet beskrives recovery som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, et paradigme eller en myte/slogan blant skeptikerne. De hevder også at forskningsområder som empowerment, resilience salutogenese, helse og velvære og familie- og nettverksarbeid er nært beslektet med recovery. Det finnes også mange forskjellige definisjoner på recovery, blant annet den ofte gjengitte definisjonen til William A. Anthony:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.10).

Senere er kontekstuelle forhold og rettighetsperspektiver kommet i fokus og noe av det mest sentrale i recovery er at ingen skal stemples som så syk at personen ikke kan leve et selvstendig,

verdige og meningsfulle liv i sitt lokalmiljø. Recovery innebærer å jakte på sine egne ressurser sammen med fagpersoner, familie/venner eller kollegaer, og handler om å bygge håp (ibid). En annen definisjon av recovery som blir brukt som grunnlag for forskning og praksiser er: «Recovery handler om å leve et så godt liv som mulig» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s.11).

Borg, Karlsson og Stenhammer (2013) deler recovery inn i en personlig prosess, en sosial prosess og som et resultat eller klinisk recovery. Selv om recovery fremstilles forskjellig er det noen fellestrekk. Recovery handler om personens egen mening om hva som hjelper, og den enkeltes innsats for å ta kontroll, finne mening/ressurser, håndtere konsekvenser av sykdommen/problemene og reetablere et verdige og godt liv, på egen hånd eller ved hjelp av venner/familie eller fagpersoner.

2.2 Housing First-modellen og sentrale prinsipper

Tradisjonelt har det vært en tankegang og oppfatning av at de som sliter med store rusproblemer og/eller psykiske lidelser må vise at de kan bo og gjøre seg fortjent til en permanent bolig. Den såkalte trinnmodellen har vært rådende i feltet, både i Norge og i utlandet, og innebærer blant annet at bostedsløse måtte gjøre seg fortjent til bolig ved å gjennomføre behandling. Ofte startet de bokarrieren i et hospits eller lavterskel botilbud, og tanken var at de etter hvert som de viste at de var mottakelige for behandling og var i stand til å holde boligen i orden så kunne de få en annen bolig og til slutt ende opp i en permanent bolig. Elverum kommune er en av kommunene som brukte denne trinnmodellen, men kommunen opplevde at trinnmodellen ikke fungerte særlig bra og mange klarte aldri å komme seg oppover trinnene og inn i egen bolig. Elverum prøver nå ut Housing First-modellen (Snertingdal, 2014).

Housing First-metoden ble som nevnt grunnlagt av Sam Tsemberis i New York i 1992 gjennom etableringen av organisasjonen Pathway to Housing. Modellen har vist seg å være effektiv i forhold til å hjelpe bostedsløse med alvorlig psykisk lidelse og/eller omfattende rusproblemer inn i varig bolig. Erfaringene med modellen har vist at en varig bolig som beboeren opplever som et hjem har vært en viktig stabiliseringsfaktor for å stabilisere eget liv. Pathway to Housing har dokumentert stor suksess i forhold til å oppnå stabile bosituasjoner for tidligere bostedsløse, og undersøkelser har vist at 85% blir boende i boligene, rusbruk og kriminalitet er blitt redusert og livskvaliteten har økt (Husbanken, 2013).

Modellen er nå blitt etablert og prøves ut i mange byer rundt omkring i verden, blant annet i Canada, Danmark, Nederland, Tyskland, Finland og Portugal der jeg var i praksis. Housing First-modellen prøves nå også ut i 12 bykommuner i Norge. Rambøll utredet i 2012 muligheter og

hindringer for implementering i Norge på oppdrag fra Husbanken, og konklusjonen var at det var gode muligheter for bruk av modellen i Norge (ibid). Sluttrapporten om Housing First-prosjektene i Norge ble publisert i begynnelsen av mars 2016 (Snertingdal & Bakkeli, 2015). Jeg kommer nærmere tilbake til noen av resultatene i denne evalueringen i drøftingsdelen.

Som tidligere nevnt er Housing First-modellens faglige plattform grunnlagt på verdier om empowerment/brukermedvirkning og recovery-orientering. Den overordnede verdien i modellen er at brukerne selv skal kunne velge hvor de vil bo og hva slags oppfølging de eventuelt trenger. Det stilles som nevnt ingen vilkår til tildeling av boligen, men deltakerne i Housing First-programmet må godta to krav; leiekontraktens bestemmelser og ukentlig hjemmebesøk fra de ansatte i Housing First-programmet. Modellen har for øvrig åtte prinsipper: (Tsemberis, 2010, s.18. Min oversettelse)

- Bolig som menneskerett
- Respekt, varme og medfølelse for brukerne
- En forpliktelse til å jobbe med brukerne så lenge de trenger det
- Spredt bosetting og selvstendige boliger/leiligheter
- Skille mellom bolig og oppfølging/tjenester
- Valgfrihet og selvbestemmelse
- Recovery-orientering
- Skadereduksjon

Jeg vil drøfte noen av disse prinsippene i drøftingsdelen.

3 Metode

I følge Dalland (2014) er metode en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og et redskap for innhenting av data når det er noe en vil undersøke og fremskaffe ny kunnskap. Metoden forteller oss hvordan en bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. En ofte sitert definisjon på metode er sosiologen Vilhelm Auberts definisjon:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2014, s.111).

En skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Førstnevnte gir informasjon i form av målbare enheter, mens sistnevnte er velegnet når en skal fange opp folks mening, tanker/oppfatninger eller opplevelse. Kvantitative forskere blir litt karikert omtalt som «tellere», mens kvalitative forskere kalles «tolkere». Kvalitative undersøkelser kan imidlertid også inneholde elementer av kvantifisering, på samme måte som at kvantitative forskere også bedriver tolkning av

innsamlet materiale. Hovedforskjellen mellom metoderetningene er knyttet til hvilken måte en samler inn data på. Begge metodene bidrar til bedret forståelse av det samfunnet vi lever i, og kunnskap om hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (ibid).

3.1 Kvalitativ metode

Jeg var nysgjerrig på om Housing First-modellens prinsipper kunne være fruktbare å overføre til norsk kontekst i forhold til boligsosialt arbeid ovenfor personer med omfattende rusmisbruk og/eller psykiske lidelser. Oppgaven er gjennomført ved bruk av kvalitativ metode som ble et naturlig valg fordi jeg søker å bedre forståelsen og utvide min kunnskap om temaet gjennom andres studier og forskning. Jeg har forsøkt å belyse flere sider ved problemstillingen gjennom litteraturen, men også ved hjelp av egen erfaring om temaet gjennom mange års jobbing i sosialtjenesten/NAV og praksisen i Housing First-programmet i Lisboa. Oppgaven har derfor et hermeneutisk preg fordi jeg skriver ut fra eget ståsted, dvs. mine tanker og inntrykk, og bruker min forståelse og kunnskap som et verktøy i drøftingen (Patel & Davidson, 1995).

Jeg har ikke foretatt systematiske søk i faglige databaser fordi mitt tema er så spesifikt at litteraturen falt naturlig på plass. Housing First ble grunnlagt av Sam Tsemberis, og jeg gikk da rett til primærkilden og valgte hans bok om HF som regnes som «bibelen». Gjennom min praksis i Lisboa fikk jeg også kjennskap til en artikkel som er skrevet av noen av de ansatte i organisasjonen jeg var hos, og har derfor valgt denne. Artikkelen er en evaluering av HF-programmet i Lisboa, og synes relevant for min problemstilling. Akkurat nå pågår det HF-prosjekter i flere byer i Norge, og de to rapportene/evalueringene fra Fafo som er utgitt i denne forbindelse er også et naturlig valg. Forstudie foretatt i en rapport av Rambøll er i tillegg brukt, sammen med noe pensumlitteratur jeg har lest tidligere. Jeg har sett på referanselister blant annet i den ferske rapporten om HF-prosjektene i Norge og plukket ut noe derfra. Artikkelen om recovery har jeg valgt fordi en foreleser på skolen (Stian Biong) tipset oss om at denne var en god og grundig gjennomgang av recovery-tilnærmingen. For øvrig har jeg plukket ut forholdsvis nye og sentrale offentlige publikasjoner.

Svakheten i denne oppgaven kan være at jeg har valgt ut litteratur ut fra subjektive preferanser slik at en støtter egne synspunkter, noe jeg har forsøkt å unngå ved å i hovedsak bruke primærkilder. Bruk av egne erfaringer kan innebære at en ikke får belyst og nyansert alle sider ved temaet, men lang fartstid innenfor rusfeltet har også gitt meg inngående kunnskap, forståelse og engasjement om hvordan ting bør og skal gjøres. Det som overraskende nok kom frem gjennom min praksis i Lisboa er allikevel at vi til tross for ulik kultur, samfunn og velferdssystem opplevde de samme

utfordringene ved direkte klientrettet oppfølging, og mye av arbeidet de utførte i Lisboa er akkurat det samme som jeg gjør i min egen jobb i Norge.

4 Diskusjon

Jeg har nå gjort rede for Housing First-modellen og dens teoretiske grunnlag der recovery-orientering og brukermedvirkning/empowerment står sentralt. I HF er det åtte sentrale prinsipper som gjelder, ved siden av de grunnleggende vilkårene om at leiekontraktens bestemmelser skal gjelde og deltakerne må godta ukentlige hjemmebesøk fra HF-teamet. HF-prosjekter er etablert i mange forskjellige land rundt omkring i verden, og pr. i dag pågår det også prosjekter i Norge. Det rapporteres om stor suksess i forhold til at bostedsløse som sliter med omfattende rusproblematikk og/eller psykiske lidelser blir bosatt i permanente boliger og beholder bolig over tid. Jeg vil nå gå gjennom prinsippene i modellen for å se om de er overførbare til norske forhold.

4.1 Rett på bolig, spredt bosetting og reell valgfrihet?

HF er basert på prinsippet om at bolig er en menneskerett, og at deltakerne skal ha rask tilgang til en bolig etter eget ønske. Tanken er at hvis deltakerne selv får bestemme hvor de vil bo vil en lettere oppnå bostabilitet og hvilke tjenester de ønsker å få (Snertingdal & Bakkeli, 2015). Et annet prinsipp er at boligene skal ligge spredt i ordinære nærmiljø fremfor samlokaliserte boliger, og ambisjonen er å leie på det private markedet der deltakeren selv står for leiekontrakten (ibid). Erfaringer fra blant annet Danmark viser at en av de største utfordringene ved innføring av HF er nettopp tilgang på egnede boliger med en akseptabel husleie (Rambøll, 2012). Evaluering av HF-prosjekter i Europa viser også at den største utfordringen for alle prosjektene var nettopp boligfremskaffelse (Snertingdal, 2014). Deltakerne i HF er i hovedsak en utsatt og ustabil gruppe med høy risiko for utkastelse og Rambøll (2012) anbefaler at en jobber med strategier for å fremskaffe boliger, hindre utkastelser og få støtte og aksept i nabolaget.

Erfaring med de norske HF-prosjektene er også at tilgang på bolig er en hovedutfordring, og at det er vanskelig å komme seg inn på det private leiemarkedet (Snertingdal & Bakkeli, 2015). Noen av HF-prosjektene rapporterer at de er blitt møtt med skepsis og fordommer når de har prøvd å leie på det private markedet. Denne erfaringen støttes av forskning som viser at rusmisbrukere ofte stiller bakerst i køen ved tildeling av bolig, og mange opplever at det private markedet er stengt for dem. Alle prosjektene i Norge rapporterer at de har fått naboklager på enkelte deltakere (ibid). I de norske HF-prosjektene er det derfor kun tre kommuner som har benyttet seg av det private leiemarkedet, de resterende benytter kommunale boliger. Selv om målet i HF-modellen er at

deltakerne selv skal inngå leiekontrakter med private utleiere, har de bl.a i HF-programmet i Lisboa foretatt lokale tilpasninger ved at HF-prosjektet står som leietaker og leier så videre ut til deltakerne. Dette fordi de hadde mye trøbbel i forhold til ubetalte husleier, og slik er i hvert fall utleier sikret husleie og HF-prosjektet må da kreve inn husleie av deltakerne.

Tilgangen på kommunale boliger er imidlertid også begrenset, og i mange kommuner er det lange ventelister på tildeling av bolig. I de norske HF-prosjektene har noen benyttet samlokaliserte boliger, noen har tatt inn personer i prosjektet som allerede har bolig/står i fare for å miste bolig, og det har vært forskjellig grad av valgfrihet ved tildeling av bolig i et presset kommunalt boligmarked (Snertingdal, 2014). Det har vært snakk om å velge mellom, dvs. deltakerne er gitt mulighet til å gå på visning på flere enn en leilighet, å velge vekk, dvs. velge vekk en leilighet uten at en stiller bakerst i køen og bare blir plassert i en bolig. Sistnevnte strider helt imot prinsippene i HF-modellen og gir i realiteten ikke deltakerne noen valgfrihet (ibid). I kommunene har det vært varierende grad av prioritering av HF-deltakere ved tildeling av kommunale boliger, fra det ene ytterpunktet der det har vært øremerkede leiligheter til HF-prosjektet, til det andre ytterpunktet der samarbeidet med boligtildelingskontoret ikke har vært optimalt og det har dessuten vært få boliger tilgjengelige og de som har vært ledige har vært samlokalisert.

Bostedsløshet er i hovedsak et storbyfenomen, og i små kommuner som den jeg selv jobber i er det svært sjelden vi har kontakt med personer som er uten bolig over tid. Hvis noen mister bolig/står uten bolig, vil de relativt raskt få tildelt en kommunal bolig. HF-modellens opprinnelse i New York der de nærmest plukker folk opp rett fra gata og inn i egen leilighet står i sterkt kontrast til den norske konteksten for implementering der de fleste deltakerne er rekruttert via ulike hjelp- og behandlingstjenester. I Norge er det mye klientkunnskap, og de fleste er kjente i hjelpeapparatet (ibid). En skal heller ikke se bort fra at det gode norske velferdssystemet reduserer risikoen for bostedsløshet, og tilgang til bolig/velferdsytelser er mye bedre her enn f.eks i Lisboa.

Prinsippet om spredt bosetting er også vanskelig å oppfylle når du kanskje må ta den boligen som er ledig, selv om naboen din også er deltaker i HF. Noen har også benyttet samlokaliserte boliger. Det har vært mange klager og utkastelser i de norske HF-prosjektene, dette kan blant annet skyldes at det har vært en utfordring å skaffe nok egnede boliger, noe som har medført at deltakerne har hatt svært begrenset valgfrihet og har endt opp i leiligheter de ikke er fornøyd med. Motivasjonen til å beholde boligen har derfor kanskje ikke vært så stor som om de selv hadde kunnet velge bolig (Snertingdal & Bakkeli, 2015). Det er også store forskjeller i velferdssystemet i Norge og andre land i Europa/USA, og motivasjonskraften til å få/beholde bolig kan være større i land hvor velferdssystemet er dårligere (ibid).

Dette er imidlertid ikke bare et problem i Norge, å finne en rimelig og egnet bolig var også et problem i Lisboa, og noen ganger måtte deltakerne bare ta den boligen som var ledig. Husleie er også en begrensning, i HF-modellen er det et prinsipp at deltakerne ikke skal betale mer enn 30% av inntekten i husleie, og i Portugal f.eks. har de ikke i nærheten av norske velferdsytelser og må da finne boliger som ikke er altfor dyre. Det sentrale prinsippet i HF om at bolig skal ses på som en menneskerett kan vi vel alle være enig i, noe som også gjenspeiles gjennom dagens boligpolitikk der bolig anses som en rettighet og forutsetning for individets velferd (Rambøll, 2012). Rask bosetting i permanent bolig etter eget ønske vil imidlertid være vanskelig å etterstrebe både i Norge og ellers i Europa/verden.

4.2 Møte med brukerne og langvarig forpliktelse – recovery og empowerment (selvbestemmelse/brukermedvirkning) i fokus

The staff members treat us all as if we were family, and for me, that is something I will cherish for many years to come. (Pathway Housing First Client, Tsemberis, 2010, s.19)

Noe av det grunnleggende i HF-modellen er at teamet møter deltakerne med respekt, varme og medfølelse, og at de forsikrer deltakerne om deres forpliktelse og engasjement og at de aldri gir opp. Dette handler om hvordan de ansatte møter deltakerne, hvilket språk de bruker, hvilke signaler de sender, samt å ta seg tid til å lytte til hva deltakeren egentlig sier. Deltakeren og den ansatte møtes som likestilte partnere, og deltakeren skal føle seg likeverdig (Rambøll, 2012). I følge Tsemberis (2010) er varme, respekt og medfølelse hjertet og sjelen i HF, og nøkkelen til suksess. For meg er det en grunnleggende forutsetning å møte alle mennesker med respekt og medfølelse i omsorgsykker, selv om jeg vet at dette nok ikke alltid er tilfelle. Rambøll (2012) uttaler også at et mulig hinder for innføring av HF kan være at det er ulike verdier og oppfølgingsmetoder mellom tjenesteytere, kommunale enheter og mellom kommuner, og at dagens organisering av kommunale tjenester kompliserer mulighetene for en helhetlig her-og nå-tjeneste.

Et annet suksesskriterie i HF er at støtteteamet er oppsøkende og pågående og at de ikke slipper taket selv om deltakeren skulle havne på institusjon, i fengsel eller bli kastet ut av boligen, noe som gjør metoden mer aktiv og pågående enn de tradisjonelle kommunale tjenestene (Rambøll, 2012). Dagens organisering av de kommunale tjenester der ansvar er spredt på forskjellige tjenesteområder kan imidlertid medføre en ansvarsfraskrivelse som innebærer at en ikke får dedikerte ansatte/team med et klart ansvar for å følge opp (ibid). Dette kan jeg selv bekrefte etter lang erfaring i sosialtjeneste/NAV der en må samarbeide med andre tjenesteområder og forvaltningsnivå som f.eks. spesialisthelsetjenesten. Når ansvar er spredt på mange nivåer og tjenesteytere blir brukeren lett en kasteball der ingen vil ta det fulle ansvaret og brukeren blir skadelidende.

Jeg vet for eksempel om en kommune der hjemmesykepleien ikke vil ha noe med medisinutdeling til rusmisbrukere å gjøre, selv om de har et klart ansvar for det, og det blir da ofte konflikter og dragkamper mellom tjenesteområdene. Dessverre er det ofte slik at det er personavhengig hva slags hjelp som ytes og hvor samarbeidsvillige den enkelte er, og slik bør det ikke være i det offentlige hjelpeapparatet. Rambøll (2012) poengterer også at erfaringer fra Danmark og forprosjektet i Norge viser at en særs utfordring vil være å endre den norske tjenestekulturen. Etableringen av et HF-team (eller annet tverrfaglig team som for eksempel ACT) kan etter dette være en god ide for å motvirke slike dragkamper og pulverisering av ansvar, men det forutsetter at de ansatte er motivert og dedikert til å jobbe med denne brukergruppen og i henhold til den faglige tilnærmingen i HF.

Det faglige fundamentet i HF-modellen er empowerment og recovery-orientering. Helt essensielt i HF-modellen er tanken at selv de som sliter med omfattende rusmisbruk og/eller har alvorlig psykisk lidelse, er fullt ut i stand til å definere egne mål, behov og bedringsprosesser (recovery). Suksessen i HF-programmet ligger i at de ansatte og deltakerne utvikler en recovery-orientert relasjon, og de ansatte må kontinuerlig formidle at recovery er mulig, ja til og med uunngåelig, formidle håp og tro på at alle har potensial for recovery (bedring), og skal automatisk anta at recovery er mulig (Tsemberis, 2010). Denne tankegangen er i samsvar med politiske signaler og uttalelser i offentlige styringsdokumenter og veiledere i Norge i dag, og en kan kanskje snakke om et paradigmeskifte fra en ovenfra-og-ned holdning/bistand fra hjelpeapparat til et nedenfra-og opp perspektiv i hjelpearbeidet der brukermedvirkning står sentralt. Vi har nok imidlertid en lang vei å gå før vi når målet med full brukermedvirkning og recovery-orientert praksis, og for eksempel Rambøll (2012) snakker om nødvendigheten av et «mindshift» blant tjenesteytere i Norge.

Hos AEIPS i Lisboa fikk jeg imidlertid et innblikk i recovery og empowerment i praksis. Organisasjonen og de ansatte hadde recovery-tilnærmingen i ryggmargen, og det var stort faglig fokus på dette på arbeidsplassen. De la stor vekt på hva brukerne selv ville gjøre eller ha bistand til, og prøvde å tilrettelegge all aktivitet og oppfølging i henhold til brukernes ønsker. De snakket også ofte om «the language of hope» og betydningen av dette. Det var en svært lærerik og spennende praksis, og fikk meg til å reflektere over egen arbeidshverdag og oppfølging av brukere. Men, hvor står vi i Norge i dag når det gjelder recovery og brukermedvirkning/empowerment? Evalueringene fra de norske HF-prosjektene viser at det kan være utfordringer og hindringer blant annet i forhold til hvilken forståelse en legger til grunn for recovery og hvordan dette kan måles og dokumenteres (Snertingdal, 2014). Det er en tvetydig forståelse av recovery, en som brukerorientert bedringsprosess (personlig og sosial prosess) som gir økt livskvalitet, og som klinisk recovery der en måler endringsresultater klinisk som reduksjon i rusmiddelbruk og reduserte symptomer (ibid).

Både det amerikanske pionerprosjektet og de norske prosjektene er preget av en tvetydig forståelse av recovery, der endring på deltakernes premisser og valgfrihet er selve bærebjelken i modellen. En av prosjektlederne i Norge påpekte at arbeidsfilosofien i HF ikke er brukermedvirkning, men brukerstyring, og en annen uttrykte at HF-filosofien er den mest ideelle måten å jobbe med mennesker på. I stedet for å bli tildelt noe, spør vi dem hva de vil ha (ibid). I evalueringen av de norske prosjektene har alle lederne understreket at bedringsprosessene hos deres deltakere går sakte og at prosessene er svært individuelle, det går opp og ned og de opplever ulik grad av endring (Snertingdal & Bakkeli, 2015). Lederne i de norske prosjektene forstår recovery primært som sosial integrasjon, og sentralt har vært å bistå deltakerne med å finne meningsfulle aktiviteter å fylle hverdagen med. Noen rapporterer at enkelte deltakere har greid å endre livsstil og redusere rusinntaket. Lederne snakker også om recovery og skadereduksjon som synonymer, og vektlegger betydningen av gode og tillitsfulle relasjoner med deltakerne. Snertingdal & Bakkeli (2015) reiser spørsmålet om hvorvidt skadereduksjon og recovery er identiske og komplementære ideologier, for HF-metodikken kobler disse to tilnærmingene, som av mange blir sett på som konkurrerende ideologier. Det er ikke noe krav om rusfrihet i HF, men HF-teamene blir oppfordret til å møte deltakerne med en skadereduserende holdning. Recovery-ideologien har rusfrihet som målsetning, mens den skadereduserende tilnærmingen vektlegger reduksjonen av skader ved rusmiddelbruk. Jeg går mer inn på denne diskusjonen i avsnittet om skadereduksjon.

I den norske evalueringen rapporteres det om en stor gruppe deltakere som er stabile i bolig, men de som sliter er stort sett unge menn som bruker amfetamin. Disse deltakerne setter skadereduksjonstilnærmingen på prøve, og det stilles spørsmål ved hvor lenge disse deltakerne skal følges opp, hvor mange sjanser skal de få etc og det viser at det ikke er noen automatikk i at en skadereduserende tilnærming alltid vil kunne lede til recovery fordi koblingen mellom disse to ideologiene forutsetter samarbeid og et minimum av motivasjon for endring. Tsemberis er tydelig på at han ikke liker individuelle forklaringer på bostedsløshet, og det blir da et paradoks at HF-metodikkens søkelys på recovery kan føre til individuelle forklaringer på bedringsprosesser når deltakere oppnår bostabilitet (ibid).

Mange evalueringer av HF-prosjekter rundt omkring i verden konkluderer med at en lykkes med å stabilisere deltakerne i bolig og oppnår bostabilitet over tid, men recovery er vanskeligere å oppnå, noen forskere uttaler til og med at recovery-prosesser i HF er «underwhelming», det vil si langt fra imponerende (Snertingdal & Bakkeli, 2015). I en evaluering av Casas Primeiro (HF) i Lisboa konkluderer de imidlertid med at tilgang til en permanent bolig har medført signifikant forbedring i forhold til integrering i lokalsamfunnet og økt velvære, i form av blant annet følelsen av tilhørighet

og forbedret helse, bedre økonomi, økt livskvalitet, følelse av frihet og kontroll over sitt eget liv, og et optimistisk syn på fremtiden (Ornales, Martins, Zilhão & Duarte, 2014). Under min praksis i Lisboa fikk jeg observere dette ved selvsyn, og jeg er ikke i tvil om at deltakerne har fått bedret livssituasjon gjennom deltakelse i Casas Primerio. Det som kanskje var litt uventet var at det var de som hadde vært hjemløse lengst, 10-15 år, som klarte seg best og tok mest vare på egen bolig. Dette kan kanskje forklares med at de som har vært uten bolig lengst, setter mest pris på den. En skal heller ikke se bort fra at motivasjonskraften til å få bolig kan være større i USA og andre europeiske land som ikke har så bra velferdssystem som i Norge (Snertingdal & Bakkeli, 2015).

4.3 Skille mellom bolig og tjenester

I følge Snertingdal & Bakkeli (2015) må etableringen av HF-modellen først og fremst forstås som et brudd med den tradisjonelle tilnærmingen til bostedsløshet, det vil si den såkalte trappetrinnmodellen, der brukerne må gjøre seg fortjent til bolig hvis de klarer å være rusfrie eller motta behandling. Norske myndigheter har i hovedsak gått bort fra denne tenkingen fordi de mest marginaliserte aldri klarte å klatre oppover trinnene. Den dominerende modellen i norsk boligsosialt arbeid er nå normaliseringsmodellen, der det sentrale er at alle skal ha et permanent botilbud, og at kommunene skal yte de oppfølgingstjenestene som er nødvendige for å muliggjøre dette (Snertingdal, 2014). Denne tankegangen samsvarer derfor forsåvidt med prinsippet i HF om et skille mellom bolig og tjenester, noe som står helt sentralt i HF-modellen. I HF skal deltakerne få umiddelbar tilgang til bolig og det stilles ingen krav til for eksempel rusfrihet eller å takke ja til innleggelse for behandling. Deltakeren mister heller ikke tjenester selv om han/hun kastes ut av boligen, blir fengslet eller innlagt på institusjon. Det eneste deltakerne må forplikte seg til er ukentlig hjemmebesøk av HF-teamet.

I de norske HF-prosjektene har det blant annet vært organisatoriske, faglige og lovmessige utfordringer. HF-modellen er utviklet for frivillig virksomhet, og implementeringen av modellen i den offentlige forvaltningen har reist noen problemer for eksempel i forhold til avtaler og vedtak. HF-teamet skal være tverrfaglig sammensatt og deltakerne skal slik ha koordinert tilgang til tjenester, ideelt sett 24/7 alle dager i uka. Organisering av tjenestene i Norge ligger på flere forvaltningsnivåer, både statlig og kommunalt, og innenfor en og samme kommune er de boligsosiale tjenestene gjerne også spredt på forskjellige tjenesteområder. I HF-modellen tilstrebes det at HF-teamet skal være sammensatt av forskjellige fagpersoner og opprinnelig helst som et ACT-team der det er ansatt en lege eller psykiater. Ingen av de norske prosjektene har etablert ACT-team, men de fleste teamene har vært sammensatt av profesjoner som sosionom, vernepleier, sykepleier og miljøterapeut. I små kommuner vil det være svært kostnadskrevenende å måtte ansette

en lege eller psykiater til et HF-team, og slike tjenester er også i utgangspunktet spesialisthelsetjenestens ansvar (Snertingdal, 2014).

Tildeling av tjenester i offentlig forvaltning fordrer i henhold til forvaltningsloven at brukerne skal få et vedtak som de da har klageadgang på og som slik sikrer rettssikkerheten. Alle de norske HF-prosjektene har inngått avtaler med deltakerne der de sa seg villig til oppfølging og å møte oppfølgingsteamet minst en gang i uka. De fleste prosjektene hadde i tillegg vedtak knyttet til tildeling av bolig, men bare avtaler i forbindelse med oppfølgingen. Dette kan være problematisk fordi oppfølging er en kommunal tjeneste som er underlagt forvaltningsloven, og manglende vedtak innebærer blant annet tap av klagerett (ibid). Alle lederne i de norske HF-prosjektene har vektlagt betydningen av den tverrfaglige oppfølgingen som både har handlet om hjelp i dagliglivet og å gi en koordinert tilgang på tjenester. Dette samsvarer med funn fra evalueringen av HF-prosjektet i Lisboa som viser at deltakerne der hadde ulike tjenestebehov, og fikk ulik tilgang til tjenester, som for eksempel helsetjenester, sosialtjenester, fylle ut søknader og fremskaffe dokumentasjon (Ornelas et al, 2014). Jeg har for øvrig selv erfart dette gjennom min praksis i Lisboa, og kan bekrefte at deltakerne får ulik oppfølging etter behov.

I Lisboa har de imidlertid helt bevisst valgt å ikke etablere ACT-team i sitt prosjekt fordi de ikke vil ha så mye fokus på diagnoser og sykdom, men heller fokusere på muligheter og ressurser. I Lisboa er de også veldig opptatt av integrering og at deltakerne i størst mulig grad skal benytte seg av tjenester og tilbud i nrområdet/lokalsamfunnet.

I dag er det forhåpentligvis sjelden det blir satt vilkår om å ta imot tjenester ved tildeling av bolig rundt omkring i kommunene. I min kommune skjer det i hvert fall ikke, en kan prøve å motivere en person til å ta imot for eksempel hjemmetjenester, men en har ingen hjemmel til å tvinge brukere til å ta imot hjelp, med mindre boforholdene er helsefarlige. Slik sett jobber en forhåpentligvis i samsvar med et av prinsippene i HF rundt omkring uten innføring av HF-prosjekt da bolig blir ansett som et velferds gode og ikke noe du skal gjøre deg fortjent til.

4.4 Skadereduksjon i fokus

De ansatte i HF-teamet jobber kontinuerlig med skadereduksjon for å bevisstgjøre deltakerne på konsekvensene av ulike typer atferd eller handlemåter, for eksempel høylytt festing i leiligheten medfører naboklager som igjen kan føre til utkastelse. Hvis deltakeren avgjør at egen bolig ikke skal være samlingspunkt for festligheter, kun eget rusbruk, har en oppnådd skadereduksjon (Rambøll, 2012). Tanken er at hvis en møter deltakerne med en skadereduserende holdning og ikke

insisterer på endring vil deltakernes autonomi og valgfrihet bli understreket og danne grunnlag for bostabilitet og recovery (Snertingdal, 2014).

Arbeidsfilosofien er å spørre deltakerne hva de vil, hvor de vil bo og hva som skal til for å gjøre livet deres bedre. Å jobbe slik kan være krevende for en sosialarbeider. På den ene siden er det ikke krav til rusfrihet og deltakerne trenger derfor ikke å skjule rusmisbruket, men samtidig kan teammedarbeideren slik bli en tilrettelegger for problematisk rusmisbruk og i mindre grad en endringsagent. Å være i aktivt rusmisbruk kan også innebære kriminell virksomhet som kan være utfordrende for teamet å kjenne til. Uansett må HF-teamet respektere deltakernes livsstil og hvis de ikke har noe ønske om endring (Snertingdal & Bakkeli, 2015).

Målsettingen med skadereduserende praksiser er etter dette ikke å nødvendigvis redusere eller endre rusmisbruket, men å redusere skadene rusmisbruket kan medføre. HF-modellen er grunnlagt på recovery-orientering, og blant annet i Lisboa er de ansatte veldig opptatt av recoverytankegang i møte med deltakerne. Historisk sett har spesielt den kliniske forståelsen av recovery hatt rusfrihet som sentral målsetning og HF-metodikkens gjennomsyring av recovery-retorikk kan slik synes som motstridende til skadereduksjonsprinsippet (ibid). Det pågår for tiden en strid i det internasjonale rusmiddelfeltet mellom skadereduserende praksiser og recovery-orienterte praksiser over betydningen av rusfrihet i behandling og rehabilitering, der de skadereduserende praksisene blant annet har blitt kritisert for å legge for stor vekt på medisinerings (spesielt LAR-behandling) og fordi de ikke produserer rusfrie og avholdne mennesker (ibid).

5 Avslutning

Housing First-modellens suksess og anerkjennelse gjennom programmer rundt omkring i verden er udiskutabel, men jeg ville finne ut om modellens prinsipper kunne overføres og brukes ovenfor personer med omfattende og skadelig rusmiddelbruk og/eller psykiske lidelser i norske kommuner. Jeg har skjelet til erfaringene med de pågående HF-prosjektene i Norge, som riktignok foregår i større byer. Modellen er i utgangspunktet utarbeidet med tanke på å skaffe hjemløse en egen, permanent bolig raskt og etter eget ønske uten at det blir stilt krav til behandling eller rusfrihet, og slik bryte med den tradisjonelle trinnmodellen der en skulle gjøre seg fortjent og vise seg verdig en bolig. Tanken er at bolig er en menneskerett, og når en har fått en stabil bosituasjon kan en evt. begynne å jobbe med andre livsområder. En kan jo tenke seg selv hvor ustabil og kaotisk ens livssituasjon hadde blitt hvis en stod uten bolig, så en trenger ikke å være innlemmet i et HF-program for at dette skal bli viktig. I små kommuner er det også svært få hjemløse, men i de norske prosjektene har en av de største utfordringene vært tilgangen på egnede, spredte boliger og en har

kanskje bare måttet ta den boligen en har blitt tilbydd og slik sett ikke hatt reell valgfrihet i forhold til hvor en vil bo slik det fordres i HF-modellen. Mange steder er det også lange ventelister på kommunale boliger. Slike begrensninger har de imidlertid også opplevd andre steder, blant annet i Lisboa der for eksempel husleien har satt begrensninger for å inngå et leieforhold. Foruten utfordringen i å skaffe egnede boliger er det også begrensninger i forhold til lovverk, hjelpeapparatets organisering og roller, og økonomi i Norge. Hovedinntrykket i evalueringen av de norske prosjektene er for øvrig at deltakerne opplyser at oppfølgingen fra HF-teamet er viktig i deres livssituasjon. Og jeg tenker at nettopp her ligger kjernen til suksess i HF-programmet, nemlig relasjonsarbeidet der teamet jobber oppsøkende og pågående gjennom ukentlige hjemmebesøk. Slik skaper en en god relasjon, som en vet er avgjørende i alt hjelpearbeid. Det kan vi også få til i norske kommuner uten å innføre HF-metodikken. Det handler bare om å tenke litt annerledes og organisere tjenestene på en annen måte enn den tradisjonelle.

En innføring av en rendyrket HF-modell i norske kommuner synes etter dette ikke særlig hensiktsmessig eller mulig, men mange av prinsippene i modellen kan i aller høyeste grad være aktuelle å etterleve. Skadereduksjonstilnærmingen blant annet gjennom LAR er en akseptert behandling/tiltak i Norge i dag, og mange har fått et mye bedre og roligere liv etter at de ble innlemmet i LAR, selv om mange har sidemisbruk. At HF-modellen er blitt så populær kan også være at den sammenfaller med sentrale og politiske satsningsområder innenfor både rusmiddelfeltet og innenfor psykiatrien, ikke minst etter nedbyggingen av institusjonene. Flere av prinsippene i modellen samsvarer med politiske signaler som bolig til alle, brukermedvirkning og recoverytenking, blant annet gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, rusreformen og samhandlingsreformen. I den nye nasjonale faglige retningslinjen på rusfeltet som ble lansert i begynnelsen av mars 2016 blir det også presisert at bolig og godt nettverk er de mest sentrale forutsetningene for å lykkes i behandling, og en tilfredsstillende bolig er en forutsetning for god helse, arbeid/utdanning og samfunnsdeltakelse (Helsedirektoratet, 2016).

Prinsippet i HF-modellen om å skille bolig og tjenester er også viktig og mulig å etterleve i både store og små kommuner, noe vi faktisk gjør i min kommune, og jeg håper trinnmodellen er et tilbakelagt kapittel i andre kommuner også. Jeg håper at alle ser viktigheten og nødvendigheten av egen bolig, og i Norge blir jo bolig ansett for å være et velferdsgode.

Full brukermedvirkning og recovery-tilnærming kan være vanskelig å innføre over natta, men flere og flere blir opptatt av dette innenfor hjelpeapparatet, og vi blir stadig minnet på det gjennom blant annet politiske signaler og styringsdokumenter. Jeg har tro på at vi sakte, men sikkert kan etablere

en ny praksis innenfor hjelpeapparatet, og mye av vår oppfølging og bistand vil i fremtiden foregå hjemme hos folk og i kommunene der menneskene lever livet sitt, ikke minst etter nedbyggingen av institusjonene og innføring av samhandlingsreformen. Og egentlig, hvis en tenker godt etter(!), så er det ikke så rart at den som skal motta bistand vet best selv, og gjerne vil ta de små og store avgjørelser som gjelder eget liv – akkurat som deg og meg.

LITTERATURLISTE

- Almvik, A. & Borge, L.** (Red), (2012). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A.** (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapsammenstilling*. NAPHA-rapport nr. 4/2013.
- Brodtkorb, E. & Rugåsa, M.** (2007). *Under tak – mellom vegger: Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O.** (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet.** (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser*. (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1948). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet.** (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder IS-2076, 2014). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet.** (2016). *Nasjonal faglig retningslinje forbehandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Direktoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30.**
- Husbanken,** (2013). *Housing First – kort introduksjon*.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** (2014). *Bolig for velferd*. (Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)). Oslo: Departementet.
- Lossius, K.** (2012). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ornelas, J., Martins, P., Zilhão, T., & Duarte, T.** (2014). Housing First: An ecological approach to promoting community integration. *European Journal of Homelessness*, 8(1), 29-56.
- Patel, R. & Davidson, B.** (1995). *Forskningsmetodikkens grunnlag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rambøll** (2012). *Housing First – Muligheter og hindringer for implementering i Norge*. Rambøll-rapport.
- Snertingdal, M.I.** (2014). *Housing First i Norge - en kartlegging*. Fafo-rapport 2014:52.
- Snertingdal, M.I., & Bakkeli, V.** (2015). *Housing first i Norge – sluttrapport: Prosesser, resultater og kartleggings skjema*. Fafo-rapport 2015:52.
- Sosialtjenesteloven, LOV-2009-12-18-131.**
- Tsemberis, S.** (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Minnesota: Hazelden.

Økland, M.A. (2012). *Samfunnsarbeid og boligsosialt arbeid: Er erfaringssamling med fokus på strategier og virkemidler*. Bergen: Fagbokforlaget.