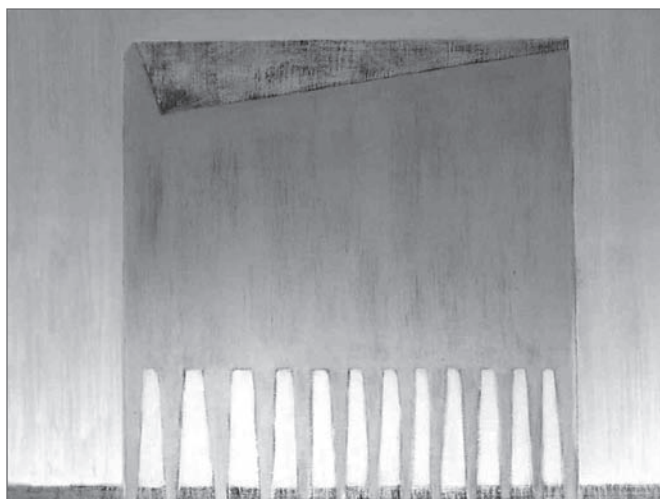


Evelyn Dyb

Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser

Vurdering av behovet 2006–2008



BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Evelyn Dyb

Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser

Vurdering av behovet 2006–2008

Prosjektrapport 401 – 2006

Prosjektrapport 401

Evelyn Dyb

Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser

Vurdering av behovet 2006–2008

Emneord: psykisk helse, psykiatri, boligbehov, tilpasset bolig, oppfølging, tjenester, tjenestebehov

Illustrasjon forside: Trudy Mørk Wollbraaten

ISSN 0801-6461

ISBN 82-536-0912-4

100 eks. trykt av

S.E. Thoresen as

Innmat: 100 g Kymultra

Omslag: 200 g Cyclus

© Copyright Norges byggforskningsinstitutt 2006

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Norges byggforskningsinstitutt er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Adr.: Forskningsveien 3 B

Postboks 123 Blindern

0314 OSLO

Tlf.: 22 96 55 55

Faks: 22 69 94 38 og 22 96 55 08

www.sintef.no/byggforsk

Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag av Helse- og sosialdirektorater og inngår som del to i en kartlegging av behovet for boliger og tjenester for mennesker med psykiske lidelser. Del en besto av en kartlegging av kommunenes behov for tilrettelagte boliger for denne gruppen. Undersøkelsen ble gjennomført av Kristina Nordlund og Evelyn Dyb i løpet av en måned i begynnelsen av 2005. Til tross for den knappe tiden, svarte nesten halvparten av landets kommuner i kartleggingen.

Datagrunnlaget var solid, men det var samtidig behov for å gå mer kvalitativt inn i dataene. Dette ble gjort gjennom intervjuer med 20 kommuner. Takk til de mange ansatte i disse kommunene og bydeler i Bergen og Oslo som har stilt opp på til dels lange og omfattende intervjuer. Intervjuundersøkelsen er presentert i denne rapporten. Takk også til Hallvard Fjeldbraaten, som har jobbet med datainnsamlingen i prosjektet. Arne Holm har vært kvalitetssikrer på rapporten og gitt en rekke nyttige og verdifulle innspill.

Berit Nordahl
Forskningssjef

Evelyn Dyb
Prosjektleder

Innhold

Forord.....	3
Innhold	5
Sammendrag	7
Kapittel 1. Innledning	11
Kartlegging av boligbehov.....	12
Metode: Intervjuer i et utvalg kommuner	14
Oppsummering.....	15
Kapittel 2 Målgrupper.....	17
Nye grupper	18
Dobbeldiagnose rus/psykiatri.....	19
Bostedsløse	21
Andre grupper	23
Målgruppe for tilrettelagte boliger.....	23
Særtrekk ved kommunene.....	25
Oppsummering.....	26
Kapittel 3 Behovet for boliger	29
Fire boligkategorier.....	30
Dagens boligtilbud	31
Kommunale boliger og sykehjem	34
Boligbehov til utgangen av 2008	34
Kommunenes vurdering av boligbehov	38
Beregningsgrunnlaget for framtidig behov	39
Boligtyper	41
Oppsummering.....	41
Kapittel 4 Behovet for tjenester i bolig.....	43
Organisering av bolig og tjenester	44
Tjenestetilbudet i kommunene	45
Fra institusjon til bolig.....	48
De nye syke.....	49
Utgangspunkt i realisme	49
Tallfesting av behovet for tjenester?.....	51
Oppsummering.....	52
Avsluttende kommentar	53
Referanser	57
Vedlegg 1 Kilder.....	59
Vedlegg 2 Intervjuguide	61

Sammendrag

Resultatet av kartleggingen av boligbehovet for personer med psykiske lidelser, som Byggforsk gjorde for Sosial- og helsedirektoratet i begynnelsen av 2005, oppsummerer at kommunen hadde behov for 3.500 boliger i perioden 2005 til 2008. Tallet er bygget på svar fra 47 prosent av kommunene og er et forholdsvis solid datagrunnlag. Men undersøkelsen var enkel og ble gjennomført svært raskt og det er uklart om kommunene hadde regnet inn boliger de allerede hadde fått tilsagn om støtte til fra Husbanken. Inntil utgangen av 2004 kunne kommunene søke støtte til etablering av boliger til personer med psykiske lidelser. Ved utgangen av 2005, et år etter at de siste tilskuddene var fordelt, var 1880 av disse boligene ferdigstilt og tatt i bruk. Kommunene satt med en betydelig boligreserve på 1.538 boliger og det var ønskelig å få klargjort hvorvidt disse boligene var regnet inn i det oppgitte behovet. Høsten 2005 fikk Byggforsk i oppdrag å gjøre en ny undersøkelse, som skulle omfatte både bolig- og tjenestebehovet.

Intervjuer: Undersøkelsen, som er rapportert her, er basert på intervjuer med 20 kommuner; i Oslo tre bydeler og i Bergen to bydeler. Kommunene er valgt ut fra kriteriene størrelse – antall innbyggere – geografisk spredning og rapportert boligbehov i kartleggingen fra januar/februar 2005. Intervjuene tar opp på en rekke spørsmål knyttet til kommunens psykiske helsearbeid. Hovedfokus er imidlertid på hvordan kommunene definerer og avgrenser målgruppene for det psykiske helsearbeidet og kriteriene for å få bolig og tjenester gjennom kommunenes enhet for psykisk helse og videre: Har kommunene beregnet behovet for boliger og tjenester fram til utgangen av 2008 og hva er i så fall omfanget av behovet? Undersøkelsen er gjennomført som åpne intervjuer med en strukturerende intervjuguide. Informantene i kommunene fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd.

Målgruppene for det psykiske helsearbeidet og brukergruppene, som skal skaffes et bolig- og tjenestetilbud i kommunene, er i endring. Særlig stiller økt oppmerksomhet rundt personer med dobbeltdiagnose rus/psykiatri nye krav til kommunenes tjenesteapparat. Bare en av kommunene sier at dobbeltdiagnose rus/psykiatri ikke er målgruppe for psykisk helsearbeid. Også dobbeltdiagnose psykiatri/psykisk utviklingshemning, trippel- eller dualdiagnose rus/psykiatri/psykiske utviklingshemning og andre grupper, med til dels svært ulike uttrykk og hjelpebehov, som ADHD, Asbergers syndrom, Tourettes syndrom, autisme og spiseforstyrrelser betyr nye utfordringer. Personer med disse diagnosene er i varierende grad definert som ansvarsområde for kommunenes psykiske helsearbeid. Med unntak av to kommuner er personer med Alzheimer ikke i målgruppen for psykisk helsearbeid.

Boligbehov: Kommunenes grunnlag for å beregne behovet for økning i antall boliger er basert på en kombinasjon av antall personer hjelpeapparatet konkret vet om som trenger en bolig nå og personer som vil få et boligbehov. Den siste gruppen er for eksempel ungdom med store vansker i dag, men som ennå ikke er i alder for å

flytte i egen bolig. De 20 kommunene i intervjuundersøkelsen rapporterer et samlet behov på 825 boliger. Aggregert opp til nasjonalt nivå gir det et samlet behov for 3.060 flere boliger til mennesker med psykiske lidelser. Det rapporterte tallet er imidlertid ikke direkte omregnet. Kommunene er delt i tre grupper etter innbyggertall og beregningen er foretatt innenfor hver av gruppene.

Tallet for de fire største byene er det faktisk oppgitte. Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger rapporterer at de samlet har behov for 598 boliger de neste årene. Det er 0,57 boliger per 1000 innbygger. Gruppen mellomstore kommuner i undersøkelsen har innrapportert at de vil ha behov for en økning på 132 boliger. Behovet er relativt det samme som for de store byene; 0,57 per 1000 innbygger. Det utgjør et behov på 864 boliger for hele denne kommunegruppen på nasjonalt nivå. I den minste kommunegruppen er det rapporterte tallet 79 boliger – 0,9 per 1000 innbygger. For hele kommunegruppen summerer det til 1.598 boliger.

2.800 flere boliger: Tallet 3.060 er tilnærmet identisk med tallet 3.070, som var resultatet av kartleggingen i januar/februar 2005. Men da var boliger med tilsagn om tilskudd delvis inkludert. Til de 3.070 boligene som er rapportert i kartleggingen ble det lagt til en forutsetning om utvikling av 400 psykiatriske sykehjemsplasser og det endelige tallet ble 3.500 boliger. De 20 kommunene i den siste undersøkelsen hadde imidlertid redusert sitt boligbehov med vel 20 prosent fra det første til det siste undersøkelsestidspunktet. Dersom vi reduserer det siste tallet, 3060 boliger, tilsvarende, blir det beregnede tallet 2.800 boliger. Tallet er sannsynligvis et minimum.

Økt tjenestebehov: Omfanget av behovet for tjenester i boligene er vagt definert. I Oslos handlingsplan for psykisk helsearbeid framgår det at kommunen har et udekket behov for tjenester på 271 årsverk fra 2006 til 2008, dersom det forutsatte opptrappingstempoet i planen er fulgt. Trondheim og Bergen regner behovet for tjenester ut fra et gjennomsnittsbetrag per bruker/bolig. Men de går ut fra to forskjellige ”nøkler”. Bergen regner 500.000 kroner per bolig per år. Trondheim bruker 350.000 kroner per år per bolig som grunnlag. Med opplysningene fra Bergen som utgangspunkt for et anslag på nasjonalt nivå (500.000 kroner ganger 2.800 boliger) blir totalbeløpet 1,4 milliarder kroner i økte utgifter per år. Dersom Trondheims beregninger legges til grunn, blir summen 980 millioner kroner per år i økte utgifter til tjenester i bolig. Dette tallet dekker bemanningen i de nye boligene. I tillegg skal 1.500 boliger som er gitt tilsagn til fra Husbanken, og som er under ervervelse/bygging, bemannes.

Problemer med å foreta presise beregninger av både bolig- og tjenestebehov er knytte til flere faktorer. Den ene er at målgruppene for de psykiske helsearbeid er utvidet. Andre elementer er ulikhet i vurdering av brukernes behov når de er i institusjon og når de skal ut i egen bolig i kommunene. Et tredje element er det vi kan kalle ”realismevurdering”. Kommunene beregner behovene for bolig og tjenester i balansegang mellom det en ser som behov, hvilke ressurser kommunen

etter all sannsynlighet vil sette av til oppfølging i bolig til personer med psykiske lidelser og eventuelle statlige tilskudd.

Kriterier for boligtildeling: Kriteriene for å få tilpasset bolig er at brukeren har en psykiatrisk diagnose. Enkelte kommuner oppgir at det må ligge en alvorlig og kronisk psykisk lidelse til grunn for å få et tilpasset botilbud. 11 kommuner oppgir at personer med dobbeltdiagnose rus/psykiatri er i målgruppen. Men ikke alle kommunene har etablert et botilbud til denne gruppen. Syv kommuner sier at dobbeltdiagnose psykiatri/psykisk utviklingshemning hører til i målgruppen, men heller ikke her er det alle kommunen som har et botilbud til gruppen. Tre av kommunene inkluderer personer med trippeldiagnose rus/psykiatri/psykisk utviklingshemning. De tre kommuner har etablert eller planlegger et tilbud som også inkluderer denne gruppen.

Botilbudene kan deles i fire grupper: Bokollektiv, bofellesskap, samlokaliserte boliger og spredte boliger. Tre kommuner oppgir at de har bokollektiv, ni kommuner har bofellesskap, 16 har samlokaliserte boliger og 16 kommuner har spredte boliger. Nesten halvparten av boenhetene er organisert som bofellesskap, selv om bare halvparten av kommunene har denne boformen. Forklaringen er at de store kommunene med mange brukere har en stor andel bofellesskap.

Tjenestetilbudet: Organisering av tjenestene knyttet til boligene kan også grupperes i fire kategorier: Fast personell på døgnbasis, fast personell på dagtid, ambulante tjenester/boteam og ordinære hjemmetjenester. Ni kommuner har fast personell i døgnturnus, åtte kommuner har fast personell på dagtid og 11 kommuner har ambulante tjenester. 14 kommuner bruker ordinære hjemmetjenester eller har tjenestene i bolig til personer med psykiske lidelser som en del av hjemmetjenesten, men med egne ansatte.

Det er sammenheng mellom organisering av boligene og tjenestene. Vanligvis er fast ansatte i boligene på døgn eller dagtid knyttet til de tetteste boformene, bokollektiv og bofellesskap, og ambulante tjenester og hjemmetjenester benyttet i samlokaliserte og spredte boliger. Men også samlokaliserte boliger kan ha faste ansatte og enkelte bofellesskap har ikke faste ansatte.

Klausulerte boliger: Alle utenom en kommune har klausulerte husleiekontrakter. Det vil si at de benytter adgangen Husleieloven gir til å lage tilleggsavtaler til husleiekontrakten. Tilleggsavtalene brukes vanligvis til å sikre beboeren tjenester og tilsyn.

Kapittel 1. Innledning

Denne rapporten er resultatet av en intervjuundersøkelse om behovet for boliger og tjenester i boligene til mennesker med psykiske lidelser. Datagrunnlaget er samtaleintervjuer med ansvarlige for psykisk helsearbeid i et begrenset utvalg kommuner. Undersøkelsen følger opp en kartlegging Byggforsk gjorde for Sosial- og helsedirektoratet i begynnelsen av 2005. De to undersøkelsene må sees i sammenheng, men denne rapporten konsentrerer seg først og fremst om å presentere og drøfte funnene fra intervjuundersøkelsen.

Bolig, og behovet for en god og tilpasset boligsituasjon, har fått økt fokus i løpet av opptrappingsperioden for psykisk helse. Opptrappingsplanen for psykisk helse, St. m. nr. 25 (1996-98) *Åpenhet og helhet* slår fast at kommunene skal bygge opp et helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser, men selve boligtilbudet får ikke spesiell oppmerksomhet. Et viktig premiss for opptrappingsplanen er av-institusjonaliseringen og normaliseringstenkning; personer med psykiske lidelser skal få muligheter til deltakelse i samfunnet på linje med andre samfunnsmedlemmer. Men i likhet med andre grupper med særskilte behov, trenger mange i denne gruppen tilrettelegging og støtte for å kunne delta på egne premisser, forutsetninger og, ikke minst, etter egne ønsker.

I opptrappingsperioden ble det imidlertid avsatt midler til anskaffelse av 3.500 boliger gjennom Husbanken (St.prp. nr. 63 [1997-98]). Kommunene kunne søke Husbanken om tilskudd til bygging og etablering boliger for personer og husstander med psykiske lidelser. I løpet av årene 1999 til utgangen av 2004 har Husbanken gitt tilsagn om tilskudd til 3.418 boliger. Ordningen utløp i 2004 og ved utgangen av året var midlene fordelt til kommunene.

Tilskudd til boliger for mennesker med psykiske lidelser var en av flere tilskuddsordninger i Husbanken. Boliger etablert med tilskudd fra Husbanken gis betegnelsen *omsorgsboliger*, enten det dreier seg om boliger for eldre, for mennesker med psykisk utviklingshemning eller mennesker med psykiske lidelser. Begrepet *omsorgsbolig* er nettopp knyttet til husbankfinansieringen og de bestemte tilskuddene innrettet på ulike målgrupper. Selve begrepet indikerer at det dreier seg om boliger til personer som har behov for noe mer enn en bolig. Husbanktilskuddet stiller visse betingelse til boligen. Boenheten skal være en bolig i juridisk betydning; det vil si at beboeren må enten ha en leiekontrakt eller eie boligen selv. Boligen må tilfredsstillte visse fysiske krav og være utstyrt slik at den kan være rammen for en privat bolig og et hjem. Boligene kan være organisert på ulike måter, men samlokalisering av boligene og bofelleskap er svært vanlige måter å organisere omsorgsboliger på.

Fokuset på bolig og boligbehov er styrket i løpet av opptrappingsperioden for psykisk helse. I Statsbudsjettet for 2005¹ vektlegges bolig som et spesielt viktig satsningsområde innenfor psykisk helsearbeid i kommunene. Stortinget ble lovet en status over boligbehovet i løpet av høsten 2005. Sosial- og helsedirektoratet understreker overfor kommunene at det er nødvendig å "iverksette flere ulike tiltak for å sikre personer med alvorlige psykiske lidelser egnede boliger, for eksempel bofellesskap eller bokollektiv med den bistand som er nødvendig"². I veiledningsheftet *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* fra 2005 vektlegger Sosial- og helsedirektoratet at kommunene bør ha et differensiert bo- og tjenestetilbud, som er utviklet i samarbeid med brukeren.

Kartlegging av boligbehov

Som et ledd i videre satsning på boligetablering ba Sosial- og helsedirektoratet Byggforsk om å foreta en kartlegging av behovet for boliger for personer med psykiske lidelser. Oppdraget var forankret i Statsbudsjettets og meldingen om at Stortinget skulle få en orientert om boligbehovet. Kartleggingen ble gjennomført i januar og februar 2005 (Dyb og Nordlund 2005). Tidsrammen for oppdraget var stram og kartleggingen ble av den grunn også begrenset og enkelt lagt opp.

Kartleggingen ble gjennomført via koordinatorene for psykisk helse hos fylkesmennene. Koordinatorene gikk til sine kontakter i den enkelte kommune for å innhente opplysninger. Vi stilte følgende to spørsmål:

1. Har kommunen beregnet hvor mange omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser den har behov for totalt i perioden 2005-2008? Hvis beregningen er gjort, ønsker vi tallet.
2. Hvor mange omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser har kommunen per i dag planlagt å anskaffe i løpet av perioden 2005-2008?

Spørsmålet ble avgrenset til *omsorgsbolig* for mennesker med psykiske lidelser. Anskaffelse av omsorgsboliger utløste fram til utgangen av 2004 statlig støtte og finansiering gjennom Husbanken og var derfor en måte å avgrense eller operasjonalisere boligbegrepet på. Et annet, men noe mindre presist, begrep er *tilpassede boliger* for mennesker med psykiske lidelser. Tilpasset bolig kan likevel være et mer dekkende begrep for kommunenes boligtilbud til målgruppen.

Kartleggingen ga svar fra 201 av landets 433 kommuner, det vil si 47 prosent av alle kommunene. Det er tilstrekkelig mange kommuner til "kunne foreta en generalisering og et godt grunnlag for å beregne boligbehovet for landet som helhet. I og med at kartleggingen ble gjort via rådgiverne i psykisk helse hos fylkesmennene, fikk vi fylkesvise svar. Vi fikk svar fra alle kommunene i fem fylker (Akershus,

¹ Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2005: St.prp. nr.1 (2004-2005)

² Rundskriv IS-1/2005: Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2005.

Vestfold, Oppland, Møre og Romsdal og Troms) og en del kommuner i enkelte fylker. Det var i tillegg og noen spredte kommuner, som sendte svarene direkte til oss. Vi fikk en rimelig representativ respondentgruppe vurdert ut fra kriteriene kommunestørrelse og geografisk spredning.

Kommunene ble delt i fire grupper etter innbyggertall. Det var godt samsvar mellom antall kommuner totalt og antall respondenter i hver gruppe. Vi hadde opplysninger fra de fire største byene, Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. På bakgrunn av svar fra de 201 kommunene beregnet vi det totale behovet for omsorgsboliger eller tilrettelagte boliger for perioden 2005 til 2008. Resultatet var et samlet behov på 3.100 boliger flere på landsbasis for perioden. Stortingens hadde videre lagt til grunn at de 400 psykiatriske sykehjemsplasser, som var belagt i 2004, skulle nedlegges i samme periode og at pasientene skulle flytte ut i egen bolig. Medregnet nedbygging av 400 sykehjemsplasser ble det beregnede boligbehovet totalt 3.500 boliger eller 0,7 per 1000 innbygger.

Selv om datagrunnlaget for beregning av boligbehovet var svært solid, hadde det likevel en svakhet. Det var usikkert om og i hvor stor utstrekning kommunene hadde regnet inn boliger som de allerede hadde *fått tilsagn* om støtte til fra Husbanken. Husbankens støtteordning til boliger for målgruppen mennesker med psykiske lidelser fungerer slik at kommunene får et tilsagn om støtte og at støtten utbetales når boligen taes i bruk. Ved utgangen av 2005 var vel halvparten av boligene ferdigstilt og tatt i bruk.

Tabell 1 Antall godkjente boliger per år 1999-2004 og antall ferdigstilte boliger ved utgangen av 2005

År	Godkjente boliger	Ferdigstilte boliger
1999	120	120
2000	166	166
2001	407	407
2002	922	755
2003	890	378
2004	913	54
I alt	3 418	1 880

Kilde. Husbanken

Tabell 1 viser differansen mellom tilsagn om tilskudd per år (godkjente boliger) og hvor mange av boligene i den årlige tildelingskvoten som er ferdigstilt. Ved utgangen av 2005 var 1.880 av alle godkjente boliger tatt i bruk (ferdigstilte boliger). Differansen mellom godkjente og ferdigstilte boliger er 55 prosent, som betyr at litt over halvparten av boligene som har fått tilsagn var ferdigstilt ved utgangen av 2005. Det vil også si at kommunene satt med en boligreserve på 1.538 boliger. I begynnelse av 2005, da vi gjennomførte kartleggingen av boligbehovet, var denne reserven noe større.

Tallet 3.500, som kom fram i kartleggingen, må anses å være et rimelig godt mål hva kommunene mener er differansen mellom boligene de hadde – inkludert ferdigstilte boliger i "husbankkvoten" – i januar/februar 2005 og behovet for boliger til utgangen av 2008. Men dersom tallet 3.500 skulle brukes til å dimensjonere det framtidige behovet for *støtte til boliganskaffelser* til mennesker med psykiske lidelser, og tallet inkluderer boliger som allerede er gitt tilsagn til, er det misvisende. Det gir selvsagt ikke mening å sette av midler til de samme boligene to ganger.

En sentral problemstilling for denne oppfølgende intervjuundersøkelsen er å se på om denne boligreserven på 1.538 boliger var inkludert i det innrapporterte behovet på 3.500 boliger. Videre er det et mål å få fram hva boligbehovet er uten boliger som allerede er gitt tilsagn til.

Ett annet mål med undersøkelsene er å få en vurdering av omfanget av det framtidige tjenestebehovet knyttet til boligene for målgruppen personer med psykiske lidelser. En undersøkelse om behovet for tjenester i boligene viser at kommunene manglet oversikt over *omfanget* av økt tjenestebehov og at dette var vanskelig å anslå ut fra informasjon fra kommunen (Skog Hansen og Ytrehus 2005).

En tredje sentral problemstilling er *hvordan* kommunene beregner bolig- og tjenestebehovet og hvem de regner som målgruppe(r). De aller fleste kommunene har planer for psykisk helsearbeid, der beregning av bolig- og tjenestebehov er lagt inn. Boliger til mennesker med psykiske lidelser er også lagt inn i andre planer i en del kommuner. Det varierer hvor klart boligbehovet er definert. Tidspunktet for når bolig- og tjenestebehov er beregnet eller sist oppdatert varierer også mellom kommunene.

Metode: Intervjuer i et utvalg kommuner

Metoden vi valgte er lengre, åpne intervjuer med et lite utvalg kommuner. Intervjuene omfattet altså ikke bare boligbehov, men også spørsmål om målgrupper, tjenestebehov og kommunenes planlegging innen psykisk helsearbeid. 21 kommuner som hadde svart på kartleggingen av boligbehov ble valgt. Kommunene ble valgt ut fra kriteriene antall innbyggere, region og det relative antall boliger de hadde oppgitt at de hadde behov for til utgangen av 2008. Det var store variasjoner mellom det rapporterte boligbehovet målt etter folketall i de 21 kommunene. I tillegg til de fire største byene valgte vi åtte kommuner med 20.000 innbyggere og over, og ni kommuner med mindre enn 20.000 innbyggere. Utvalget er fordelt på 12 fylker inkludert Oslo. Oversikt over kommunene – hvilke kommuner som er med i undersøkelsen – presenteres i analysekapitlene.

En av kommunene gikk ut av utvalget. Totalt omfatter nettoutvalget 20 kommuner og tre bydeler i Oslo. De fleste intervjuene er gjennomført på telefon. Intervjuene i fire kommuner – Bergen, Trondheim, Bærum og Ålesund – og bydelene i Oslo er gjennomført i møter med informantene. I disse intervjuene, med unntak av to av bydelene, deltok fra to til fem informanter i disse intervjuene. I Bergen deltok representanter for det psykiske helsearbeidet i to bydeler sammen med den som har

ansvar sentralt i kommunen. I Trondheim deltok representanter for ulike tjenester. Ved et par av telefonintervjuene var det også to informanter til stede. Intervjuene ble gjennomført i november og desember 2005.

Spørsmålene var så pass omfattende at svarene sannsynligvis måtte innhentes fra flere personer i kommunen. Informantene fikk tilsendt en intervju-skisse i god tid før intervjuet, slik at de hadde mulighet til å forberede svarene. Skissen er lagt ved. Den omfatter i korthet følgende problemstillinger:

- Hva er behovet for boliger til utgangen av 2008 og hvordan er det beregnet?
- Hva med tallet som ble oppgitt i kartleggingen fra Byggforsk i begynnelsen av 2005; omfattet det boliger som hadde fått tilsagn om tilskudd fra Husbanken – er tallet endret/justert?
- Målgrupper for psykisk helsearbeid og kriterier for å få tilpasset bolig; personer med og uten psykiatriske diagnoser, hvilke diagnoser – er for eksempel personer med dobbeldiagnose rus/psykiatri i målgruppen?
- Organisering av boligene; bokollektiv, bofellesskap, samlokaliserte eller spredte boliger?
- Ansvar for og organisering av boligtildeling; hvor er det plassert i kommunen?
- Klausulering av boligene; spesielle forutsetninger eller krav til å få leiekontrakt?
- Behovet for tjenester framover; er tjenestebehovet beregnet og hvis det er beregnet, hva er omfanget?
- Planer innen psykisk helse; hva finnes og siste oppdatering og omfatter det beregnede bolig- og tjenestebehov?

Intervjuene omfatter enkelte spørsmål som krever og forventer eksakte svar og tallfestede opplysninger. Intervjuer med åpne svarmuligheter, som vi brukte her, har både fordeler og ulemper i denne sammenheng. Klart avgrensede svarkategorier ville gjort analysen av informasjonen enklere i ettertid. Men denne intervjuformen er godt egnet til å fange opp ulike måter å definere både bolig- og tjenestebehov på mellom kommunene og kan gi mer utfyllende informasjon om hva som ligger i tallene. Problemene knyttet til å skulle presse opplysningene inn i enkle og tydelige kategorier i etterkant avspeiler et reelt problem som omfatter ulikheter mellom kommunene og til dels også ulik forståelse av begrepene.

Oppsummering

Ikke alle spørsmålene som er skissert over har resultert i entydige svar. Ikke alle spørsmålene er like tydelig besvart. En av årsakene er at kommunene bruker ulike begreper og kategorier og at de har organisert arbeidet med psykisk helse på ulike måter. I tillegg til å dokumenter boligbehovet og gi noen tydelige indikasjoner på omfanget av økt tjenestebehov, kan foreliggende intervjuundersøkelse også bidra til

å tydeliggjøre kategoriene som kan være godt egnet til å kartlegge både målgruppene og boliger og tjenester til målgruppene. En del av informasjonen er også brukt som bakgrunns- og tilleggsinformasjon. Det gjelder for eksempel planene for psykisk helsearbeid i kommunene.

Det videre fokus i denne rapporten er beregning av *boligbehov* og *tjenestebehov* for personer og husstander med psykiske lidelser. Kapitlet 2 ser på hvordan kommunene definerer og avgrenser målgruppen(e) for bolig- og tjenestebehovet. Det er åpenbart et behov for å avklare begrepene som er knyttet både til målgrupper, bolig og tjenester. Begrepsdrøftingen er lagt til kapitlene som tar opp disse temaene. Kapittel 3 ser på beregning av boligbehovet til utgangen av 2008 og kapittel 4 tar opp tjenestebehovet knyttet til økt boligbehov.

Kapittel 2 Målgrupper

Behovene for boliger og tjenester for personer og husstander med psykiske lidelser i framtiden – i denne undersøkelsen avgrenset til utgangen av 2008 – er avhengig av flere forutsetninger. Vurdering av behovene er avhengig av kommunens innsats tidligere; hvor mange som ”gjenstår” å skaffe bolig til, hvor store bolig- og tjenesteresurser kommunen disponere og hvordan ressursene brukes. Framtidig behov påvirkes videre av hvem en definerer som *målgruppe* og hvem, innenfor målgruppen, som prioriteres. Omfanget av målgruppen bestemmes også av hvor raskt psykisk syke skrives ut av institusjon og overføres til kommunene og, mer generelt, forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen. Dette kapitlet tar derfor sikte på å klargjøre hvordan kommunene definerer målgruppene for psykisk helsearbeid og for tildeling av bolig med tjenester.

Målgruppene kan defineres generelt og på nasjonalt nivå. I 1995 beregnet Rådet for psykisk helse at omlag 50.000 personer til en hver tid har alvorlige kroniske psykiske lidelser. 150.000 personer ble anslått å ha alvorlige psykiske lidelser med tidvis store behandlingsbehov og 250.000 anslås å ha moderate psykiske lidelser med tidvis store behandlingsbehov. Rådet mener at rundt 20.000 personer vil ha behov for kontinuerlig bistand og behandling. Rådet for psykisk helse konkluderte med at 1 prosent av den voksne befolkningen i en kommune har en alvorlig psykisk lidelse som medfører behov for bistand. Beregningsmåten er basert på flere forskjellige kilder og redegjort for av Rådet for psykisk helse (1998:19-21). Beregningene fra Rådet for psykisk helse er senere brukt som underlag for andre utredninger, blant annet for å beregne boligbehov i kommunene og dimensjonere antall boliger med behov for tilskuddsmidler fra Husbanken.

Tiltaksplan mot fattigdom (St.meld. nr. 6 [2003-2004]) støtter seg til forskning som har påvist en moderat, men klar sammenheng mellom psykiske lidelser som angst og depresjon og lavinntektsproblemer. Psykisk sykdom er en av de to sykdomstypene som dominerer trygdeytelser med medisinske inngangsvilkår – uførepensjon, rehabiliterings- og attføringspenger og sykepenger. Psykisk sykdom – eventuelt i kombinasjon med rus – kan være medvirkende eller direkte årsak til sosial eksklusjon på ulike arenaer.

Personer med alvorlige psykiske lidelser vil ha behov for behandling. Behandlingsbehovet knyttet til lidelsen er uavhengig av behovet for kommunale tjenester. Men i realiteten vil det være en nær sammenheng mellom den behandlingen pasienten får for sin lidelse og tjenestene brukerne mottar lokalt fra kommunen. Som vi skal se i kapitlet om tjenestebehovet er ansvarsforholdet mellom kommunene og andrelinjetjenesten viktig for de kommunale tjenestene overfor gruppen.

Nye grupper

Opptrappingsplanen for psykiske helse (St. meld. nr. 25 [1996-97]) nevner tre grupper med særskilte behov: Innvandrere, flyktninger og asylsøkere, som utgjør en gruppe, rusmiddelmisbrukere og funksjonshemmede som samtidig har en psykisk lidelse. I det generelle tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har mange av kommunene en videre definisjon av målgruppen enn når de avgrenser og definerer hvem som får tilpasset bolig og tjenester. Målgruppene for psykisk helsearbeid generelt kan oppsummeres i følgende punkter. Følgende er enten sitater fra kommunene eller komprimerte/generaliserte uttalelser:

- Alle med behov for hjelp, også dobbeldiagnose rus/psykiatri. Men vedkommende må ha henvisning fra lege.
- Psykisk syke over 18 år, alle typer lidelser, inkludert dobbeldiagnose rus/psykiatri.
- Mennesker med psykiatriske diagnoser generelt og vi satser en del på barn og unge, blant annet ADHD.
- Vanskeligstilte med psykiatrisk diagnose er særlig prioritert. Dobbeldiagnose rus/psykiatri er ingen prioritert målgruppe for psykisk helsearbeid, men en stor utfordring for kommunen.
- Alle med en psykisk lidelse. Fra 2005 har vi også fokusert på rus/psykiatri.

Punktene over viser at kommunene har forskjellige prioriteringer. En av kommunene slår fast at personer med dobbeltdiagnose rus/psykiatri *ikke* er i målgruppen. Bare to av kommunene (ikke sitert over) sier at personer med Alzheimer og demens er i målgruppen, mens alle kommunene inkluderer alderspsykiatri, det vil si eldre personer med en psykisk lidelse i målgruppen for psykisk helsearbeid. En av informantene framholder at det kan være vanskelig å skille mellom demens og psykisk lidelse hos eldre.

Ved siden av psykoser, de alvorlige psykiske lidelsene, angst og depresjoner i varierende alvorlighetsgrad, er listen over grupper som defineres inn under psykisk lidelse forlenget de siste årene. Spiseforstyrrelser er i dag definert som psykisk lidelser. Listen over diagnoser omfatter for eksempel ADHD³, Tourettes syndrom, Asbergers syndrom, autisme og Alzheimer. Flere av disse diagnosene er forholdsvis nye og noen er etablerte begreper, men nye som psykiatriske diagnoser. Også begreper som dobbeldiagnose rus/psykiatri, psykiatri/psykisk utviklingshemning og trippeldiagnose, som omfatter psykiatri/rus/psykisk utviklingshemning (også kalt dualdiagnose) er heller nye begreper. Hvem som har ansvaret for en del "nye" grupper er også et tema for kommunene, slik denne informantene fra en av kommunene påpeker:

"Vi fokuserer ikke på en bestemt gruppe, men er en tjeneste med bredde. Vi ser også en del problematikk som dukker opp i vårt felt, som Asbergers syndrom og ADHD. Det finnes en del uklarheter om hvordan det blir

³ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

fremover – hvilken enhet som skal ta seg av disse gråsonene. Nå er det PU⁴ som har ansvar for personer med Asbergers.”

Innrettingen på det helhetlige psykiske helsearbeidet i kommunene varierer. Men det generelle og gjennomgående svaret på spørsmål om målgruppe er ”alle med en psykisk lidelse” eller ”alle med en psykiatrisk diagnose”. Kommuner som ikke stiller krav om at lidelsen skal være diagnostisert, har visse kriterier for å avgrense innrettingen på arbeidet til de med størst behov. Én kommune oppgir at den gir hjelp til alle som oppsøker avdeling eller enhet for psykisk helsearbeid med et behov. Vanligvis må personene henvises eller gå gjennom en vurdering før de kan bli brukere av disse tjenestene.

Bare en av kommunene inkluderer Alzheimer i målgruppen. En annen kommune oppgir at enheten for psykisk helse gir veiledning i forbindelse med Alzheimer og demens. Men ”alderspsykiatri” er en problemstilling for de aller fleste kommunene. Dette dreier seg i stor grad om psykiatriske langtidspasienter eller personer med langvarig psykisk lidelse, som nå er eldre eller gamle.

Dobbeldiagnose rus/psykiatri

En gruppe, som har fått økt fokus i psykisk helsearbeid de siste årene, er personer med dobbeldiagnose rus/psykiatri, inkludert legemiddelassistert rehabilitering. De svenske forskerne Gerdner og Sundin (1998) beskriver i innledningen til antologien *Dubbeltrubbel* at strukturerte diagnoser sjelden anvendes på problemene og lidelsene til denne gruppen: Pasientene har ikke fått noen diagnoser i det hele tatt og følgelig har de heller ikke fått noen ”doble diagnoser”.⁵ En mer presis beskrivelse ville vært å si personer med en psykisk lidelse og rusavhengighet. Dobbeldiagnose begynner imidlertid å bli innarbeidet og vil også bli benyttet i denne rapporten.

Statens helsetilsyn (2000) gjorde i 1999 en undersøkelse av mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et omfattende rusmisbruk. Undersøkelsen konkluderte med at det da fantes rundt 4.000 personer i denne gruppen. Helsetilsynet definerer dobbeldiagnose slik:

”Uttrykket ”dobbeldiagnose” blir begrenset til de mer alvorlige tilstandene hvor det også er et moment at pasienten har lett for å falle mellom de ulike behandlingsmessige stolene i rusfeltet, psykiatrien og kommunene” (s.11)

Gruppen med dobbeldiagnose inndeles i tre grupper; sårbare pasienter (2.260) utagerende pasienter (1.300) og pasienter med kognitiv svikt (330), til sammen 3.890 pasienter. Kognitiv svikt omfatter blant annet såkalte ”trippeldiagnose” eller ”dual-diagnoser”; en utviklingshemning i tillegg til et rusproblem og psykisk lidelse. Totaltallet avrundes til 4.000 med begrunnelse at kartleggingen gir omtrentlige tall.

⁴ PU; her i betydningen enheten med ansvar for personer med psykisk utviklingshemning.

⁵ Sitert i SOU 2004:3 Tvång och förändring

Gruppen kjennetegnes videre av en lavere gjennomsnittalder (35 år) og en høyere kvinneandel (35 prosent) enn blant psykiatriske pasienter generelt.

Ved kombinasjonene rus/psykiatri, psykiatri/psykisk utviklingshemning og kombinasjon av alle tre er det ofte vanskelig å bestemme hva som er det primære. Ifølge Helsetilsynet defineres dobbeldiagnose blant annet ved at pasientene faller mellom flere stoler. Helsetilsynet poengterer at rusomsorgen ikke oppdager psykiske lidelser hos rusmisbrukere og at psykiatrien ikke avdekker rusmisbruk hos psykiatriske pasienter.

Tjenesteytere i førstelinjetjenesten i kommunene oppfatter at de to sektorene tenderer til å fraskrive seg ansvaret for pasienter med dobbeltdiagnose under henvisning til at de ikke har et tilbud eller at pasientene ikke passer inn i tilbudet de har (bla evaluering av Prosjekt bostedsløse, publisert [Dyb 2005a; 2003] og upublisert materiale).

Oslo kommunes *Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004-2008* slår fast følgende:

”Denne gruppen har en randsoneproblematikk som overskrider de ansvarsgrensene som er satt for psykiatriens og Rusmiddeletatens institusjoner. Dette er mennesker som har både akutte og langvarige behov for opphold, omsorg og bolig, og bydelene har derfor et særlig ansvar for å utvikle tiltak for denne gruppen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, Aetat og trygdekontor. Etter innføring av Rusreform 1 og 2 har disse klientene kommet mer i drift mellom ulike instanser enn tidligere fordi den kontaktkjeden de tidligere hadde nå er splittet opp i to hovedansvarsområder som kan gjøre forskjellige prioriteringer.” (s. 21)

Informantene i bydelene i Oslo understreker at dobbeldiagnose rus/psykiatri er en prioritert gruppe for det psykiske helsearbeid i hele kommunen. En informant med ansvar for psykisk helsearbeid i en av bydelene framholder følgende:

”Det er mye fokus på rus – på foreldre som ruser seg – omsorgssvikt overfor barn, som kan bli psykiatri. Dette er omfattende og tungt å jobbe med. Vi har også mye fokus på barn med psykisk syke foreldre.”

I alle tre bydelene i Oslo i vårt materiale er dobbeldiagnose rus/psykiatri en betydelig gruppe. Generelt stiller enhetene for psykisk helsearbeid i alle kommunene, som inkluderer denne gruppen, krav om at brukeren må en diagnose eller klart definert psykisk lidelse for å få hjelp. Men en av kommunene slår fast at ”vi jobber ikke så mye ut fra diagnoser”.

Enkelte av kommunene nevner dual- eller trippeldiagnoser som en gruppe som er blitt mer synlig de siste årene. Men et mindretall av kommunene har tilpassede tilbud til gruppen. På den andre siden er bevisstheten om sammensatte problemer

økende, selv om hjelpeapparatet ikke har definert personene inn i spesifikke diagnoser:

”Det er en gruppe – de med rus – som har det urolig. Det handler om mennesker som blir kastet ut av privatbolig, brudd i relasjoner, folk som flytter. Det handler om foreldre som er lei av, eller som ikke greier oppgaven med unge med ADHD, rusproblematikk, atferdsproblemer, psykiske plager. Det er mange ulike grunner til hvorfor dette ikke er så lett å sette fingeren på.”

En annen av informantene poengterer at overføring av rusomsorgen til helseregionene har tydeliggjort at psykiatrien har et ansvar for rusavhengige med psykiske lidelser:

”Nå er det mer klarhet på å ta fram rusen som en del av psykiatrien. Vi har sett utfordringen hele tiden, men det har vært en diskusjon om hvor brukeren hører hjemme, hvem har ansvaret for brukeren. Nå når rusomsorgen er lagt inn i helseregionene, er ansvaret blitt klarere.”

Dette er også en svært krevende gruppe og med gråsoner i ansvarsforholdet for personer med dobbeldiagnoser og kan den være vanskelig å plassere:

”Kombinasjonen rus/psykiatri går mer for ut og kaldt vann. Ingen vil ha dem, heller ikke den somatiske helsetjenesten. Det er en tung gruppe, som kan være aggressiv og truende mot personalet. De blir kasteballer i andrelinjetjenesten.”

15 av kommunene nevner dobbeldiagnose/rus psykiatri som en av målgruppene og bare en av kommunene sier eksplisitt at denne gruppen *ikke* er i målgruppen for kommunens psykiske helsetjeneste.

Bostedsløse

Undersøkelser viser et betydelig innslag av psykiske lidelser blant bostedsløse personer. En kartlegging av bostedsløse i 2003 viser at 30 prosent har eller antas å ha en psykisk lidelse (Hansen m.fl. 2004). En undersøkelse av antall bostedsløse midt på nittitallet fant at en fjerdedel hadde en psykisk lidelse (Ulfrstad 1997). Det er vanskelig å si om økningen fra 1996 til 2003 er reell eller om den avspeiler et økt fokus på for eksempel dobbeldiagnose rus/psykisk lidelse. En fjerdedel var registrert med både et rusproblem og en psykisk sykdom i 2003.

Økt oppmerksomhet om et fenomen kan bety at det blir sett og registrert i økende grad. Registreringen av bostedsløse er gjort gjennom hjelpeapparatet. Flertallet av instansene som har foretatt registreringen vil være legmenn i vurderingen av psykiske lidelser og sannsynligvis vil de fleste være forsiktige med å rapportere om at vedkommende har en psykisk lidelse, dersom de ikke er sikre. Spørsmålet er også

generelt formulert og ber informanten krysse av på av den bostedsløse ”etter din vurdering” har ”synlig psykisk sykdom”⁶.

Antallet registrerte bostedsløse med en psykisk lidelse i 2003 omfatter 1.560 personer. En knapp tredel av disse befant seg i institusjon og falt inn under kategorien bostedsløs i henhold til gjeldende definisjon: Person som befinner seg i institusjon, som mangler bolig og skal skrives ut om to måneder eller mindre. Over halvparten bodde i hospits eller andre døgnovernattingstilbud eller bodde midlertidig hos slekt eller venner, som også er i henhold til definisjonen av bostedsløs. Det innebærer at minst 800 psykisk syke personer var bostedsløse i 2003. 800 er etter alt å dømme et minimumstall, både fordi det er rimelig grunn til å hevde at tallet på bostedsløse som helhet er minimumstall og fordi psykiske sykdom og lidelse antas å være underrapportert i det tallmaterialet som foreligger.

En studie av bostedsløse med psykisk sykdom i Oslo konkluderer med at denne gruppen i liten grad er i stand til å skaffe seg egnede boliger selv. De har dårlig økonomi, de fleste lever på sosialhjelp eller trygdeytelser på et minimumsnivå, og selve sykdomsuttrykket gjør det vanskelig å skaffe seg en bolig og bo stabilt over tid (Brodtkorb 2001). Over 40 prosent hadde heller ikke, på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, kontakt med det psykiatriske hjelpeapparatet. Enkelte i gruppen av bostedsløse med psykisk sykdom, og mange med rusmiddelmisbruk, er sannsynligvis fanget opp gjennom det økte fokuset på dobbeldiagnoser. Men det er kanskje flere i denne gruppen som har fått hjelp gjennom Prosjekt bostedsløse⁷ (f. eks. Dyb 2005a). En av informantene framholder at det psykiatriske hjelpeapparatet ikke har kommet i posisjon for å hjelpe denne gruppe tidligere, det vil si før Prosjekt bostedsløse ble etablert. Brodtkorbs konklusjoner er at verken det psykiatriske hjelpeapparatet og eller tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i kommunene er innrettet på å hjelpe denne gruppen.

Kommunene skiller mellom bo- og tjenestetilbud for bostedsløse og personer med psykiske lidelser. Det er et betydelig overlapp mellom de to gruppene, men tilbudene er atskilt. En forklaring kan være at begrepene ”bostedsløs” og ”psykiatrisk pasient” er identiteter like mye som det er posisjoner på boligmarkedet eller diagnoser (Dyb 2005b). Identitetene formes av institusjonene, både juridiske og fysiske, som har tatt hånd om disse gruppene opp gjennom historien (Järvingen & Mik-Meyer 2003). Psykisk syke og bostedsløse har tradisjonelt tilhørt ulike deler av behandlingsapparatet – psykiatri/medisin og rusomsorgen – som står i ulike tradisjoner og ulike måter å behandle sine klienter på. Det er heller ikke de ”tradisjonelle” bostedsløse med psykiske lidelser som er målgruppen for tilrettelagte boliger innen psykiske helsearbeid i kommunene.

⁶ Spørreskjemaet er gjengitt i Hansen m. fl. (2004), vedlegg.

⁷ Et fireårig prosjekt for å forebygge og motvirke bostedsløshet. Prosjektet, som varte fra 2001 til 2004, ble drevet av staten og gjennomført i de syv største kommunen i landet.

Andre grupper

Som vi ser over av utsagnene fra kommunene, regnes flere grupper og diagnoser som en del av målgruppen for arbeidet innen psykisk helse. Asbergers syndrom, autisme og ADHD er lidelser som har vært ansett som psykisk utviklingshemning. Anerkjennelse av at dette er psykiske lidelser, som også kan være kombinert med psykisk utviklingshemning, stiller kommunene overfor nye utfordringer. Blant annet utvider det målgruppen kommunene skal sørge for bolig og tjenester til. Av disse diagnosene er ADHD den som nevnes oftest. En av bydelene i Oslo sier imidlertid at dette er en økende og krevende gruppe:

”Et problem som er blitt mer synlig er spiseforstyrrelser. Det ligger mellom somatikk og psykiatri. Disse krever mye. Det er fortrinnsvis unge jenter mellom 20-35 år.”

Personer med spiseforstyrrelser oppfattes generelt ikke som en målgruppe som tilfredsstiller kriteriene for å få bolig og tjenester gjennom enhet for psykisk helse. Ansvar for personer med Alzheimer er heller ikke definert innenfor målgruppen.

Målgruppe for tilrettelagte boliger

Kommunene skiller mellom målgrupper for det psykiske helsearbeidet generelt og kriteriene for å få en tilpasset bolig med tjenester fra enhet for psykisk helse. Kommunene er ulikt organisert og benytter ulike betegnelser om enheten som har ansvar for psykisk helse. I denne rapporten bruker vi ”enhet” som fellesbetegnelse. Kriteriene for å få en bolig med tjenester er tydelig strammet inn i forhold til hele målgruppen. Tabell 2 forsøker å gi en systematisk oversikt over hvilke kriterier kommunene anvender for tildeling av det vi kan kalle tilrettelagt bolig og tjenester.

Tabell 2. Kriterier for tildeling av tilrettelagt bolig og tjenester for personer og husstander med psykiske lidelser etter kommune.

Kommune	Psykisk lidelse	Kronisk / tung diag.	Rus/ psykiatri	Psyk./psyk utviklingsh.	Trippel-diagnose
Oslo	X		X	X	X
Bergen (H)		X	X	X	X
Trondheim (S-T)		X	X	X	
Stavanger (R)		X	X	X	X
Bærum (A)		X	X		
Kristiansand (V-A)		X	X	X	
Ålesund (M&R)		X			
Tønsberg (V)	X				
Lørenskog (A)	X		X		
Ski (A)	X		X		
Harstad (T)		X	X	X	
Nittedal (A)	X				
Kristiansund (M&R)		X			
Time (R)	X		X		
Gran (O)	X				
Orkdal (S-T)	X				
Målselv (T)	X				
Svelvik (V)	X			X	
Grong (N-T)	X		X		
Storfjord (T)	X				
Samlet antall	12	8	11	7	3

Skillet mellom kolonne to – psykiske lidelser generelt – og kolonne tre – kroniske psykiske lidelser/klar psykiatrisk diagnose – er vanskelig. Kolonnene gjengir kommunenes egne definisjoner av hvem som er målgruppene for tilpassede boliger. Fire av kommunene, Bergen, Stavanger, Kristiansand og Ålesund, poengterer at det må ligge en alvorlig psykisk lidelse til grunn for tildeling av tilrettelagt bolig med oppfølging. Det utelukker ikke at de andre kommunene kan stille like ”strengt” krav, men de har ikke vært like tydelige i definisjonen i intervjuet med oss.

Flertallet av kommunene understreker at det skal ligge en klar psykiatrisk diagnose til grunn for å få en bolig øremerket husstander med psykiske lidelser. 11 av kommunene oppgir at dobbeltdiagnose rus/psykiatri er målgruppen for tildeling av bolig og tjenester. Syv av kommunene tildeler bolig med tjenester på grunnlag av dobbeltdiagnose psykiatri/psykisk utviklingshemning og tre kommuner oppgir trippeldiagnose rus/psykiatri/psykisk utviklingshemning som målgruppe. Men heller ikke de to siste kategoriene er absolutter. Enkelte informanter påpeker at grensen for hva som defineres som psykisk utviklingshemning er ikke gitt, slik det er formulert her av en person med ansvar for psykisk helsearbeid i en stor kommune:

”Vi bruker mye tid på personer med dobbel- og trippeldiagnose. Det dreier seg ikke bare om rus, men også om mennesker med psykisk utviklingshemning – særlig de som psykiatrien og habiliteringstjenesten er uenig om hvorvidt de er psykisk utviklingshemmet. Psykiatrien setter diagnosen PU og da blir bruker andres ansvar. Den psykiatriske rehabiliteringstjenesten er strenge på at brukerne skal ha en psykiatrisk diagnose.”

Oslo og Stavanger har etablert et bo- og tjenestetilbud med plass til personer med trippeldiagnose og flere kommuner planlegger et tilbud. Tilbudet til denne gruppen er likevel begrenset. Forklaringen kan også være at den ikke er tydelig definert. Dobbeldiagnose rus/psykiatri ble omtalt i St. m. 25 (1996-07) som en av gruppene med særskilte behov og gruppen er blitt sterkere fokusert i løpet av de siste årene.

En viktig målgruppe for tildeling av boliger og tjenester til personer med psykiske lidelser er personer som befinner seg i psykiatrisk institusjon. Noen av disse regnes også som svært krevende brukere (drøftes nærmere i de neste kapitlene). Enkelte kommuner nevner også unge mennesker som ikke takler overgangen fra barnevern til selvstendig tilværelse, der overgangen utløser eller tydeliggjør en psykisk lidelse. Målgruppen omfatter også personer som bor i uegnede boliger og som bør få et botilbud der det er mulig å gi mer hjelp og oppfølging. En del kommuner framholder også at det alltid vil komme ”ny-syke” eller ”ny-diagnostiserte”, personer som i framtiden vil få en psykisk sykdom og ha behov for hjelp.

Særtrekk ved kommunene

Enkelte av kommunene i utvalget poengterer at de har noen tydelig særtrekk, som kan påvirke forekomsten av psykiske lidelser og dermed også omfanget og karakteren av målgruppen. En av bydelene i Oslo har en svært høy andel innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn:

”De er en mer utsatt gruppe på grunn av språk og kultur. Lidelser som ofte er psykiske blir definert som somatiske lidelser.”

To av kommunene i utvalget har flyktningmottak. Informantene i disse kommunene gir uttrykk for at flyktninger kan ha problemer som stiller særskilte krav til det psykiske helsearbeidet i kommunen:

”Flyktninger med traumer er en ny utfordring for kommunen. Denne gruppen er ofte familier, også med traumatiserte barn, mens den store gruppen med alvorlige psykiske lidelser er enslige.”

Andre kommuner beskriver en helt annen type ”problemprofil”. En av informantene gir følgende beskrivelse av kommunen:

”Vi er en kommune med relativt stort innslag av psykiske lidelser i befolkningen. Kommunen er relativt atypisk når det gjelder generelt innslag av

helsemessige og sosiale problemer og behov. Blant annet skårer kommunen godt over ni på levekårsindeksen fra Statistisk sentralbyrå”.⁸

Et par av kommunene framholder at de er skolekommuner for området rundt og tiltrekker seg mye ungdom: ”Ikke alle takler tilværelsen som hybelboer i ung alder og enkelte får, også alvorlige, psykiske vansker.”

Mange norske kommunene har spesielle forhold, som kan influere på forekomsten av sosial og helsemessige problemer, inkludert psykiske lidelser. Men vi kan ikke uten videre konkludere med at den typen problemer som er nevnt her; et stort innslag av personer med etnisk minoritetsbakgrunn, asylsøkere med særegne problemer, tilstrømning av ungdom og dokumentert generelt dårlige levekår, betyr at disse kommunene enn kommuner det er relevant å sammenligne med ut fra generelle trekk ved kommunene.

Oppsummering

Kommunene regner med at de vil få ansvar for krevende brukere de nærmeste årene. En årsak er at noen av dem som skrives ut fra institusjon vil ha tyngre diagnoser enn tidligere. Målgruppen omfatter også personer som bor i uegnede boliger og som bør få et botilbud der det er mulig å gi mer hjelp og oppfølging. En del kommuner framholder også at det alltid vil komme ”ny-syke” eller ”ny-diagnostiserte”, personer som i framtiden vil få en psykisk sykdom og ha behov for hjelp.

Målgruppen for tildeling av bolig og tjenester fra psykisk helse omfatter ikke den ”klassiske” bostedsløse, selv om en viktig målgruppe for arbeidet både med bostedsløse og innen psykisk helsearbeid er dobbeldiagnoser rus/psykiatri. Utviklingen av et tilbud til bostedsløse ser ut til å ha skapt et eget segment av boliger og tjenester til denne gruppen og at personer uten psykiatrisk diagnose, men som likevel omtales å ha ”dobbeldiagnose” plasserer der.

Overgangen fra barnevern til en selvstendig tilværelse eller til kommunens ”voksenomsorg” kan utløse eller avdekke psykisk lidelse. Økende oppmerksomhet på personer med dobbel- og trippeldiagnose og nye diagnoser som ADHD, Asberger og spiseforstyrrelser ”skaper” også flere brukergrupper for det psykiske helsearbeid. Flertallet i disse gruppene er unge og yngre mennesker.

Tre av kommunene har påpekt særegne problemstillinger knyttet til psykisk helse og etnisk minoritetsbakgrunn eller flyktningbakgrunn. Disse gruppene omfatter i større grad familier enn det store flertallet i målgruppen. Flertallet av dem som får et botilbud gjennom kommunens psykiske helsearbeide er enslige og vanskeligstilte. Karakteren av boligene som tilbys viser at de er innrettet på husstander bestående av en person.

⁸ Levekårsindeksen fra Statistisk sentralbyrå rangerer kommunene etter et sett kriterier fra 1 til 10, der 1 uttrykker svært gode levekår og 10 er dårligste levekår.

Denne undersøkelsen har ikke tatt sikte på å kartlegge omfanget eller antall personer med de ulike kjennetegnene, eller undergrupper, i målgruppen som tildeles bolig og tjenester gjennom det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Kapittel 3 Behovet for boliger

Den sentrale problemstillingen for dette kapitlet er kommunenes behov for boliger til personer med psykiske lidelser til utgangen av 2008. Kapitlet gir først en kort drøfting av boligbegrepet både generelt og mer spesifikt knyttet til såkalte tilpassede boliger og en oversikt over hva slags boliger kommunene har i dag (utgangen av 2005). Den viktigste delen av kapitlet er en analyse av dataene om boligbehov fra intervjuundersøkelsen sammenholdt med den mer omfattende kartleggingen fra januar/februar 2005 og presentasjon av resultatet, det vil si hvor mange flere boliger kommunene oppgir at de har behov for i perioden.

I kartleggingen fra begynnelsen av 2005, om framtidig boligbehov i kommunene, brukes begrepet omsorgsbolig. Begrunnelsen for en slik operasjonalisering er redegjort for i innledningskapitlet. ”En tilpasset bolig” er kanskje mer dekkende, men begge begrepene er likevel noe diffuse. Begrepet omsorgsbolig er knyttet til en tilskuddsordning, som er øremerket boliger for personer med psykiske lidelser eller andre grupper med spesielle behov. Uansett om en anvender begrepet ”omsorgsbolig” eller ”tilpasset bolig” rommer det flere forskjellige måter å organisere boliger på og ulike boformer.

En tilpasset bolig til personer med funksjonshemning vil være en fysisk tilrettelagt bolig. I en bolig for personer med psykiske lidelser vil tilpasning bety noe annet. Når vi snakker om ulike boliger tilpasset bestemte målgruppe, begynner vi å konstruere et *boligbegrep*.

Uavhengig av målgruppe, kan vi si at boligbegrepet er sammensatt av en *fysisk* og *juridisk* dimensjon. Den juridiske innebærer at beboeren skal ha unik disposisjonsrett til boligen enten som eier eller gjennom leiekontrakt. Det juridiske aspektet signaliserer et hovedskille mellom institusjon og bolig. Den fysiske dimensjonen er svært enkelt definert i offentlige dokumenter. Folke- og boligtellingen (Statistisk sentralbyrå) stiller i praksis bare krav til at en bolig – selvstendig boenhet – skal ha egen inngang: ”Ett eller flere sammenhengende rom innenfor et bygg som har egen inngang, og som er avsatt til boligformål.”⁹ I offentlige definisjoner og statistikk stilles det ikke krav om at boligen skal ha eget kjøkken og bad for å registreres / defineres som bolig.

Boligbegrepet kan også tillegges en *sosial* dimensjon, som er knyttet både til beboernes mulighet for tilbaketrekning og boligen som arena for sosial utfoldelse og kontakt (Edgar et al 2004). Den juridiske dimensjonen – leietakers / eiers råderett over boligen – og den fysiske dimensjonen – fysiske skiller til omverdenen – skal sikre den sosiale dimensjonen, som litt forenklet er det vi kaller ”privatlivets fred”.

⁹ Kilder: Husbanken og Statistisk sentralbyrå, Folke- og boligtellingen.

I intervjuene med kommunene har vi spurt både om hva slags boliger de *nå* tilbyr husstander med psykiske lidelser og om det framtidige behovet for boliger. En gjennomgang av dagens boligtilbud bidrar også til å konkretisere hva som menes med en tilpasset bolig og hva informantene i de ulike kommunene legger i de ulike begrepene.

Fire boligkategorier

Et framtrekkende trekk ved boliger til mennesker med psykiske lidelser og tilpassede boliger generelt er organisering av boligene. Organiseringen omfatter og vil ha betydning for om boligen fungerer i henhold til de ulike dimensjonene i boligbegrepet. Boligtilbudet kan deles i fire grupper. Hovedkriteriet for de fire kategoriene er organiseringen av boligene.

Bokollektiv: I streng forstand betyr bokollektiv en betydelig grad av fellesskap – både i fordeling av plass og husholdning – mellom beboerne i kollektivet. Som oftest har beboerne bare sitt eget rom og resten av plassen, inkludert kjøkken og bad, er felles. I den vanlige betydning en begrepet bokollektiv vil beboerne normalt ikke ha egne, separate leiekontrakter, men en felles kontrakt eller at en står som leietaker, eventuelt at beboerne eier sammen, eller noen leier av kollektiv-medlem(mer) som eier. I denne sammenhengen vil beboerne ha egne, separate leiekontrakter, hvis det ikke dreier seg om institusjonsplasser organisert eller omtalt som bokollektiv.

Bofellesskap: Beboerne har egne boenheter – leiligheter – som tilfredsstiller kravene til en separat bolig, det vil si at den har minimum et rom og vanligvis eget kjøkken og bad. Men beboere kan også dele kjøkken og bad. Et bofellesskap vil som oftest ha noen fellesarealer, som er til beboernes disposisjon og, i bofellesskap med tilknyttet tjenesteyting, til disposisjon for ansatte. Hver beboer har egne leiekontrakter eller de kan eie sin egen boenhet. Omsorgsboliger for eldre er i en del kommuner organisert som bofellesskap, men der den enkelte eier sin egen bolig enten som vanlig selveie eller innskuddsbolig.

Samlokaliserte boliger: Flere separate boenheter som ligger samlet. Boligene kan være samlet i en oppgang i en blokk, det kan være leiligheter i én bygning og det kan være rekkehus eller småhus for eksempel samlet rundt et tun. Samlokaliserte boliger kan også ha fellesarealer, for eksempel en leilighet eller rom for personale med eller uten tilgang for beboerne. Også her har beboerne egne leiekontrakter eller de eier boligene sine i en eller annen form.

Spredte boliger: Boliger er spredt i den ordinære boligmassen. Begrepet kan også tilkjennegi at boenhetene ikke har noen tilknytning til hverandre, det trenger ikke alltid å indikere en geografisk avstand. Spredte boliger brukes blant annet om vanlige kommunale utleieboliger for vanskeligstilte, også om de kan være samlet i en blokk, en bygård eller i en rekkehusbebyggelse.

Overgangen mellom de fire boformene kan av og til være glidende og begrepene brukes til dels om hverandre. Begrepene bofellesskap og bokollektiv brukes innimellom om samme boform. Her har vi tatt utgangspunkt i den "vanlige", dagligdagse forståelsen av et kollektiv. Enkelte bofellesskap er svært tette med små og enkle private boenheter og ligger svært nær det en kan kalle bokollektiv. Men vi har valgt å skille de to boformene, fordi det innebærer to ulike måter å organisere boliger på og begge deler finnes i kommunenes boligtilbud.

De fleste kommunene har tildelt vanlig kommunal utleiebolig for vanskeligstilte på grunnlag av psykiske lidelser. Men for å få en kommunal utleiebolig til vanskeligstilte er ikke kravet nødvendigvis at boligsøkeren skal ha en diagnose eller alvorlig lidelse, slik mange kommuner bruker som kriterium for å tildele en tilpasset bolig.

Dagens boligtilbud

Det er to vesentlige problemer knyttet til å foreta enkle kategoriseringen av kommunenes boligtilbud til personer med psykiske lidelser. Det ene problemet handler om å avgrense målgruppen for tildeling av boliger og hvorvidt kommunen har øremerkede boliger til personer med psykiske lidelser. Flere kommuner har en tydeligere, og noen en snevrere, avgrensing av hvem som skal få tildelt øremerkede boliger, sammenlignet med målgruppen for psykisk helsearbeid generelt. De større kommunene har skilt tildeling av boliger til mennesker med psykiske lidelser fra den generelle boligtildelingen til vanskeligstilte husstander. Men noen kommuner har ikke en slik tydelig avgrensing. Det kan bety at enkelte, særlig mindre kommuner, rapporterer alle som har fått bolig på grunn av en psykisk lidelse, mens andre kommuner avgrenser rapportering til de personene som har fått tilrettelagt bolig tildelt gjennom enhet for psykisk helsearbeid.

Det andre problemet handler om at informantene trolig legger litt ulik betydning i de ulike boligbegrepene og boligkategoriene. Det gjelder både skillet mellom bokollektiv og bofellesskap og skillet bofellesskap og samlokaliserte boliger, slik at det en kommune omtaler som bofellesskap vil en annen kommune omtale som kollektiv. Med disse forbeholdene har vi satt opp en skjematisk oversikt over hva slags boligtyper kommunene har av tilrettelagte boliger til personer med psykiske lidelser.

Tabell 3. Fire boligtyper for personer med psykiske lidelser etter kommune.

Kommune	Bokollektiv	Bofelles- skap	Samlok. boliger	Spredte boliger
Oslo	X	X	X	X
Bergen (H)		X	X	X
Trondheim (S-T)		X	X	X
Stavanger (R)		X		
Bærum (A)	X	X	X	X
Kristiansand (V-A)		X	X	X
Ålesund (M&R)	X		X	X
Tønsberg (V)		X	X	X
Lørenskog (A)			X	X
Ski (A)			X	X
Harstad (T)			X	X
Nittedal (A)				X
Kristiansund (M&R)		X	X	X
Time (R)			X	X
Gran (O)		X		X
Orkdal (S-T)			X	X
Målselv (T)				X
Svelvik (V)			X	
Grong (N-T)			X	
Storfjord (T)			X	
Antall kommuner	3	9	16	16

Tabell 3 viser hvor mange og hvilke kommuner som benytter de fire boligtypene til personer med psykiske lidelser. Tabellen er avgrenset til boliger tildelt gjennom psykisk helsearbeid. Tre kommuner, Oslo, Bærum og Ålesund, oppgir at de har bokollektiv. Oslo og Bærum har også hele spekteret av boligtyper. 10 kommuner har bofellesskap, mens 16 kommuner har samlokaliserte og 16 kommuner har spredte boliger for målgruppen. Flest kommuner benytter de mindre tette boformene, men dette er i stor grad de mindre og små kommunene.

Antall boliger i et bofellesskap eller samlokalisering varierer mellom fra tre til 43 boenheter. Av de 43 boenhetene, som er samlet i en bygård, er halvparten øremerket mennesker med psykiske lidelser. Denne bydelen har også 25 boliger samlokalisert i en bygning. Beboerne får tjenester fra ambulerende personell. Mer vanlige størrelser på bofellesskap og samlokalisert boliger er fra seks til 14 boenheter. Utsagnet fra informanten i denne kommunen gir uttrykk for det som er mest vanlig:

”De 11 bofellesskapene (i kommunen, vår kom.) varierer i størrelse, fra åtte til 14 boenheter. Vi har prøvd å tenke fleksibelt ved utformingen av boligene, slik at det skal være mulig å ta inn andre grupper dersom disse i fremtiden ikke blir fylt opp av målgruppa.”

Opplysninger fra kommunene om hvor mange beboere som bor i de ulike boligtypene er forbundet med betydelig usikkerhet. Tallene fra kommunene indikerer at det bor flest beboere i bofellesskap og samlokaliserte boliger, men usikkerheten er først og fremst knyttet til antall boenheter i spredte boliger. Tallene fra kommunene kan imidlertid gi en indikasjon på vektleggingen mellom de ulike boformene: Nesten halvparten (43 prosent) av boligene er organisert som bofellesskap. Den nest største gruppen er spredte boliger (37 prosent). Nærmere en av fem (18 prosent) er organisert som samlokaliserte boliger, mens mindre enn to prosent er boenheter i kollektiv¹⁰.

I intervjuene har vi også spurt om andre, vanlige kommunale – ikke øremerkede – utleieboliger for vanskeligstilte, omsorgsboliger for eldre og trygdeboliger brukes til personer med psykiske lidelser. 60 prosent av kommunene oppgir at personer og husstander med psykiske lidelser også bor i ordinær kommunal utleiebolig for vanskeligstilte. Boligene er til dels tildelt på grunnlag av en psykiatrisk diagnose og dels på grunnlag av sammensatte problemer i husstanden, der psykisk lidelse eller mer diffuse psykiske plager er ett av problemene. En undersøkelse av tildelingskriteriene til kommunal bolig i Oslo, Trondheim og en mindre kommune, viser at i 2001 ble en tredel av boligene tildelt på grunnlag av en psykisk lidelse eventuelt i kombinasjon med andre problemer (Dyb 2004).

Problemene med å lage enkle, sammenlignbare kategorier kan illustreres med følgende eksempler: En av kommunene oppgir at den har 60 personer som har fått tildelt bolig med psykisk lidelse som hovedbegrunnelse. 20 av disse boligene er byget/etablert med husbankstøtte og av disse 20 er 16 etablert med ”psykiatrimidler”. De 40 andre er kommunale utleieboliger til dels spredt i ordinær boligmasse og til dels samlokaliserte.

En annen kommune har mange beboere som bor i egen bolig og andre som bor i kommunal utleiebolig og får tjenester fra enhet for psykisk helse. Dette er en større kommune med relativt begrenset antall øremerkede boliger til målgruppen:

”Vi har mange i Tønsberg som har vanlig kommunale boliger, eller har fått trygdeboliger. Men de har tjenester som ligger under oss allikevel. Men disse har vi ikke tall på.”

¹⁰ Sikre opplysninger fra en del kommuner/bydeler mangler. Disse er tatt ut. Den prosentvise fordelingen er en *indikasjon* på fordelingen.

En annen kommune bruker omsorgs- og trygdeboliger:

”Nei, vi har ikke øremerkede boliger til mennesker med psykiske lidelser. Vi har brukt omsorgsboliger for eldre, og trygdeboliger her og der. Vi har jo fått bra ut av handlingsplan for eldre. Vi har bygget mange boliger her. Og det nyter også mennesker med psykiske lidelser godt av.”

En undersøkelse av psykisk helsearbeid i kommunene konkluderer med at i gjennomsnitt har 1,7 personer per 1000 innbygger fra 18 år og over et tilrettelagt botilbud. Nesten 60 prosent av brukerne bor i samlokaliserte boliger og nærmere 40 prosent bor i bolig med bemanning (Kalseth 2003).

Kommunale boliger og sykehjem

Kommunene bruker i varierende grad kommunale utleieboliger for vanskeligstilte eller omsorgsboliger for eldre og trygdeboliger til personer med psykiske lidelser. De bruker disse ulike boligsegmentene på forskjellige måter. Mange husstander i en del kommuner får tildelt kommunal bolig på grunnlag av en psykisk lidelse, men de hører ikke til under enhetene for psykisk helsearbeid. Kommunale utleieboliger brukes også som såkalte tilrettelagte boliger, for eksempel ved at et bestemt antall boliger disponeres av eller er øremerket for enheten for psykisk helsearbeid. Enkelte kommuner, og helst de mindre kommunene, har ikke noe klart skille mellom boliger for de ulike målgruppene:

”Vi har ikke øremerkede boliger for psykisk helse. De seks boligene som er tenkt for dobbeldiagnose blir øremerkede. Men de seks boligene som vi kjører prosjekt på, har vi ikke definert om det skal bli øremerkede.”

Nesten halvparten av kommunene (ni av 20) oppgir at de har brukere med psykiske lidelser i sykehjem. Mange er eldre personer som er i sykehjem primært på grunn av høy alder i kombinasjon med funksjonshemning eller pleiebehov og psykisk lidelse. Flere kommuner ønsker imidlertid å etablere sykehjemsplasser tilpasset eldre med psykisk lidelse.

Boligbehov til utgangen av 2008

Kartleggingen vi gjorde i kommunene i januar/februar 2005 konkluderte altså med at kommunene samlet hadde behov for 3.500 tilrettelagte boliger. Intervjuene med kommunene avdekker at det ligger en del boliger som allerede har fått tilsagn om støtte fra Husbanken i tallet 3.500. Dette blir særlig utslagsgivende i noen større byer, som meldte om store behov målt i absolutte tall. Målt i relasjon til innbyggertallet peker ikke disse kommunene seg spesielt ut i forhold til mindre kommuner i den første kartleggingen. Men i det er først og fremst tallene fra de større byene det lå en del boliger som allerede hadde fått tilsagn om husbankstøtte.

Tabell 3 viser boligbehov i antall og per 1000 innbygger, slik det er opplyst om i intervjuene, og boligbehov per 1000 fra kartleggingen tidligere.

Tabell 4. Boligbehov meldt i nov./des. 2005, antall og per 1000 innbygger, og boligbehov i jan./febr. 2005 per 1000 innbygger i 20 kommuner.

De fire største byene	Boligbehov nov./des. antall	Boligbehov nov./des. per 1000	Boligbehov jan./febr. per 1000
Oslo	400	0,75	0,79
Bergen (H)	50	0,21	0,41
Trondheim (S-T)	80	0,32	0,64
Stavanger (R)	68	0,60	0,96
Kommuner 20.000 innbyggere +			
Bærum (A)			0,55
Lørenskog (A)	50	1,64	0,62
Ski (A)	11	0,41	1,50
Harstad (T)	20	0,86	1,04
Kristiansand (V-A)	22	0,29	0,29
Tønsberg (V)	15	0,42	0,42
Ålesund (M&R)	14	0,35	0,65
Kommuner <20.000 innbyggere			
Nittedal (A)	0	0,00	0,00
Grong (N-T)	8	3,16	3,16
Storfjord (T)	8	4,18	4,18
Gran (O)	10	0,76	0,76
Orkdal (S-T)	20	1,91	2,20
Time (R)	19	1,34	1,27
Svelvik (V)	10	1,55	1,55
Kristiansund (M&R)	15	0,88	0,35
Målselv (T)	5	0,74	0,30
Alle 20 kommunene	825	0,56	0,69

Kolonne 2 i tabellene, "Boligbehov nov./des. antall" viser hvor mange tilpassede boliger til mennesker med psykiske lidelser kommunene mener de har behov for innen utgangen av 2008. Til sammen blir dette 825 boliger. Kolonne 3 "Boligbehov nov./des. per 1000" viser hvor mye dette utgjør per 1000 innbygger. Samlet beregning for alle de 20 kommunene er 0,56 boliger per 1000 innbygger. Kolonnen lengst til høyre viser antall boliger per 1000 innbyggere de samme kommunene oppga de hadde behov for i kartleggingen Byggforsk gjennomførte i januar/februar 2005. Samlet utgjør det 0,69 (0,7) boliger per 1000 innbygger. I dette tallet lå det altså noen boliger kommunene allerede hadde fått tilsagn om støtte fra Husbanken til. Flertallet av kommunene i intervjuundersøkelsen har fått tilsagn om støtte til boliger som ennå ikke er tatt i bruk. I tallene fra november/desember er antall boliger som har fått tilsagn om støtte holdt utenfor.

I gruppen storbykommuner, har Bergen og Trondheim nedjustert behovet for nye boliger til personer med psykiske lidelser. Eller mer presist; begge opprettholder behovsberegningen på 100 boliger til utgangen av 2008. Bergen har fått tilsagn om støtte til halvparten av disse boligene allerede og står igjen med 50 boliger utenom den tildelte husbankkvoten. Trondheim har fått tilsagn om støtte til 20 av boligene og trenger ytterligere 80 boliger. En ny kartlegging (slutten av 2005) fra Stavanger konkluderer med at kommunen vil ha behov for boliger til 68 personer med psykiske lidelser de neste årene.

Av de seks kommunene i gruppen mellomstore kommuner med 20.000 innbyggere og over (minus de fire største), melder tre om et lavere antall enn tidligere oppgitt, to kommuner opprettholder tallet og en siste vurderer behovet som høyere. Den siste kommunen, Bærum, har fått tilsagn om 57 boliger som ikke er ferdigstilt. Men kommunen regner med at behovet er større enn det som dekkes av disse 57 og den boligmassen kommunen allerede har, som kan benyttes til denne målgruppen.

Intervjuene viser at de minste kommunene, med færre enn 20.000 innbyggere, i større grad enn andre kommuner bekrefter tallet fra kartleggingen i januar/februar 2005. Fem kommuner i gruppen med mindre kommuner opprettholder de tidligere tallene, to kommuner mener behovet er større og tre reduserer det tidligere meldte boligbehovet.

I Oslo er tallet hentet fra Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004 – 2008. Handlingsplanen bygger på siste kartlegging av behov for boliger og ulike former for tjenester og andre tiltak som er gjort i 2004. Bydelenes handlingsplaner for psykisk helsearbeid er laget på grunnlag av den sentrale handlingsplanen og i samarbeid med Helse- og velferdsetaten. Boligbehovet for Oslo er justert fra 420 til 400 fra første til andre undersøkelsestidspunkt. Oslo har fått tilsagn til 430 boliger. I Handlingsplanen for Oslo kommunen er det lagt inn et behov for 400 boliger til personer med psykiske lidelser, *i tillegg til* Oslos tildelte kvote for husbankstøtte.

Ved utgangen av 2004 hadde Oslo kommunen tatt i bruk 188 av 430 boliger med bevilgning, altså under halvparten av husbankkvoten. De tre bydelene vi har gjort undersøkelser i, var i ferd med å ta i bruk eller arbeidet fremdeles med å etablere bo-tilbud med midler fra husbankkvoten. De 400 boligene som er lagt inn i Oslo kommunes handlingsplan er ennå ikke realisert. Disse utgjør det beregnede behovet ut over det Oslo allerede har fått støtte til. Det svarer til 0,75 boliger per 1000 innbyggere.

Bærum kommune har ikke foretatt nyere beregninger som tallfester behovet. En annen kommune, Nittedal, oppgir at de ikke har behov for flere boliger. Nittedal har ingen boliger øremerket målgruppen. Men kommunen har fått tilsagn om tilskudd til 10 boliger av tildelingen som ble gjort innen utgangen av 2004. Informanten i Nittedal er usikker på hvorvidt disse ti boligene vil bli bygget. Begrunnelsen er at kommunen kanskje ikke har råd, mer enn at det er basert på en behovsvurdering.

Vi ser altså at det er betydelige justeringen i behovsberegningene for noen kommuner og lite for andre. Vi vil benytte disse nye tallene for å lage et justert anslag for boligbehovet. Forskjellene mellom kommunegrupper i størrelsene og i meldt boligbehov, tilsier at boligbehovet bør beregnes for hver av gruppene. Beregningsmåten inneholder betydelige skjevheter. I tabellen under har vi tatt ut de minste kommunene – under 3000 innbyggere – fra utvalget og fra beregningsgrunnlaget.

Tabell 5. Boligbehov i tre kommunegrupper per 1000 innbygger, antall boliger i utvalgs kommunene og beregnet boligbehov for alle kommunene i landet.

Kommunegruppe	Antall boliger i utvalget	Boligbehov per 1000	Boligbehov alle kommun.
4 storbyer*	598	0,57	598
20.000 innbyggere og mer	132	0,57	864
19.999 - 3000 innbyggere	79	0,90	1598
Totalt	809		3060

*Boligbehov for de fire største kommunene er rapportert, ikke beregnet.

Tabell 5 viser at en aggregering av meldt boligbehov til nasjonalt nivå, gir et framtidig boligbehov på 3060 boliger. Tallet for storbyene er det faktisk oppgitte. Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger har samlet oppgitt at de vil ha behov for 598 flere boliger til målgruppen personer med psykiske lidelser de neste årene, som er 0,57 boliger per 1000 innbygger.

Gruppen mellomstore kommuner i undersøkelsen har innrapportert at de vil ha behov for en økning på 132 boliger. Behovet er relativt det samme som for de store byene; 0,57 per 1000 innbygger som utgjør et behov på 864 boliger for hele denne kommunegruppen på nasjonalt nivå. Det er grunn til å tro at 864 boliger er et rimelig tall for kommuner med 20.000 innbyggere og over. Sannsynligvis er også dette tallet heller for lavt enn for høyt.

I den minste kommunegruppen – 19.999-3000 innbyggere – er det rapporterte tallet 79 boliger, 0,9 per 1000 innbygger. For hele kommunegruppen summerer det til 1.598 boliger. Vi har valgt å ta ut de minste kommunene i beregningsgrunnlaget. Begrunnelsen er at de to kommunene i utvalget med færre enn 3000 innbyggere, Grong og Storfjord, som begge er gruppen under 3000 innbyggere, meldte om et svært høyt boligbehov, henholdsvis 3,16 og 4,18 boliger per 1000 innbygger. Dette er langt over det typiske for denne kommunegruppen og de to kommunene ble valgt til å delta i intervjuundersøkelsen nettopp fordi de meldte om et uvanlig høyt boligbehov relativt til innbyggertallet. Som vist i tabell 4, bekrefter Grong og Storfjord tallene, men det kan reises tvil om tallene er representative for kommunegruppen som helhet. I alt 161 små kommuner med til sammen 238.012 innbyggere er tatt ut av beregningsgrunnlaget.

I den første kartleggingen – januar/februar 2005 – beregnet vi boligbehovet på en annen måte. Fordi vi hadde et svært bredt beregningsgrunnlag, med opplysninger fra 47 prosent av landets kommuner, foretok vi en enkel aggregering basert på et gjennomsnitt av det meldte boligbehovet. Kommunene ble delt i fire grupper etter folketall. Antall meldte boliger ble delt på antall kommuner som hadde svart og ganget opp med antall kommuner i hele gruppe. For mer detaljer rundt beregningsmåten, se fotnote¹¹.

Beregningen fra kartleggingen, som altså var basert på nesten halvparten av kommunene, resulterte i et behov for 3070 nye boliger. Men dette inkluderte altså noen boliger som kommunene allerede hadde fått tilsagn om støtte til fra Husbanken. Det kan synes som et paradoks at vi likevel, etter å ha tatt ut boliger det er gitt tilsagn til, ender omtrent på samme tall.

Sannsynligvis er beregningene – både datagrunnlaget og beregningsmåten – fra januar/februar rimelig pålitelig. Tallene fra kommunene ved slutten av 2005 er imidlertid de tallene vi ønsker å legge til grunn. Men beregningsgrunnlaget fra dette siste tidspunktet omfatter kun 20 kommuner (mindre enn fem prosent av kommunene) og resultatet må *sammenholdes* med dataene fra kartleggingen.

Tallet 3060 er etter alt å dømme noe høyt fordi vi, etter å ha tatt ut boliger som allerede har fått tilsagn om støtte, ender med nesten samme tall som i første undersøkelsen. Det rapporterte boligbehovet fra de 20 kommunene i intervjuundersøkelsen er redusert med vel 20 prosent fra januar/februar til november/desember. En beregningsmåte er å redusere tallet 3500 (oppgitt i kartleggingen, jan./febr., inkludert avvikling av sykehjemsplasser) tilsvarende. Det resulterer i et boligbehov på 2.800 boliger. Det er imidlertid viktig å ta med at de minste kommunene ikke er med og disse kommunene vil også ha behov for noen boliger.

Kommunenes vurdering av boligbehov

Et sentralt spørsmål er hvordan kommunene har beregnet det framtidige behovet. Beregningsgrunnlaget synes å være svært konkret og er i stor grad basert på summen av brukere som allerede har et, for kommunen, kjent boligbehov.

Alle kommunene har handlingsplaner for psykisk helsearbeid. De fleste planene er laget for noen år siden (oversikt over kommunenes planer, se vedlegg ”kilder”). Planene er til dels basert på kartlegginger av personer som hadde eller ville ha behov for boliger og tjenester de nærmeste årene. En del av datagrunnlaget var rimelig forutsigbart: Et sentralt element i opptrappingsplanen for psykisk helse (St.

¹¹ Kommunene ble delt i fire grupper etter innbyggertall: ”4 storbyer”, ”39.000 og over”, ”10.000-38.999” og ”under 10.000”. I kartleggingen skilte småkommunene (primært under 10.000) seg ut ved at de oppviste stor variasjon i vurdering av boligbehovet. Mange av de minste kommunene (37 prosent i gruppen <10.000) oppga at de ikke hadde behov for omsorgsboliger til personer med psykiske lidelser. Noen få av de små kommunene rapporterte et relativt høyt tall. De to minste kommunene i intervjuutvalget, Grong (2.530 innb.) og Storfjord (1.912 innb), var blant småkommuner som rapporterer om det relativt største boligbehovet (tabell 4). De to kommunene ble valgt ut til intervjuundersøkelsen nettopp fordi de hadde meldt om et stort behov i kartleggingen.

m. 25 [1996-97]) var nedbygging av de store psykiatriske institusjonene og tilbakeføre pasientene til den kommunale omsorgen.

En gruppe brukere er pasienter i andrelinjetjenesten, som skal ut i kommunene. I beregningen av hvor mange boliger de vil ha behov for, har kommunene lagt inn at de skal ta imot pasienter som nå er i spesialisthelsetjenesten og pasienter som er i psykiatriske sykehjem. Nedbygging av sykehjemsplasser er lagt inn i planene og beregningen av boligbehovet. Flere kommuner oppretter nye sykehjemsplasser, ofte i tilknytning til eksisterende sykehjem, spesielt innrettet på eldre med psykiske lidelser.

En undersøkelse fra SINTEF om pasienter i psykisk helsevern konkluderer med at 1.569 pasienter, 37 prosent av alle, i døgninstitusjon bør ha bolig. Selv om vi ikke vet hvor mange av pasientene som mangler bolig, viser det til et udekket boligbehov. Ifølge Hagen og Ruud (2005) har det skjedd en endring i oppfatningen av pasientenes behov hos behandlerne i løpet av opptrappingsperioden. I 1994, før opptrappingsperioden, mente behandlerne at 21 prosent av pasientene i institusjon burde hatt et tilbud utenfor institusjonen. I 1999, i starten av opptrappingsperioden, ble 30 prosent av pasientene vurdert å ha behov for et annet tilbud enn innleggelse. I 2003 var andelen som ble vurdert å ha behov for et tilbud utenfor institusjon 40 prosent og 37 prosent ble vurdert å ha behov for bolig.

I tillegg til de personene kommunene vet om i institusjon, og som de skal skaffe boliger til, omfatter beregningsgrunnlaget personer i kommunen som er kjent blant tjenesteyterne. Problemstillinger knyttet til behovsberegning kan gå ned på et forholdsvis lavt detaljeringsnivå. En av informantene formulerer det slik:

”Skal vi regne at en person har et boligbehov når tjenesteyterne vurderer at vedkommende bør ha et annet boligtilbud, eller skal det beregnes fra det tidspunktet brukeren søker om bolig?”

En kommune hadde ”oppdaget” en ny bruker siden kartleggingen i januar/februar og antallet boliger kommunen hadde behov for var økt med én bolig. Denne kommunen gir inntrykk av å drive en god og systematisk kartlegging av personer med psykiske lidelser. Generelt melder kommuner med oppdaterte planer om større behov enn de gjorde i begynnelsen av 2005. De har ”oppdaget” flere brukere med behov for tilrettelegging av bolig og tjenester.

Beregningsgrunnlaget for framtidig behov

Et generelt problem knyttet til kartlegging av nå-situasjonen som basis for å beregne og tallfeste et behov for framtiden, er at metoden ikke tar høyde for nye, på kartleggingstidspunktet, ukjente behov. Det er ikke gjort noen forskningsbaserte beregninger av den forventede utviklingen av alvorlig psykisk sykdom i befolkningen og konsekvenser for kommunenes tilbud. En av kommunene, Bærum, påpeker mangelen på demografiforskning på dette feltet. Det finnes epidemilogiske analyser

av psykisk sykdom i befolkningen. Oslo kommunen har i sin handlingsplan lagt inn beregninger basert en epidemiologisk analyse. Handlingsplanen slår blant annet fast at Oslo må regne med at tallet på personer med alvorlige psykiske lidelser vil være 40 til 50 prosent høyere i Oslo enn i befolkningen som helhet.

En demografisk analyse vil imidlertid ta høyde for utviklingstrekk i befolkningen i tillegg og kunne vært et redskap for å si noe mer presist om hva ulike kommuner kan forvente. Bærum kommune framholder at selv om kommunen har det høyeste inntekstnivået i landet, er det også en presskommune og med mange som faller utenfor. Andre kommuner i utvalget har også noen særtrekk som bidrar til et forventet høyere behov for boliger og tjenester enn gjennomsnittet. Orkdal, en kommune med vel 10.000 innbyggere, har hatt 290 brukere innen psykisk helsearbeid i løpet av 2005 (nov.) og 140 av disse var helt nye henvendelser. Orkdal er også en presskommune i sitt geografiske område.

Et element som påvirker behovsvurdering, er hva en realistisk kan regne med å få til. En av kommunene tror behovet for boliger fram til 2008 er rundt 20, men ”om vi er realistiske, vil vi kunne etablere 10 til 12 boliger om vi får tilskudd”.

Nittedal kommune har fått tilsagn om tilskudd til 10 boliger fra Husbanken, som ennå ikke er etablert. Nittedal, nabokommune til Oslo med 19.000 innbyggere, har per i dag ingen øremerkede eller spesielt tilrettelagte boliger til mennesker med psykiske lidelser. Flere kommuner understreker også at de ser nye typer store og omfattende behov hos unge mennesker, noen av disse er fremdeles under barnevernets omsorg eller de bor hjemme hos foreldrene. Det er uklart i hvor stor grad kommunene har lagt dette inn i eksisterende planer. Svelvik, som har rapportert om boligbehov på 10 enheter, framholder følgende:

”Det er pr. i dag et behov for ti nye enheter. Disse bør organiseres som to bofellesskap. For øvrig har vi mellom ti og 20 unge med atferdsforstyrrelser /ADHD som i løpet av de nærmeste år vil ha behov for å flytte i egen bolig. Hvor mange av disse som kan få tilbud innenfor kommunens øvrige boligmasse er usikkert. ... Konklusjonen er at Svelvik kommune har behov for 10 nye boliger. Dette tallet er det mest sikre. Det er mye usikkerhet om hvilket behov for nybygg som ligger i den øvrige listen.”

Et annet moment, som skaper usikkerhet i beregningsgrunnlaget, er hva slags boligmasse kommunene allerede har og som kan anvendes til målgruppen personer med psykiske lidelser. Enkelte kommuner merker avtakende etterspørsel etter omsorgsboliger for eldre og bruker disse boligene blant annet i psykisk helsearbeid. 12 kommuner – 60 prosent – tildeler kommunal utleiebolig til personer med psykiske lidelser. Disse boligene kan enten tildeles av enhet for psykisk helsearbeid og regnes som ”tilpassede boliger”, eller de tildeles gjennom den ordinære prosedyren for fordeling av boliger til vanskeligstilte. Noen av de mindre kommunene har ikke utleieboliger til vanskeligstilte, men leier på det private markedet for sine klienter

eller brukere. Hvorvidt kommunenes boligmasse kan brukes fleksibelt til personer med psykiske lidelser og vil også innvirke på behovet for å anskaffe flere boliger.

En av kommunene påpeker behovet for en fleksibel ordning for etablering av nye boliger til personer med ulike behov:

”Vi har også behov for midler til å bygge flere boliger til mennesker med psykisk utviklingshemning. Det har stoppa opp. Kommunen må satse der det er mulig å satse – på den gruppa som får satsningsmidler. Det hadde vært enklere for kommunen å ha en pott til vanskeligstilte / personer med spesielle behov. ... Det er mye snakk om universell utforming og at alle skal ha bolig. Øremerking av midler er med på å bygge opp under særomsorgen man skal ha vekk. Vi kunne hatt ulike typer boliger for ulike typer behov, men som ikke ble tildelt på grunnlag av diagnose, som skal fortrenge andre grupper.”

Dette er eksempler på ulike momenter som påvirker vurderingene av kommunenes boligbehov for målgruppen og følgelig også tjenestebehovet tilknyttet boligene. Kommunene beregner i stor grad på basis av de kjente behovene og ikke på bakgrunn av forventede behov.

Boligtyper

Flertallet av kommunene har konkrete planer hva slags boliger de har behov for å etablere. Ti av kommunene sier at de planlegger bofellesskap og/eller samlokaliserte boliger. Dette er til dels boliger som allerede har fått tilsagn om støtte og til dels uttrykk for et avdekket behov, men uten at det foreligger en konkret plan. Bergen, som tidlig i opptrappingsplanen la vekt på bofellesskap, vil satse på mer spredte boliger (se også Holm 2006). Begrunnelsen er endring i brukergruppen – det er nå flere med dobbeldiagnose – og behov for et variert tilbud av boliger. Bydelene i Oslo legger vekt på at de trenger samlokaliserte boliger/bofellesskap. Men bydelene bruker også vanlige kommunale utleieboliger til personer som hører inn under enhet for psykisk helsearbeid.

Antall bofellesskap og samlokaliserte boliger som allerede er planlagt, utgjør færre boenheter enn det kommunene gir uttrykk for at de har behov for. Det indikerer at det gjenstår planlegging og vurdering av brukernes behov for bolig. Valgene kommunene foretar med hensyn til organiseringen henger sammen med brukernes tjenestebehov.

Oppsummering

Kapittelet har drøftet hvordan ulike boligtilbud kan deles inn i ulike kategorier. De fire kategoriene – bokollektiv, bofellesskap, samlokaliserte boliger og spredte boliger – som skisseres i innledningen av kapittelet brukes for å beskrive ulike måter å organisere tilrettelagte boliger til flere brukergrupper på. Tallene her er mangelfulle. Med et visst forbehold er det likevel mulig å si at flest kommuner, 16 av 20, har samlokaliserte boliger og spredte boliger og 10 kommuner har

bofellesskap Tre kommuner oppgir at de har bokollektiv. Det er i stor grad de mindre og små kommunene som benytter de mindre tette boformene. De største kommunene har det bredeste spekteret av boliger. Nesten halvparten av alle *boenhetene* er imidlertid organisert som bofellesskap.

60 prosent av kommunene oppgir at personer og husstander med psykiske lidelser også bor i ordinær kommunal utleiebolig for vanskeligstilte. Boligene er til dels tildelt på grunnlag av en psykiatrisk diagnose og dels på grunnlag av sammensatte problemer i husstanden, der psykisk lidelse eller mer diffuse psykiske plager er ett av problemene. Enkelte kommuner bruker også omsorgsboliger for eldre og trygdeboliger for å etablere et tilrettelagt botilbud til personer med psykiske lidelser. Ni av kommune har sykehjemsplasser, men de brukes bare unntaksvis til yngre personer og stort sett bare til eldre med en psykisk lidelse og et pleiebehov.

Det sentrale i dette kapittelet er kartlegging og beregning av hvor mange boliger kommunene har behov for de nærmeste årene. I beregningen skal boliger som allerede er gitt tilskudd til fra Husbanken holdes utenfor. Ved utgangen av 2005 var 1.538 av de til sammen 3.400 boligene kommunene fått tilsagn om fra "psykiatrimidlene" ennå ikke ferdigstilt. Noen av disse boligene var inkludert i kartleggingen i januar/februar 2005. De 20 kommunene som var med i undersøkelsen i november/desember 2005 meldte om et behov på til sammen 825 boliger. En aggregering av det meldte boligbehovet fra de 20 kommunene til et nasjonalt nivå, resulterer i et boligbehov på 3060 boliger.

Et utvalg på 20 kommuner er spinkelt grunnlag å generalisere ut fra. Tallet må derfor sammenholdes med behovet for boliger kommunene meldte om i kartleggingen i januar/februar 2005. Kartleggingen omfatter 47 prosent av kommunene fordelt på alle kommunetyper. Det rapporterte tallet i kartleggingen var 3070, altså omtrent identisk med tallet fra intervjuene. I tillegg kom et boligbehov som skulle erstatte 400 psykiatriske sykehjemsplasser og summen ble 3.500 boliger per januar/februar 2005. Kommunene som deltok i *intervjuundersøkelsen* hadde imidlertid redusert sitt boligbehov med vel 20 prosent Det kan virke rimelig å bruke tallet 3.500 fra kartleggingen og redusere det med 20 prosent. Resultatet blir da et behov for 2.800 boliger *i tillegg til* de boligene kommunene allerede har fått tilsagn om støtte til fra Husbanken.

Vurdering av behovet for boliger er basert på litt ulike vurderinger fra kommunene. Men det viktigste beregningsgrunnlaget er en opptelling av enkeltbrukere. De største kommunene vurderer antall kjente brukere opp mot erfaringer med å planlegge for målgruppen.

Kapittel 4 Behovet for tjenester i bolig

Det store flertallet av beboerne i boligene som planlegges, eller er lagt inn i en framtidig behovsvurdering, vil ha behov for tjenester i bolig. Enkelte kommuner har beregnet behovet for tjenester knyttet til tilrettelagte boliger og noen kommuner har satt opp et mål for økningen i tjenestene til beboerne de neste årene.

Dette kapittelet ser på hvordan tjenester i bolig kan organiseres og hvordan kommunene i denne undersøkelsen organiserer tjenestene. Organisering av tjenestene er nært knyttet til organisering av boligene og må sees på som en helhet. Kapittelet drøfter noen usikkerhetsmomenter som kommer inn i beregning av tjenestebehovet og som gjør en slik beregning mer komplisert og usikker enn beregning av boligbehovet.

Brukergruppen er som vist i kapittel 2 sammensatt. Vi har sett at kommunene i økende grad planlegger tjenester og boliger til "nye" grupper. Særlig er fokuset på personer med dobbeldiagnoser økt, men også ADHD Asbergers syndrom, autisme og personer med trippeldiagnoser er i økende grad målgrupper, i tillegg til de mer etablerte klientgruppene i psykiatrien.

Brukerne befinner også seg i til dels svært ulike situasjoner når det søker bolig eventuelt når de skal flytte inn i boligen. De viktigste bo- eller oppholdsformene kan beskrives i følgende kategorier:

- Oppholder seg i institusjon; psykiatrisk institusjon, rus-, barnevernsinstitusjon eller i fengsel.
- Bor i egen bolig, men bosituasjonen er uheldig eller lite egnet og brukeren trenger et annet, tilrettelagt tilbud.
- Bor hos foreldre eller annen familie, men situasjonen er en belastning for familien og/eller den er uheldig for brukeren.
- Mangler bolig – bor tilfeldig hos venner og kjente, i midlertidige overnattingstilbud eller vandrer rundt mellom ulike oppholdsformer.

De tre første gruppene er målgrupper beskrevet av kommunene i undersøkelsen. Den siste gruppe regnes oftere som "bostedsløs" enn som "psykiatrisk pasient". Men som blant andre Brodtkorb (2001) har vist, er det en gruppe personer med psykiatriske diagnoser, som er i en slik situasjon.

Brukernes bakgrunn og erfaringer er en av faktorene som kan ha betydning for kommunenes planlegging av bolig- og tjenestebehov. Ulike former for psykiske lidelser/diagnoser med ulike uttrykk og alvorlighetsgrad kombinert med brukerens bosituasjon vil stille ulike krav til innholdet i bolig- og tjenestetilbudet. Flere av informantene poengterer at en person med dobbeldiagnose rus/psykiatri og atferds-

forstyrrelser må ha et vesentlig annet tilbud enn en person med en alvorlig psykose uten et rusproblem, som trekker seg tilbake fra omverden. Blant informanter med erfaring med tette boformer, framholder flere personer med dobbeldiagnoser ikke passer inn i bofellesskap for personer med psykiske lidelser. Et par av informantene ønsker at kommunen hadde et slik tilbud til gruppen med dobbeldiagnose.

Organisering av bolig og tjenester

Organisering av boligene henger nært sammen med organisering av tjenestene – og omvendt. Ved å se samlet på hvordan boligene og tjenestene er organisert, kan vi lage noen kategorier på samme måte som vi grupperte boligene. Tjenestene kan grupperes i to hovedkategorier; fast personell og ambulant personell/hjemmetjeneste. Her har vi valgt fire grupper for klassifisering av tjenestene:

Fast personell, døgn: Fast ansatte i døgnturnus, som oftest knyttet til bofellesskap, men også til samlokaliserte boliger.

Fast personell, dagtid: Fast ansatte på dagtid knyttet til bofellesskap og samlokaliserte boliger – til stede hele eller deler av dagen.

Ambulant boteam/botjeneste: Tjenesteytere oppsøker brukerne i boliger. Knyttet til ulike boligtyper. Kan for eksempel ha personalbase i tilknytning til noen boliger og ansvar for tjenester til beboerne i disse boligene og for beboere i spredte boliger i tillegg.

Ordinære hjemmetjenester: Brukere med psykiske lidelser får tjenester fra de ordinære hjemmetjenestene – en avdeling/gruppe i hjemmetjenestene har ansvaret for brukergruppen eller ansvaret er lagt til egne ansatte med spesialkompetanse i psykiatri.

Formelt er alle disse fire måtene å organisere tjenestene på *hjemmetjenester*. Personalet utfører tjenester i private hjem også i tette boformer med fast personell. Den formen for tjenesteyting, som organisatorisk har mest til felles med hjemmetjenesten, er ambulante boteam/botjeneste. Kommunene skiller gjerne mellom oppsøkende tjenester i bolig for denne og eventuelt andre målgrupper og ordinære hjemmetjenester. Innholdet i tjenestene kan også være forskjellig og noen beboere kan få tjenester fra boteam/spesialiserte tjenester og hjelp med praktisk bistand fra hjemmetjenesten.

De ulike måtene å organisere boliger og tjenester på kan ha mer eller mindre institusjonstrekk og – i den andre enden – framstå som og være en ordinær bolig. For å vurdere i hvilken grad boligen er institusjonalisert, må bolig og tjenester sees i sammenheng. En tett boform vil ligne mer på en institusjon enn samlokaliserte boliger, helt atskilte boliger og spredte boliger. Graden av tjenesteyting har vesentlig betydning. Døgntjenester eller fast ansatte i boligen kan bidra til å forsterke institusjonstrekkene. Institusjonstrekkene kan også bli forsterket, dersom boligene har personalrom eller personalareal, men graden av ”institusjonalisering” av boligen

har også sammenheng med personalets innstilling og arbeidsmåte/møte med brukerne (f. eks. Sandvin m.fl. 1998).

For å fastslå i hvilken grad boligen er ”institusjonalisert”, kan vi trekke inn den juridiske dimensjonen i tillegg. Bolig, som motsats til institusjon, disponeres helt og fullt av beboeren enten gjennom en husleiekontrakt eller gjennom å eie boligen. Husleiekontrakter kan likevel inneholde klausuler som begrenser beboerens disposisjonsrett til boligen. Husleieloven paragraf 11-1 og 11-2 gir mulighet for at utleier kan stille vilkår for å leie ut boligen. Grunnlaget for bruke paragrafene er at beboeren har spesielle behov som må ivaretas gjennom klausulering. Med utgangspunkt i det juridiske aspektet, organiseringen av tjenestene og boligene kan ulike boformer rangerer etter følgende akse (se også Dyb 2005a):

Figur 1. Rangering av boformer etter grad av institusjonalisering og selvstendig bolig

	Bolig med bemanning	Bolig med ambulant oppfølging	Bolig uten oppfølging
Institusjon			
Pasient	Klausulering av boligen		Husleiekontrakt/eie

Figuren tegner inn institusjon i ene enden av aksene og en ordinær leiekontrakt eller eieforhold uten klausulering i den andre. Boliger til mennesker med psykiske lidelser plasseres og fordeler seg mellom de to ytterpunktene. Alle kommunene, bortsett fra en, benytter klausulerte kontrakter. En annen kommune bruker kontrakter med og uten klausulering. Det finnes selvsagt unntak som ikke passer inn i aksene. En bydel i Oslo har for eksempel bokollektiv, som er en svært tett boform, uten fast bemanning.

Tjenestetilbudet i kommunene

Tabell 6 gir en skjematisk oversikt over hvordan kommunene i undersøkelsen har organisert tjenestene. Tabellene er basert på opplysninger fra kommunene. Organisering av boligene følger i hovedsak skjemaet over.

Tabell 6. Organisering av tjenester i bolig til personer med psykiske lidelser etter kommune.

Kommune	Fast ansatte heldøgn	Fast ansatte dagtid	Ambulant/ egen tjen.	Ordinære hjem.tjen.
Oslo	X	X	X	X
Bergen (H)	X	X	X	
Trondheim (S-T)	X	X	X	
Stavanger (R)	X	X	X	X
Bærum (A)	X	X	X	
Kristiansand (V-A)			X	
Ålesund (M&R)	X	X	X	X
Tønsberg (V)		X		X
Lørenskog (A)		X		X
Ski (A)			X	X
Harstad (T)	X		X	X
Nittedal (A)	X			X
Kristiansund (M&R)			X	X
Time (R)	X		X	
Gran (O)				X
Orkdal (S-T)				X
Målselv (T)				
Svelvik (V)				X
Grong (N-T)				X
Storfjord (T)				X
Samlet antall	9	8	11	14

14 av kommunene benytter ordinære hjemmetjenester til personer med psykiske lidelser. Fem av disse 14 kommunene, og alle mindre/små kommuner, har tjenestene til personer med psykiske lidelser organisert som en del av hjemmetjenesten. Alle de fem kommunene har en ansvarlig for psykisk helse med spesialutdanning og noen har ansatte med spesialkompetanse i hjemmetjenesten som yter tjenester i bolig til psykisk syke. Disse funnene samsvarer med en undersøkelse som konkluderer med at småkommunene har færre koordinerende tiltak og mindre bredde i involveringen av det psykiske helsearbeid enn de større kommunene (Myrvold 2004).

11 kommuner har ambulante tjenester, åtte kommuner har fast ansatte i boliger på dagtid og ni kommuner har boliger med døgnbemanning. Hovedtendensen i tabell 6 er at de store kommunene er mer spesialisert og avgrenser sine tjenester til målgruppen tydelig, mens mindre kommuner har mindre grad av spesialisering i organisering av tjenestene. Fem av de seks minste kommunene har organisert tjenestene som en del av de ordinære hjemmetjenestene. De mellomste kommunene bruker også de ordinære hjemmetjenestene, men har i tillegg egne tjenester for målgruppa. De største kommunene har i større grad døgn- og dagtjenester knyttet til boligene. I de store kommunene er tjenester i boliger eller booppfølging til personer med psykiske lidelser godt utbygd. Der det er fast ansatt personell i boligene, er

også behovet for tilleggstjenester mindre. Denne kommunen bruker i hovedsak ikke vanlige hjemmetjenester:

”Det ytes svært sjelden tilleggstjenester i tilrettelagte boliger i tillegg til fast stab. Det gis unntaksvis hjemmehjelp og noen ganger hjemmesykepleie. Det kan dreie seg om å sette en depotsprøyte eller stelle et sår, for eksempel”.

De større kommunene har en stor målgruppe med psykiske lidelser. Det er derfor mulig og kanskje nødvendig å spesialisere tjenestene til målgruppen. I 14 av kommunene er tjenester i bolig innen psykisk helsearbeid organisert som *egen enhet* enten under enheter for helse, pleie og/eller omsorg. Som en av informantene i en stor kommune framholder; det er nødvendig for å kunne følge psykiatrimidlene og se at de brukes på målgruppen de er tiltenkt. Seks kommuner, alle i gruppen kommuner under 20.000 innbyggere, har tjenester til personer med psykiske lidelser som en del av en større enhet. I en del mindre kommuner synes oppfølging og tjenester i bolig også å være mindre tydelig avgrenset fra andre tjenester til målgruppen. Men bare en av de seks kommunene gir uttrykk for at dette er en del av en integreringspolitikk:

”Her finnes en base med spesialarbeidere som bare jobber med psykisk helsearbeid rettet mot tjenestemottaker og rettet mot andre ansatte i tjenesten, som også ”går hjem til” mennesker med psykiske funksjonshindringer, og gir forskjellig form for støtte. Det er syv personer som jobber bare med dette. Disse er våre spesialister. Men alle skal kunne jobbe med psykisk helse. De syv personene skal spre dette videre. Kunnskapen skal spres! Vi klarer ikke denne alminneliggjøringen om vi ikke sprer kunnskapen. Alle må forstå hva psykisk helseplager er. Pasienter er så drilla i å se seg selv som pasient, dette må vi snu.”

Alle kommunene i utvalget har personer med spesialkompetanse innen psykiatri. Også kommuner der det psykiske helsearbeidet ikke er skilt ut som egen enhet, har kommunen ansatte med spesialkompetanse. Fra de minste kommunenes ståsted, kan det kanskje fortone seg nærmest luksuriøst å ha egne ansatte som kun arbeider med oppfølging i bolig. Et par av informantene i små kommuner sier at de ”må ta det som dukker opp”. Integrering av tjenestene innen psykisk helse med andre tjenester er i de mindre kommunene begrunnet med at det er praktisk og en effektiv måte å anvende ressursene på.

Enkelte informanter argumenter faglig for å beholde psykisk helse som et eget felt i kommunen eller bydelen:

”Spørsmål om det er hensiktsmessig å plassere alt i det ordinære hjelpeapparatet. Vi ser at det er mye vegring mot å gå inn og jobbe med psykiatri. Om en plasserer tjenestene i psykisk helse i det ordinære tjenesteapparatet, kan det bidra til å endre holdningene til psykiske lidelser. Men det er tungt å forholde seg til folk som ikke kan dette.”

Fra institusjon til bolig

Brukergruppen med psykiske lidelser kommunene skal etablere et tilbud til er ingen heterogen gruppe. De har også ulik bakgrunn. En stor gruppe av brukerne kommer fra en psykiatrisk institusjon. Mange har bodd lenge i institusjon. Men flere informanter påpeker at det kan være vanskelig å vurdere brukernes behov i bolig mens vedkommende er i institusjon:

”Vurdering av tjenestebehovet kommer ikke klart fram i en institusjons-situasjon. Noen kan også få tilbakefall når de kommer ut i en bolig. Det kan bety at vi må ha høy bemanning i boligene, særlig i starten.”

Et kommunalt tjenesteapparat og en psykiatrisk institusjon er to forskjellige systemer, som arbeider etter ulike målsetninger og regler. Fabricius m.fl. (2005) har undersøkt hvordan dette påvirker utflytting av hjemløse fra institusjon til kommune og fant blant annet at kommuneansatte og institusjonsansatte kunne ha ulike oppfatninger av hva det betyr å gjøre en bruker i stand til å klare dagliglivet på en hensiktsmessig og meningsfull måte. Ansvarlige i kommunene kan for eksempel mene at institusjonene lærer brukerne å leve et beskyttet liv.

Også kommunene beskriver problemer som synes å ligge på et system- eller strukturnivå, slik denne informantene gir uttrykk for:

”DPS’ene kjenner kommunene. Private sykehjem og institusjoner har ikke kjennskap til kommune i Norge og har urealistiske forestillinger om hva som er mulig og få til. For eksempel; noen trenger skjerming når de går på fortauet. Det blir mange problemer med at det er andre regler i førstelinjetjenesten. Regler for bruk av tvang for eksempel.”

Som vist i forrige kapittel om boligbehov har andrelinjetjenesten i løpet av et tiår har endret oppfatning av hvilke bo- og tjenestebehov psykiatriske pasienter har (Hagen og Ruud 2005). Andelen pasienter som av andrelinjetjenesten ble vurdert å ha behov for et tilbud utenfor institusjon var 21 prosent i 1994 og hadde økt til 52 prosent i 2003. Omdefineringen av pasientenes behov er kanskje enda mer dramatisk enn det tallene gir uttrykk for. Ifølge informanter i kommunene er mange av dem som fremdeles befinner seg i institusjon, blant det tyngste og sykeste pasientene. For kommunene er ikke dette uproblematisk:

”Det skjer en stadig omdefinering av brukere, plutselig er folk utskrivningsdyktige fra å være pasienter på livstid. Opptapningsmidlene er ingen ting, vi skal ikke bare ta imot de som kommer fra institusjon, men etablere et tilbud til de ung som aldri kommer inn i institusjonene.”

Også andre informanter framholder at det har skjedd en klar endring i hva en definerer som *utskrivningsklar* fra institusjon i løpet av kort tid:

”Pasienter som for et år siden ikke ble regnet som utskrivingsklare på flere år, er nå klare for utskrivning ... Vi får av og til inntrykk av at alt som ikke passer inn andre steder, det ”gir vi til kommunen”. Et annet eksempel er en person som kom rett fra tvangsbehandling på lukket avdeling til bolig i kommunen. Det gikk dårlig.”

Enkelte informanter påpeker at brukernes behov kan være vagt kommunisert for de i kommunen som skal etablere et tilbud, *før* brukeren kommer. En – kostbar – nødløsning for en av kommunene var å leie et vaktelskap inntil de fant en tilfredsstillende løsning til en av brukerne. Flere av informantene mener det er vanskelig å finne gode løsninger for personer som har såkalt ”døgntvang”. Det innebærer at brukeren er innlagt på sykehus, men bor i kommunene og kan innlegges med tvang. Tjenesteapparatet i kommunene kan ikke foreta innleggelse. Flere informanter kommuniserer at det er svært vanskelig å finne et godt nok tilbud til denne gruppen i kommunen og at det er en gruppe som krever mye ressurser.

Flere av kommunene oppgir at de vil få brukere som kan bli koste mellom 1 og opp til 7 millioner kroner per år, dersom de skal få et tilfredsstillende bolig- og tjenestetilbud. Det kan være brukere som ha en ansatt hos seg hele døgnet for å ivareta brukerens helse og sikkerhets. Det kan også være brukere med problemer som gjør at – også – omgivelsene må beskyttes.

De nye syke

Denne gruppen består av personer som ikke har eller skal få en institusjonshistorie og en gruppe nye typer lidelser. Siste gruppen er sammensatt av personer med dobbeldiagnose rus/psykiatri og til dels også dualdiagnose rus/psykiatri/psykisk utviklingshemning. Begrepene ADHD, autisme, Tourettes og Asbergers er psykiatriske diagnoser og er til dels målgrupper for det psykiske helsearbeidet i kommunene, men ansvaret er ikke alltid avklart, som vi viste i kapittel 2 om målgrupper.

Særlig unge mennesker med ADHD eller atferdsforstyrrelser nevnes av informanter i kommunene som en framtidig målgruppe. De fleste kommunene ser også at ha en gruppe unge, som i dag er i barnevernet eller har alvorlige psykiske lidelser anses å ha behov for hjelp fra kommunen om noen år. Disse har ”nye” typer lidelser og problemer. En ung person med diagnose ADHD eller schizofreni og et rusproblem i tillegg vil kreve et helt annet tilbud enn personer personene som kommer fra langtidsopphold institusjon. De skiller seg også fra den ”eldre generasjonen” psykiatriske pasienter blant annet ved at de ikke har en lang institusjonshistorie bak seg. Innsatsen av tjenester vil settes mer inn mot forebygging for denne gruppen, påpeker en informant.

Utgangspunkt i realisme

Et av utgangspunktene for å beregne tjenestebehov fra kommunenes side er *realisme*. Det synes å være en balansegang mellom det en ser som behov, hvilke ressurser arbeidet med psykisk helse kan håpe på å få og det en realistisk kan regne

med å få. Det gjelder både bolig- og tjenestebehov. Men dekning av tjenestebehovet er mer fleksibelt. En ansatt i en mindre bykommune gir klart uttrykk for at kommunen neppe kan dekke behovet fullt ut:

”I utgangspunktet har kommunen omfattende behov. Vi alt for lite ressurser til å dekke behovet til alle. Høsten 2004 viste en måling at 40 personer med ulik utgangspunkt fikk en mangelfull tjeneste i forhold til behov. Det er en forskjell mellom hva som er reelle behov og hva som er foreslått fordi det er realistisk å få gjennomført. Behovet tilsier derfor langt flere årsverk enn det som det er realistisk å få innarbeidet i budsjett og handlingsplaner. Hva som er foreslått er 4 tjenesteytere til. Vi snakker egentlig om 15-20 årsverk som det er reelt behov for i de nærmeste årene.”

En annen informant advarer mot å love for mye overfor den enkelte bruker:

”Brukerne har en lovfestet rett til individuell plan, men ikke automatisk rett til lovfestede tjenester. En må ha et enkeltvedtak på hver tjeneste ut fra behov. Ansvarsgruppene rundt brukerne må komme fram til tjenester en vet at en kan gi og ikke basere planen på ønsketenkning.”

Organiseringen av boligene og tjenestene har også en todelt begrunnelse. Tildeling av bolig i for eksempel et bofellesskap kan på den enes siden ha en terapeutisk eller velferdsmessig begrunnelse. En av informantene i en kommune formulerer det slik:

”Ingen brukere er mer desintegreerte enn de som bor i et vanlig borettslag med alvorlige psykiske lidelser. Vi har brukere som sliter mye med angst. Det kommer naboklager. Et bofellesskap gir en visshet om at det kommer noen hver dag og det er noen en kan gå inn til.”

Bofellesskap – og samlokaliserte boliger – kan også ha en pragmatisk begrunnelse. Mange brukere har behov for mye tjenester. Da er det praktisk og ressursbesparende å ha brukerne i nærheten av hverandre. Det er ikke nødvendigvis noen motsetning mellom de to begrunnelsene. Rasjonell og effektiv bruk av tjenesteressursene kan komme brukerne til gode.

Særlig de større kommunene sier at de vil får en del svært ressurskrevende brukere som kommer fra institusjon. Det dreier seg om kostnader på mellom en og syv millioner kroner per år per bruker. Høye kostnader ved enkelbrukere kan tydeliggjøre behovet for å velge bolig- og tjenesteløsning ut fra ressurshensyn:

”Løsningen for å redusere utgiftene er å flytte andre med oppfølgingsbehov inn til / i nærheten og etablere et nytt tilbud.”

Beregning av behovet for tjenester til påvirkes av altså av flere elementer. Vi har trukket fram noen vesentlige momenter: Definisjon av målgruppen er i endring, andrelinjetjenestene omdefinerer pasientenes behov for bolig og tjenester og hva

som er realistisk å få til. Er det likevel mulig å tallfeste hva behovet for tjenester vil være de nærmeste årene?

Tallfesting av behovet for tjenester?

De største kommunene anvender en ”nøkkel” for å dimensjonere behovet for tjenester. Å gjøre beregningen på denne måten forutsetter et visst volum i tjenesteytingen. Dersom antall mottakere av tjenestene blir svært lavt, kan enkeltbrukere gi store utslag i beregning av det totale tjenestebehovet, særlig dersom det er knyttet usikkerhet til om personen(e) faktisk kommer til kommunen og eventuelt når. Et generelt inntrykk er at flere av kommunene vil få noen brukere med svært store behov, som nå er i andrelinjetjenesten. Disse trenger mye oppfølging og noen vil ha behov for et spesialtilpasset boligtilbud, som også krever spesielle løsninger.

Trondheim og Bergen regner behovet for tjenester ut fra et gjennomsnittbeløp per bruker (= per bolig). Men det går ut fra to forskjellige ”nøkler”. Bergen regner 500.000 kroner per bolig per år. For 50 boliger tilsvarer det 25 millioner kroner i året i økte utgifter til tjenester. Trondheim bruker 350.000 kroner per år per bruker som grunnlag. Trondheims boligbehov er 80 boliger. Med 80 boliger som grunnlag blir totalbeløpet 28 millioner kroner i året i økte utgifter til tjenester.

Hvis vi bruker Trondheims utgangspunkt og beregner tjenestebehovet på grunnlag av det totale boligbehovet på landsbasis, som altså er estimert til 2.800 boliger, blir summen 980 millioner kroner per år i økte utgifter til tjenester per år. Med Bergens beregningsnøkkel blir summen 1,4 milliarder kroner på landsbasis per år. Dette tallet dekker bemanning i de nye boligene.

Forskjellen mellom Trondheim og Bergen i beregning av tjenestebehov for den enkelte bruker i tilpasset bolig, kan muligens forklares med at Bergen reserverer det tilpassede boligtilbudet til brukere med større behov enn Trondheim. Men det kan også ha noe med selve tilbudet å gjøre og hvordan det er organisert.

Oslo har beregnet å øke antall årsverk knyttet til oppfølging i boliger med 693 i sin planperiode som går fra 2004 til 2008. Dersom Oslo følger planen gjenstår en økning på 271 årsverk for resten av perioden (utgangen av 2005-2008)¹². Med utgangspunkt i 350.000 kroner per årsverk blir kostnadene for det økte tjenestebehovet for Oslo 94,8 millioner kroner. Men sammenlignet med det framtidige boligbehovet for Oslo, som er en økning på 400 boliger innen utgangen av 2008, har Oslo en vesentlig lavere bemanningsnøkkel per bolig/bruker enn både Bergen og Trondheim.

Time, en mindre kommune, har i sin Handlingsplan for psykisk helsevern lagt inn en økning på 2,4 millioner kroner i hjemmebaserte tjenester til personer med psykiske lidelser i perioden 2006-2008. Time har beregnet behovet for nye boliger

¹² Oslo kommune: handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004-2008, s.26.

til 19 i samme periode. Den planlagte økningen i tjenestene er omlagt to tredels årsverk per bruker. Dette er nevnt som eksempel på hvordan en mindre kommune vurderer tjenestebehovet.

Det er selvsagt forbundet med mye usikkerhet å tallfeste tjenestebehovet på det grunnlaget som er gjort over. Kommunene har også noe ulikt grunnlag for sine beregninger. Trondheims anslag på 350.000 kroner i kostnader per bolig ganget med 2.800 brukere er heller et forsiktig anslag. I tillegg skal boligene som er gitt tilsagn til fra Husbanken, og som ikke er ferdigstilt og tatt i bruk (vel 1.500 boliger), bemannes. Disse er ikke lagt inn i beregningene her.

Oppsummering

Flertallet av kommunene i utvalget, inkludert bydelene i Oslo og Bergen som har vært intervjuet, har fått og vil få en liten, men svært krevende gruppe fra spesialisthelsetjenesten. Dette er brukere som vil kreve fra 1 million til opp mot 7 millioner kroner i året i bolig og tjenester. En del av informantene gir uttrykk for at utskriving fra andrelinjetjenesten går for fort. Noen poengterer at pasienter som for et år siden var vurdert å skulle være i andrelinjetjenesten i lang tid framover, nå er uskrivningsklare. Særlig de større kommunene har enkeltbrukere som vil kreve svært spesielle krav til tilrettelegging av bolig, for eksempel krav til omgivelser og miljø boligen kan eller bør ligge, og de trenger mye tjenester rundt seg hele døgnet.

Vurderingen av behovet for økte tjenester tar også hensyn til hva som antas å være mulig å få til. En av kommunene i denne undersøkelsen har kommet fra at den har 40 brukere som får mindre enn de har behov. Men det regnes ikke som realistisk å få de ressursene som trengs for å gi alle brukerne et tilfredsstillende behov. Andre kommuner gir uttrykk for at det er nødvendig å være realistisk både overfor brukeren og i planleggingen.

Hvor nøyaktig kan framtidige behov for tjenester måles og beregnes? Det er selvsagt en målsetting å få en mest mulig presis beskrivelse av de udekkede behovene som allerede finnes. Et anslag på rundt 1 milliard millioner kroner (mellom 980 millioner og 1,4 milliarder) per år i tillegg til eksisterende tjenestetilbud er neppe et høyt estimat for landet som helhet. En av utfordringene ligger i å planlegge for å dekke behovene til nye målgrupper innen psykisk helsearbeid og for personer.

Avsluttende kommentar

Undersøkelsen denne rapporten bygger på er en kvalitativ undersøkelse – åpne intervjuer – med formål blant annet å undersøke kvantitet. Hovedhensikten var å kartlegge omfanget av boliger og tjenester til personer med psykiske lidelser kommunene vil ha behov for de neste årene, til utgangen av 2008, ut over det de har i dag. Undersøkelsen skulle også ta høyde for boliger kommunen allerede hadde tilsagn om støtte til fra Husbankens ”psykiatrimidler”. Disse boligene, med tilsvarende tjenestebehov, er holdt utenfor denne undersøkelsen.

De siste tilskuddene ble tildelt innen utgangen av 2004. Da gikk også ordningen ut. Ved utgangen av 2005 var det fremdeles over 1.500 boliger fra Husbankens tilskuddsordning som ikke var bygget og tatt i bruk. Enkelte kommuner hadde prosjekter med tilsagn om tilskudd, som ikke var påbegynt ved utgangen av 2005, da denne intervjuundersøkelsen ble gjennomført. Kommunene har likevel et udekket behov på rundt 2.800 boliger *i tillegg* til reserven på 1.500 uferdige boliger med tilsagn. Det betyr at det reelle boligbehovet er på 4.300 flere boliger. Det er knyttet noe usikkerhet til tallet. Blant annet har en del av kommunene lite oppdaterte tall. Intervjuundersøkelsen antyder at oppdatering av planer og nye kartlegginger ofte betyr at nye behov blir avdekket.

Kommunene, først og fremst de større kommunene, har en boligmasse til disposisjon, som kan benyttes med en viss fleksibilitet. Enkelte kommuner rettelegger eksisterende boliger eller omdefinierer målgruppen boligene var etablert eller bygget for. Målgruppen kan være definert ved at boligene har fått statlige tilskudd knyttet til en spesifikk brukergruppe, for eksempel personer med psykisk utviklingshemning eller eldre. Boligene kan i og for seg bebos av andre personer. Noen kommuner sier at de kan dekke noe av behovet for personer med psykiske lidelser ved å ta i bruk boliger som var tiltenkt andre målgrupper.

Kommunene tildeler i varierende grad kommunale utleieboliger for vanskeligstilte til personer med psykiske lidelser. Disse boligene brukes på ulike måter. Noen kommuner bruker kommunal utleiebolig som såkalt tilpasset bolig. Det vil gjerne si at beboeren får tjenester fra enhet for psykisk helsearbeid. Enkelte kommuner har ikke øremerkede boliger til personer med psykiske lidelser. Men disse kommunene sier at de har behov for slike boliger. Små kommuner har ikke alltid kommunale utleieboliger, men løser boligproblemene for sine klienter på leiemarkedet. I de større kommunene er det ellers press på kommunale utleieboliger. Etterspørselen er større enn tilbudet. Tildeling av kommunal utleiebolig til personer med psykiske lidelser vil bli vurdert opp mot andre klienters behov. En stor andel, rundt en tredel, får også tildelt kommunal utleiebolig på grunnlag av psykisk lidelse i husstanden eventuelt kombinert med andre problemer.

Kommunene i denne undersøkelsen opplever et press for å skaffe bolig til et betydelig antall personer med svært alvorlige lidelser og eventuelt med tilleggs-

problemer. Alvorlige syke personer skrives ut fra andrelinjetjenesten før det kommunal bolig- og tjenestetilbudet er klart, mener informantene i denne undersøkelsen. Nye grupper, som ikke tidligere var like klart definert som ansvarsområde for psykisk helsearbeid, kommer i tillegg. Det er derfor grunn til å tro at det er et udekket behov for 4.000 boliger for de neste årene.

Tjenestebehovet bare til de 2.800 nye boligene anslås å koste rundt 1 milliard kroner per år. I tillegg skal de 1.500 planlagte boligene med tilsagn om tilskudd bemannes. Det blir enda en halv milliard kroner i økte kostnader til tjenester. Når kommunene skal beregne tjenestebehovet legger de ulike forhold til grunn. Et av elementene som legges inn er det ”realistisk og mulige”; hva som er realistisk å få til. Et annet element er usikkerhet om hva en del av brukerne og de ulike brukergruppene har behov for av tjenester. Det dreier seg like mye om innholdet i tjenestene som omfanget. Men de to faktorene kan ikke sees uavhengig av hverandre.

Denne undersøkelsen har ikke sett på innholdet i tjenestene. Men det er likevel noen momenter som kan være verdt å trekke fram og som kan ha betydning for innholdet i tilbudet til brukerne. Undersøkelsen viser at valg av boform – organisering av boliger og tjenester – har en tosidig begrunnelse. Den ene er brukernes behov og den andre er kommunens behov for å organisere tilbudet rasjonelt og effektivt. Disse to behovene trenger ikke å være motsatser, men de *kan* bli det. Særlig dersom ressursene er utilstrekkelige, kan brukerens behov bli underordnet i valg av løsninger både med hensyn til organisering og innhold.

I kartleggingen av boligbehov Byggforsk gjorde i begynnelsen av 2005, ble tilpasset bolig operasjonalisert i begrepet *omsorgsbolig*. Omsorgsbolig som begrep er knyttet til Husbankens finansieringsordning for boliger til ulike grupper. Omsorgsboliger kan være organisert på ulike måter. Bolig- og tjenestebehovet til personer med psykiske lidelser (og andre grupper) kan klassifiseres etter en akse, der institusjon utgjør den ene enden og ordinær bolig med husleiekontrakt eller eid bolig den andre. Langs aksen kan ulike tilbud plasseres etter kriteriene (noe forenklet) tetthet i boform og omfang av tjenester. Et tredje kriterium er kontraktsforholdet. Husleieloven gir adgang til å ”klausulere” boligene. Enkelt sagt betyr det å lage tilleggsavtaler til leiekontrakten. Tilleggsavtalene er stort sett benyttet for å forplikte beboerne til å ta imot tjenester og tilsyn.

Klausulering av boliger har likevel en bakside. Den innskrenker beboerens rettigheter i boligen. Brudd på tilleggsavtalen kan være grunn for oppsigelse av kontrakten. Det er noe av hensikten med klausulering og tilleggsavtaler. For at en slik ordning skal fungere etter hensikten, nemlig til beboerens beste, er det avgjørende at tjenestene er på plass og at de dekker viktige behov. Paragrafene i Husleieloven, som gir adgang til klausulering, er et tvangsmiddel. Klausulering kan selvsagt *brukes* som et tvangsmiddel som erstatter hjelp, tjenester og et adekvat eller tilpasset botilbud, selv om intensjonen er en annen.

Tidligere undersøkelser av bo- og tjenestetilbudet har i stor grad benyttet begrepet omsorgsbolig. Denne undersøkelsen og blant annet Sosial- og helsedirektoratets veileder til kommunene av 2005, opererer med et mer differensiert boligbegrep. I denne undersøkelsen er både bolig- og tjenestetilbudet klassifisert i fire ulike kategorier. Undersøkelsen har vist at disse kategoriene er funksjonelle for å fange opp og beskrive kommunenes tilbud. I videre undersøkelser og oppfølging/evaluering av kommunenes arbeid for å dekke behovene for boliger og tjenester, kan det være hensiktsmessig å benytte denne typen kategorier, som fanger opp bredden i bolig- og tjenestetilbudet.

Referanser

- Brodtkorb, E. (2001): *Bostedsløs i grenseland. Bostedsløshet blant mennesker med psykiske lidelser med psykiske lidelser i storby*. Diakonhjemmets høgskolesenter. Oslo
- Dyb, E. (2005a): *Prosjekt bostedsløse – Evaluering av et fireårig nasjonalt prosjekt*. Byggforsk skriftserie 7-2005 Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Dyb, E. (2005b): *Bostedsløs; posisjon på boligmarkedet eller identitet*. Prosjektrapport 383-2005 Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Dyb, E og Nordlund, K.(2005): *Boligbehov i psykisk helsevern. Kartlegging av behov for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser 2005 – 2008*. Byggforsknotat 77-2005 Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Dyb, E. (2004): *Kommunal bolig som strategi mot bostedsløshet*. Byggforsknotat 66-2004. Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Dyb, E. (2003): *Prosjekt bostedsløse – midtveisevaluering*. Prosjektrapport 358-2003 Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Edgar, B; Meert, H; Doherty, J. (2004): *Third Review of Statistics on Homelessness in Europe. Developing an Operational Definition of Homelessness*. European Observatory on Homelessness. Brussel
- Fabricius, N; Tilia, G; Ramsbøl, H; Villadsen, K.(2005): *Fra hjemløshed til fast bolig. Samarbejd og metoder i arbejdet med hjemløse*. Socialforskningsinstituttet 05:17. København
- Gerdner, A. og Sundin, Ö (1998) (red): *Dubbeltrubbel – nya rön och erfarenheter i diagnostikk och behandling av samtidig beroande och psykisk störning*. Statens Institutjonsstyrelse och Runnagården. Örebro
- Gråwe, R. W. og Ruud, T. (2006): *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Rapport. STF78 A06003 SINTEF Helse. Trondheim
- Hagen, H. og Ruud, T. (2005): *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. SINTEF Helse rapport 3/04. Trondheim
- Hansen, T.; Holm, A.; Østerby, S. (2004): *Bostedsløse i Norge 2003 – en kartlegging*. Prosjektrapport 371-2004 Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Holm, A (2006): *Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Prosjektrapport 398-2006. Norges byggforskningsinstitutt. Oslo
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag. København

- Kalseth, J. (2003): *Psykiske helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester*. Unimed Helsetjenesteforskning, SINTEF
- Myrvold, T. M. (2004): *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. NIBR-rapport 2004:12. Oslo
- Pedersen A. (2004): Mot "recovery" i praksis? Erfaringer fra prosjekt Lokopsykiatri Bergen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol. 1 Nr.4 2004
- Rundskriv: U-10/2002 *Boligsosialt arbeid - bistand til å mestre et boforhold*
- Rådet for psykisk helse (2004): *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*. Oslo
- Rådet for psykisk helse (1998): *Velferdsstatens forsømte gruppe II og III*. Oslo
- Rådet for psykisk helse (1995): *Velferdsstatens forsømte gruppe*. Oslo
- Skog Hansen, I. L. 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 494. Oslo
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332 Veileder* Oslo
- SOU 2004:3 *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Stockholm
- St.meld. nr. 6 (2003-2004) *Tiltaksplan mot fattigdom*
- St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplanen for psykisk helse*
- St. m. nr. 25 (1996-98) *Åpenhet og helhet*
- Statens helsetilsyn: *Personer med samtidig alvorlig psykiske lidelse og omfattende rusmisbruk* Utredningsserie 10-2000. Oslo
- Ulfrstad, L-M. (1997): *Bostedsløshet i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet*. Prosjektrapport 216-1997. Norges byggforskningsinstitutt

Vedlegg 1 Kilder

Bergen kommune: sammenfatning av prosedyre for innsøking til tilrettelagte botilbud for mennesker med psykiske lidelser

Bergen kommune: Psykiatriplan for Bergen kommune – Rullering av handlingsplan for perioden 2004 – 2006

Bærum kommune: Rullering av plan for psykisk helse. Bærum 2005 – 2008

Gran kommune: Plan for psykisk helsearbeid 2003 – 2006

Grong kommune: Prosjekt psykisk helsearbeid i Grong kommune 2003 – 2007

Harstad kommune: Boligsosial handlingsplan

Harstad kommune: Opptrappingsplanene for psykisk helse Harstad kommune

Kristiansand kommune: *Handlingsprogram 2005 – 2008. Helse- og sosialsektoren*

Kristiansund kommune: Opptrappingsplan for psykisk helse 2000 – 2006

Lørenskog kommune: Revidert plan, psykisk helsevern 2003 – 2008.

Målselv kommune: Psykiatriplan for Målselv kommune 2003 – 2006

Nittedal kommune: handlingsplan for psykisk helse 2003 – 2006

Orkdal kommune: Opptrappingsplan 2005 – 2008

Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten: Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004 – 2008

Oslo kommune, Bydel Søndre Nordstrand: Handlingsplan psykisk helsearbeid 2005 – 2008

Oslo kommune, Bydel Frogner: Handlingsplan for psykisk helse i Bydel Frogner, 2005 – 2008

Time kommune: Handlingsplan for psykisk helsevern 2006 – 2008

Time kommune: "Ein heim for alle" Eit bustadsosialt prosjekt i Time kommune
Ski kommunes: Handlingsplan for psykisk helsevern 2004 – 2006.

Storfjord kommune: Opptrappingsplan for psykisk helsevern 2003 – 2006

Svelvik kommune: Revidert psykiatriplan 2005 – 2008.

Stavanger kommune: *Plan for psykisk helse i Stavanger 2004 – 2008*

Trondheim kommune: Psykiatriplan 2002 – 2006

Trondheim kommune: Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2008. Rapport for regnskapsåret 2004

Tønsberg kommune: Handlingsplan for psykisk helsevern 2004 – 2006

Ålesund kommune: Boligsosial handlingsplan 2004 – 2007

Ålesund kommune: Handlingsplan 2003 – 2006. Oppdatering av kommunal handlingsplan – Psykiatritjenesten tom 2006-03-14

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuundersøkelse om behov for boliger og tjenester i psykisk helsearbeid

I januar/februar i år sende Byggforsk ut spørsmål om kommunenes behov for omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelse for perioden 2005-2008. Kartleggingen var basert på to enkle spørsmål, som ble sendt ut gjennom koordinator for psykisk helse hos Fylkesmannen. I tilbakemeldingen fikk vi oppgitt at ---- kommune hadde behov for ----- flere boliger i perioden 2005-2008.

Kartleggingen var et hasteoppdrag og det kan derfor knyttes en viss usikkerhet til tallene. Vår oppdragsgiver, Sosial- og helsedirektoratet, har derfor gitt oss i oppdrag å gå grundigere inn i noen kommuner og belyse bolig og tjenestebehovet innen psykisk helsearbeid på breiere basis. Vi vil benytte metoden med intervjuer i et utvalg kommuner.

Intervjuet vil fokusere både på status per i dag og på planer for perioden 2005 til utgangen av 2008. Vi ønsker å ta opp følgende problemstillinger:

Generelt

Hvordan har kommunen organisert arbeidet innen psykiske helsevern tidligere?

Målgruppe(r) for psykisk helsearbeid per i dag

Mennesker med en psykiatrisk diagnose generelt?

Avgrenset til de vanskeligsts stilte med psykiske lidelser?

Mennesker med dobbeldiagnose rus/psykiatri?

Mennesker med demens?

Særlig fokus på enkeltgrupper (barn, eldre, familier, osv.)?

Særlig fokus på enkelte problemer/typer lidelser?

Boliger

Hvor mange personer med psykiske lidelser har fått bolig av kommunen totalt (bolig tildelt med psykisk lidelse som begrunnelse)?

Hva ligger til grunn for tallet ---- ? Er tallet revidert/endret?

Angir det behovet for omsorgsboliger (bygget med støtte fra Husbanken) eller boligbehovet for personer med psykiske lidelser totalt (inkludert kommunale boliger, annet)?

Omfatter det behovet for nye boliger i perioden 2005-2008?

Inkluderer tallet boliger som allerede var gitt tilsagn til i Husbanken?

Hvis tallet ---- ikke er riktig/er endret; hva er det udekkede boligbehovet i perioden fra 2005 til utgangen av 2008?

Har kommunen øremerkede boliger til mennesker med psykiske lidelser?

Benytter kommunen sykehjemsplasser i psykisk helsearbeid? Hvis ja, benyttes sykehjem til enkelte grupper?

Organisering av boligene; spredte boliger, samlokaliserte boliger, bokollektiv, annet?

Disponering av boligene; eierboliger (eies av beboerne) eller leieboliger (eies av kommunene eller private)?

Vilkårene for leieboliger; klausulerte kontrakter? Tidsbegrensede kontrakter? Husleienivå? Husleietilskudd? Annet?

Hvilken etat har ansvar for boligtildeling?

Tjenester

Organisering av tjenester i bolig til mennesker med psykiske lidelser:

Hvilken etat har ansvaret?

Egne tjenester/tjenesteytere i psykisk helsearbeid?

Integrert i det øvrige tjenesteapparatet?

Hvor mange årsverk har kommunen knyttet til psykisk helsearbeid?

Annet?

Omfanget av tjenestene som ytes i dag?

Er det behov for økning i omfanget av tjenester til utgangen av 2008?

I så fall, hva er behovet?

Hvilke faggrupper yter tjenester i psykisk helsearbeid? Opplæring, utdanning av tjenesteytere i regi av kommunen?

Samarbeid mellom kommunen og andrelinjetjenesten; med hvilke instanser og hvordan er samarbeidet?

Planer innen psykisk helse

Har kommunen egne planer for psykisk helsearbeid? (Viss kommunen har en plan og den ligger på nettet, kjenner vi til den. Dersom den finnes en plan som ikke er tilgjengelig på nett, vil vi gjerne få den tilsendt).

Er behovet for boliger og tjenester i psykisk helsearbeid nedfelt i andre kommunale planer? Hvilke?

Hva er grunnlaget for planene? Når ble planene sist oppdatert? Hvor langt fram går de (den)?

Vi ønsker også at dere tar opp problemstillinger/temaer, som ikke er dekket av vår skisse, som er viktig for dere å få fram. Det gjelder blant annet flaskehalser og problemer i arbeidet med boliganskaffelser og tjenester.

