

Hvorfor må kommunene i stadig større grad se bolig og tjenester i sammenheng?

Av: Inger Lise Skog Hansen, Fafo

Intro: To historier fra virkeligheten høsten 2012.

«Mitt største ønske er å komme hjem og få den hjelpen jeg trenger der». I et nyhetsinnslag på NRK i høst møter vi 82 år gamle June.¹ Hun er ferdigbehandlet på sykehus og utskrevet for flere måneder siden – helt i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Men hjemme i kommunen har ikke hjemmetjenesten kapasitet til å gi henne tilstrekkelig oppfølging slik at hun kan bo hjemme, og June bor på femte måneden på et dobbeltrom på det lokale sykehjemmet, et såkalt «samhandlingsrom».

«Jeg pleier å si at bolig er roten til alt godt ...». Dette sier generalsekretæren i Landsforbundet mot stoffmisbruk i programmet Puls,² som en kommentar til boligsituasjonen for rusavhengige. I programmet møter vi Torgrim, og vi følger han de siste ukene før han skal skrives ut fra døgntilbud i rusomsorgen. Tre uker før utskriving er Torgrim rusfri, men fortvilet med tanke på hvordan det skal gå etter utskriving. Verken ettervern eller bolig er på plass. «I verste fall må jeg bo på hospits, og det er verre for meg enn å bli kastet ut på gata. Blir alt for tett med stoffmisbruk og kriminalitet...». Torgrim får ikke egen bolig før utskriving, og løsningen blir et døgntilbud som Kirkens Bymisjon har. Torgrim føler at livet blir stående på vent.

Å ha et eget sted å bo, et hjem som er ens eget, er et helt grunnleggende velferdsgode. Dette anerkjennes også i FN's menneskerettighetsdeklarasjon § 25, på linje med blant annet mat, klær og helseomsorg. Et sted å bo er avgjørende for den enkeltes helse og velferd, samt for deltakelse i samfunnet. En bolig gir tak over hodet og er slik viktig rent fysisk, men et hjem er også et sted der man kan trekke seg tilbake, for rekreasjon og hvile, og for å ha venner og familie på besøk. Det er et utgangspunkt for å være del av et nabolag og et lokalsamfunn (Hansen og Øverås 2007). Hvor og hvordan vi bor, påvirker våre liv og vår helse (Grønningsæter og Nielsen 2011).

Å tilby et godt bolig- og tjenestetilbud til dem som trenger det, er en viktig oppgave for kommunene. Dette ansvaret er også forankret i helse- og omsorgstjenesteloven og i lov om sosiale tjenester i NAV. Min hypotese er at kommunene i økende grad vil bli nødt til å se bolig og tjenester i sammenheng. Hvorfor det? Jo, fordi andelen som har behov for en tilrettelagt boligsituasjon og motta nødvendige tjenester i hjemmet for å kunne mestre egen hverdag, helse og livssituasjon, øker. Ikke å se bolig og tjenestesituasjon i sammenheng, kan være ineffektivt, påvirke levekår og helsesituasjon til innbyggere, samt påvirke i hvilken grad en lykkes med rehabilitering. De to historiene innledningsvis illustrerer nettopp dette. June er blitt gammel, men hun behøver ikke å bo på sykehjem. Hun kan klare seg selv i eget hjem

¹ NRK Dagsrevyen 12.9.2012.

² NRK Puls 15.10.2012.

dersom hun får besøk av hjemmetjenesten fire ganger om dagen for bistand med sondespising. Et liv på dobbeltrom med noen hun ikke kjenner, forringer hennes livskvalitet og hemmer rehabiliteringen etter behandling. Torgrim er i en helt annen livsfase enn June, men han har også behov for bolig, og kanskje også for noen tjenester for å komme seg videre og klare å leve rusfritt. Hver dag Torgrim er uten et tilpasset bo- og tjenestetilbud, øker faren for at det han har oppnådd gjennom rusbehandlingen blir ødelagt.

Kommunene erfarer at det er et stort behov for både boliger og tjenester til personer som av ulike årsaker trenger det. I mange undersøkelser oppgir kommunene at de mangler boliger for å kunne tilby alle med behov et egnet botilbud, og de har utfordringer med å gi et kvalitativt godt tjenestetilbud på ulike områder (Holm 2012, Hansen og Grødem 2012, Gautun og Grønningsæter 2012).

Problemstillingen for denne artikkelen er hvorfor kommunene i stadig større grad må se bolig og tjenester i sammenheng. Artikkelen er bygget opp slik at jeg først sier noe om bakteppet for dagens situasjon, deretter går videre til kommunenes forpliktelser og det juridiske rammeverket for bolig og tjenester, så til erfaringer og kunnskap om bolig og tjenester til utsatte grupper, bolig og rehabilitering, før jeg avslutningsvis diskuterer hvorfor boligpolitikk og helse- og sosialpolitikk i større grad er nødt til å ses i sammenheng, og hvordan man eventuelt kan komme videre med dette.

Fra institusjon til frikobling av bolig og tjenester

Lenge var det sånn at personer med behov for omfattende tjenester; omsorg, behandling eller annen hjelp, var henvist til å bo i institusjon og ikke hadde noen privat adresse i nabolaget. Personer med nedsatt funksjonsevne, kronisk syke, utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser tilhørte grupper hvor institusjonsomsorgen var samfunnets primære tilbud. Det finnes mye kunnskap om at dette ofte ikke var noen god løsning, og at tilbudet til de som bodde der var langt fra det vi forbinder med et hjem. Institusjonsomsorg betyr en direkte sammenkobling mellom bolig og tjenester. Å være i en institusjon betyr å være underlagt et administrativt regime og et hverdagsliv dominert av felles rutiner og regler. Fra 60-tallet og utover har det vært tatt et politisk oppgjør med denne institusjonstankegangen, og institusjonsomsorg har blitt avviklet på område etter område. Det største oppgjøret med institusjonstankegangen var HVPU-reformen i 1991. I HVPU-reformen var normaliseringsprinsippet førende, utviklingshemmede skulle ha egen bolig integrert i ordinære bomiljøer og et aktivt hverdagsliv i fellesskap med andre (Ot.prp. nr. 49 (1987-88), St.meld. nr. 47 (1989-90)). Hver enkelt skulle få tildelt nødvendige individuelle tjenester uavhengig av boform. De samme prinsippene finner vi igjen i endringene innen psykisk helsevern (St.meld. nr. 25 (1996-97) og opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63 (1997-98))). Også innenfor rusfeltet har kommunene fått økt ansvar for bolig og tjenester. I rusreformen fra 2004 var det viktigste at også rusavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre, og spesialisthelsetjenesten fikk ansvar for behandling av denne gruppa (I-8/2004). Samtidig har flere handlingsplaner og opptrappingsplaner for rusfeltet lagt vekt på kortere

opphold i institusjon og å øke den kommunale innsatsen, og ikke minst at rusavhengige skal ha et sted å bo og nødvendige tjenester for å klare å opprettholde en god boligsituasjon. Innføringen av Legemiddelassistert behandling (LAR) har dessuten økt kommunenes ansvar. Rusavhengige har vært en viktig gruppe i den statlige innsatsen mot bostedsløshet og ført til større oppmerksomhet omkring bolig- og tjenestebehovet i denne gruppa (Ytrehus mfl. 2008). Men også innen eldreomsorgen har det blitt lagt mer vekt på hjemmebasert omsorg. Handlingsplanen for eldreomsorgen som kom på slutten av 90-tallet, inneholdt en nedbygging av institusjonsomsorgen til fordel for å etablere omsorgsboliger og tilrettelegge for at flere eldre skulle kunne bo hjemme lenger. (St.meld. nr. 50 (1996-97).

Institusjonsomsorgen er bygget kraftig ned, samtidig som den generelle medisinske utviklingen gjør at flere kan behandles og flere overlever behandling etter skader og kroniske sykdommer. De kommunale hjemmetjenestene har fått flere brukere og en mer sammensatt gruppe brukere. Det er eldre, demente, personer med ulike former for nedsatt funksjonsevne, kognitiv svikt, personer med kroniske lidelser, personer med psykiske lidelser, rusavhengige, personer i rehabilitering etter slag eller kreft og andre somatiske sykdommer, og personer som er i siste fase av livet. Andelen yngre brukere av kommunale hjemmetjenester har økt sterkt, og står for den største økningen innen pleie- og omsorgstjenestene det siste tiåret (Gautun og Hermansen 2011, Romøren 2007). For mange er ulike tjenester helt avgjørende for at de skal kunne bo i egen bolig og opprettholde en stabil bosituasjon. For mange er hjemmetjenester og medisinsk oppfølging en viktig del av tjenestetilbudet.

Det har lenge vært et mål å redusere liggetiden i sykehus og spesialisthelsetjeneste. Samhandlingsreformen forsterker denne utviklingen ytterligere. Tidligere utskrivning fra spesialistbehandling gjør det enda mer avgjørende at kommunene kan bidra med egnet boligtilbud og tjenester for de som har behov for det. Det samme gjør målet i samhandlingsreformen om økt forebygging. Et godt tilrettelagt bo- og tjenestetilbud i hjemkommunen kan forebygge sykdomsutvikling og behov for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Å bygge ned institusjonsomsorgen er å frikoble bolig fra tjenester. Samtidig vil mange brukere ha behov for bistand til å få et egnet sted å bo, for tjenester i hjemmet eller for å kunne leve et selvstendig liv i egen bolig i et lokalsamfunn. Det betyr at for mange brukeres vedkommende vil det være viktig å se deres totale behov i sammenheng for å kunne gi best mulig bistand og oppnå best mulige resultater. Det betyr ikke at tjenester skal knyttes til spesifikke botilbud, men at det gjøres en vurdering av hvilket botilbud som egner seg for den enkelte, og hvilke tjenester den enkelte har behov for.

Det juridiske rammeverket

I dag er det to lover som regulerer kommunenes ansvar for å sikre innbyggere nødvendig bolig og tjenester: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om sosiale tjenester i NAV. Begge lovene har som del av sin formålsparagraf at de skal bidra til gode levekår i befolkningen og, som del av dette, også bidra til en trygg boligsituasjon.

I lov om sosiale tjenester i NAV står det at formålet er å bedre levekårene for vanskeligstilte (...) herunder at *den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.*

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det at et særlig formål er å 1) forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, 2) fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, og 3) *sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.* I tillegg inneholder formålsparagrafen flere punkter relatert til tjenesteutøvelse.

Lovene gir til sammen kommunene et bredt velferdspolitisk mandat til å sikre at alle har en god boligsituasjon, som utgangspunkt for deltakelse i samfunnet. Dette vil for mange bety at de også er nødt til å få tjenester. Det er selvsagt grenseoppganger i ansvar mellom disse lovene. Ifølge rundskrivet til lov om sosiale tjenester i NAV, har NAV ansvaret for boligsituasjonen til de økonomisk og sosialt vanskeligstilte (Rundskriv, NAV 2012). Helse- og omsorgstjenesteloven dekker en bredere gruppe av personer med pleie- og omsorgsbehov. I dag er alle tjenester forankret i helse- og omsorgsloven, også praktisk hjelp, støttekontakt og annet som tidligere var forankret i sosialtjenesteloven. Dette betyr at helse- og omsorgstjenestene har fått et omfattende ansvar for bo- og tjenestesituasjonen til utsatte grupper. Den kommunale delen av NAV skal medvirke til at også brukere som de har ansvar for, får tilgang til nødvendige tjenester under helse- og omsorgsloven, samt bidra til kommunens boligsosiale arbeid for å ivareta sine brukeres interesser. Med andre ord fordrer lovgrunnlaget et samarbeid mellom de to områdene på boligområdet.

Lov om sosiale tjenester i NAV pålegger kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen i § 15 å «medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet». I tillegg gis kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen i § 27 en forpliktelse til å finne midlertidig botilbud til dem som ikke klarer det selv.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-7 gir kommunen ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker.

I § 3-2-6 i helse- og omsorgsloven ligger ansvaret for tjenester som er relatert til det å leve et selvstendig liv i egen bolig; blant annet helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, praktisk bistand og støttekontakt.

Lov om sosiale tjenester i NAV inneholder i dag ikke tjenester relatert til det å bo, men lovens vekt på råd og veiledning er grunnlag for viktige tjenester for en del personer. Herunder kommer f.eks. økonomisk rådgivning.

Det har vært diskusjoner omkring manglende lovforankring av kommunenes ansvar for å bidra til bolig for utsatte grupper, blant annet i det siste boligutvalgets rapport, Rom for alle (NOU 2011: 15). Samtidig er intensjonene i både helse- og omsorgstjenesteloven og lov om

sosiale tjenester i NAV svært tydelige på at de sammen gir kommunene et omfattende ansvar på området. Usikkerheten kan selvsagt oppstå ved å splitte ansvaret mellom de to ulike lovene. Det nye er at alle tjenester nå er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven, også praktisk bistand eller andre tjenester som ikke nødvendigvis er helserelevante. Sammen med et utvidet perspektiv på bolig i begge lovene kan dette betraktes som et utgangspunkt for en større samordning av innsatsen i kommunene.

Hvordan har kommunene forholdt seg til bolig og tjenester?

Boligpolitikk og helse- og sosialpolitikk er to ulike områder, og i kommunene sorterer de under minst to, noen ganger tre ulike sektorer. Også på statlig nivå sorterer dette under ulike områder: Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet. I tillegg er det en rekke andre departementer og områder som på ulike måter berører problematikken. Utfordringen med å få til samarbeid på tvers, gjenfinnes på alle nivåer i forvaltningen. Gautun og Grønningsæter (2012) viste nylig at i de offentlige dokumentene om innføringen av vår tids største helsereform, samhandlingsreformen, er boligpolitikk fraværende. Forskerne har blant annet gjennomgått stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) og finner ikke at faktorer relatert til boligbehov i kommunene og betydningen av dette for å innfri målsettingene i reformen er berørt. Forskernes utgangspunkt er at boligpolitikk kan ha betydning for om kommunene lykkes med det forebyggende arbeidet, men også for å opprettholde behandlingseffekter etter endt behandling og gode rehabiliteringsprosesser (Gautun og Grønningsæter 2012). Forskerne gjennomfører intervjuer i et utvalg casekommuner, og bildet bekreftes. Alle kommunene mener at de har et økende behov for egnede boliger, og videre et mer differensiert boligtilbud, dersom de skal klare å ta imot flere som skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten, og samtidig bidra til forebygging av helseproblemer og behov for behandling. Den ene kommunen hadde lang erfaring med samordning av helse- og sosialpolitikk og boligpolitikk, og de arbeidet med boligsosiale utfordringer. Den andre kommunen hadde ikke hatt dette i fokus tidligere og heller ikke nå. Begge kommunene kritiserer sentrale myndigheter og statlige etater for manglende oppmerksomhet og veiledning om bolig i forberedelsene til reformen. I rapporten peker forskerne på at dersom det skal bli økt oppmerksomhet om dette i kommunene, krever det statlige grep og føringer. Rapporten peker videre på behovet for flere universelt utformede boliger og egnede boliger for å møte behovene fremover, tidligere utskrivninger fra sykehus samt en voksende gruppe av de eldste eldre. Samtidig viser de at det største erfarte behovet for boliger og tilpassede tjenester er hos personer med rusproblemer, psykiske lidelser eller samtidig rusproblemer og psykiske lidelser. Informantene i kommunene mener at denne gruppa så langt har fått lite oppmerksomhet i samhandlingsreformen, og at dette er en svært krevende gruppe hvor det ofte er nødvendig med tjenester fra flere områder samtidig og med samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

De siste årene har det vært en økende forståelse av betydningen av å se boligpolitikken i sammenheng med den øvrige velferdspolitikken. Et eksempel er det offentlige utvalget som

utredet tiltak for de mest hjelpetrengende rusavhengige, hvor et av tiltakene som ble foreslått var å integrere bolig etter behandling i spesialisthelsetjenesten som en del av behandlingen (Stoltenbergutvalget 2010). Resonnementet handler om å sikre kontinuitet i behandlingen av rusavhengige og at ikke behandlingseffekter reverseres ved at pasienter skrives ut til en situasjon uten et ordnet boforhold og en oppfølging i kommunen. Gjennom Prosjekt bostedsløse og strategien På vei til egen bolig, har det vært mye oppmerksomhet om økt samarbeid mellom ulike deler av forvaltningen, både innad i kommunen og mellom ulike forvaltningsnivåer: mellom sosialtjenesten i NAV og boligetaten for å få til egnede bosituasjoner, mellom helseforetak og kommune ved utskrivning av pasienter, mellom kriminalomsorg og kommune ved løslatelse av innsatte etter soning. Mest sannsynlig kan mye av denne kompetansen overføres også til andre områder og andre grupper, f.eks. ved gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Bolig er ikke bare bolig. En egnet boligsituasjon kan gjøre den enkelte mer selvstendig og selvhjulpent, en uegnet boligsituasjon kan føre til det motsatte, til et større hjelpebehov. Holm (2012) har vist hvordan et uegnet botilbud til personer med psykiske lidelser kan føre til behov for mer tjenester enn brukeren egentlig burde ha behov for. En illustrasjon er en person som får tilbud om bolig i et bofellesskap, men hvor det å bo slik og med mange tjenesteutøvere tett på, skaper et unødige stort behov for tjenester. Personen blir mer hjelpetrengende enn han egentlig er. Poenget er at det å ikke være oppmerksom på hva som er en egnet bosituasjon for den enkelte og utviklingen i vedkommendes boligbehov, kan bidra til å undergrave intensjonene om større selvstendighet for den enkelte (ibid.). I en undersøkelse av bruk av bofellesskap og samlokaliserte boliger i kommunene, finner vi mye av det samme (Hansen og Grødem 2012). Manglende bevissthet om den enkeltes behov ved tilbud om boliger og oppfølging i bolig, kan medføre at personer med nedsatt funksjonsevne eller helseproblemer blir dårligere, samtidig som god vurdering av den enkeltes behov med hensyn til bolig og tjenester kan føre til bedre helsetilstand, økt selvstendighet og bedre følelse av mestring. Rapporten illustrerer at for noen er det hensiktsmessig og ønsket å bo i bofellesskap, mens for andre fører dette til dårligere helse, og disse kan få bedret sin livskvalitet og helse ved å bo i en egen bolig i et ordinært bomiljø. Behovet er individuelt og må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Utfordringen oppstår når mangel på boliger gjør at en ikke kan ta tilstrekkelig hensyn til den enkeltes behov, eller det er manglende samarbeid mellom boligkontor og helse- og sosialtjenesten ved tildeling av boliger.

De siste årenes arbeid med bolig for utsatte grupper har etablert begrepet «boligsosialt arbeid» i norsk forvaltning. Boligsosialt arbeid fikk for alvor oppmerksomhet med Prosjekt bostedsløse. Dette var et fireårig nasjonalt forsøksprosjekt gjennomført i de sju største byene, rettet inn mot de mest vanskeligstilte på boligmarkedet. Rusavhengige og personer med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser var viktige målgrupper. Prosjektet tydeliggjorde at mange vanskeligstilte på boligmarkedet har behov for hjelp med å få et sted å bo, men også til å kunne opprettholde en stabil bosituasjon. For mange er det en sterk sammenheng mellom bolig og nødvendige tjenester for å kunne leve et verdig liv. I etterkant har strategien På vei til egen bolig, og de senere boligsosiale utviklingsprogrammene i Husbanken, hatt et vidt og mer helhetlig perspektiv på bolig for vanskeligstilte. Det har også blitt etablert egne

statlige tilskuddsmidler til kommunene for at de skal følge opp bostedsløse og rusavhengige i bolig (Hansen mfl. 2007). Boligsosialt arbeid er svært vidt definert, og kunnskapen bygger på erfaringer som er gjort i kommunene. Dette handler blant annet om en helhetlig tilnærming til når det skal ytes bistand til bolig for utsatte grupper, og om å se på tvers av etatsgrenser i kommunen og mellom ulike forvaltningsnivåer. Videre handler det om å bruke en individuell plan som virkemiddel når det gjelder å koordinere innsatsen rettet mot den enkelte, og å være bevisst på bomiljø og hvor den enkelte kan bo for å ha best mulig forutsetning for å klare seg selv.

Boligsosialt arbeid slik det brukes i dag, inkluderer også hele den brede boligplanleggingen i kommunene og arbeidet med boliger for vanskeligstilte generelt. Sandlie mfl. (2011) definerer det på denne måten:

«Boligsosialt arbeid» har blitt en samlebetegnelse for arbeidet med å skaffe de fattigste og svakstilte i samfunnet egen bolig, hjelp til å mestre sin boligsituasjon og til å finne sin plass i nærmiljøet.

NAV definerer det på denne måten:³

Formålet med det boligsosiale arbeidet er å forebygge og motvirke bostedsløshet. Boligsosialt arbeid omfatter alt fra å framskaffe boliger til å øke den enkeltes forutsetning for å mestre en bo- og livssituasjon.

Det man kan stille spørsmål ved, er om den litt snevre definisjonen av vanskeligstilte, som har ligget til grunn for de boligsosiale satsningene de siste årene, har hemmet den mer helhetlige tilnærmingen som inkluderer den etterhvert svært sammensatte gruppa med behov for bolig og tjenester. En erfaring som ble gjort med f.eks. Prosjekt bostedsløse og de boligsosiale tilskuddsmidlene til oppfølgingstjenester i bolig, var at de i stor grad bidro til å etablere tjenester for bostedsløse og rusavhengige på siden av det ordinære tjenesteapparatet. I stedet for å utvikle metode i hjemmetjenesten i kommunene, ble det etablert egne bo-oppfølgingstjenester for rusavhengige eller personer med dobbeltdiagnoser. Senere undersøkelser viste at et suksesskriterium for å videreføre tjenestene etter at de statlige tilskuddsmidlene opphørte, var at de ble integrert i de ordinære tjenestene i kommunene (Hansen mfl. 2007). Forskningen har vist at Prosjekt bostedsløse og den boligsosiale innsatsen har bidratt til at det er blitt satt et nødvendig søkelys på rusavhengiges rett til et sted å bo og til tjenester for å opprettholde en stabil bosituasjon, det samme gjelder personer med dobbeltdiagnoser.

Bolig- og tjenestebehov – hva vet vi?

Flere forskningsprosjekter har vist hvor stor betydning et sted å bo har for den enkeltes velferd. Et varig boligtilbud i kombinasjon med nødvendige tjenester har bidratt til økt bostabilitet, bedre helse og mulighet for sosial inkludering for tidligere bostedsløse, personer med rusproblemer og psykiske lidelser (jfr. Hansen mfl. 2007, Ytrehus mfl. 2008).

³ <http://www.nav.no/Om+NAV/For+kommunen/Boligsosialt+arbeid>

Flere evalueringer og studier har vist at tjenestene som er etablert for en målgruppe der mange er rusavhengige, har psykiske lidelser eller dobbeltdiagnoser av rus og psykiske lidelser, spenner over et bredt spekter (Hansen mfl. 2007, Ytrehus mfl., 2008, Hansen 2005). Det er tjenester i forbindelse med det å bo, praktisk bistand for å handle, lage mat, vaske, ha ansvar og kontroll over egen bolig og overholde økonomiske forpliktelser, råd og veiledning på ulike områder, bistand for å få helsehjelp, hjelp med å gjenopprette eller holde kontakt med familie, og hjelp til å komme i arbeid eller aktivitet. Det er viktig at disse tjenestene er innrettet mot å gi den enkelte en følelse av økt mestring og selvstendighet. Den enkelte skal få bedret sine levekår og klare seg selv på best mulige måte. I tillegg får mange av brukerne helsetjenester. Intervjuer med brukere som mottar denne formen for helhetlige tjenester, viser at de i stor grad er meget fornøyd med de tjenestene de får. Tjenestene er oppsøkende eller det som kalles ambulante, og tjenesteutøverne gir i stor grad fleksibel og individuelt tilpasset hjelp til brukerne. De forholder seg til behov for tjenester på ulike områder og fra flere forvaltningsnivåer. For mange rusavhengige og personer med psykiske lidelser har det vært viktig nettopp å få til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, enten om planlagte innleggelse eller om veiledning. En viktig faktor i tjenesteutformingen de siste årene har vært utviklingen av oppsøkende tjenester utenfor sykehus eller andre institusjoner på mange områder, f.eks. innen psykisk helse og rus.

På bakgrunn av flere studier ser vi noen suksesskriterier: individuell tilpasning, fleksibilitet, helhetlige tjenester – og faste kontaktpersoner. Et fellestrekk er at brukerne har behov for tjenester fra ulike områder, og det viser seg at den enkeltes kontaktperson gjør en svært viktig koordinerende jobb. Dette handler om at tjenesteutøveren gjør oppgaver som ligger innenfor mange ulike områder i kommunen, bidrar til følge eller ledsagelse av brukeren ved behov, f.eks. slik at han eller hun får kontakt med lege eller tannlege, eller holder avtaler. Denne ledsagermodellen er en viktig samordning av den enkeltes tjenestetilbud, og en modell som brukerne er fornøyd med (Ytrehus mfl. 2007). Individuell plan og andre samhandlingsverktøy er viktig for å få til helhetlige og koordinerte tjenester til den enkelte, og at en person forholder seg til helheten i situasjonen, viser seg å være svært vesentlig. Dette er et poeng også i rapporten På randen av å bo, hvor det pekes på at der brukerne er fornøyd med tjenestetilbudet, handler det ofte om at de opplever å bli sett, å bli akseptert og møte forståelse. Fleksibilitet og helhet blir fremhevet som viktig, men også at mange brukere har behov for en coach eller en koordinator som kan fungere som en los i møtet med ulike deler av hjelpeapparatet og i prosessen med å mestre eget liv (Taksdal mfl. 2006).

Mange rapporter viser at ikke alle brukere får det tjenestetilbudet de har behov for, og at det mange steder er utilstrekkelige bo- og tjenestetilbud (Holm 2012, Hansen og Grødem 2012, Gautun og Grønningsæter 2012). Tidligere studier har vist at når det gjelder bistand til aktivitet og arbeid, er det særlige mangler, eller det som jeg i noen rapporter har kalt «innhold i livet» (Hansen 2006). Også i en nylig utført studie av kommunenes etablering av samlokaliserte boliger og store bofellesskap, viser det seg at manglende støtte til deltakelse i aktiviteter og arbeid bidrar til å hemme sosial inkludering i nærmiljøet. I diskusjonen om integrering av utviklingshemmede og personer med nedsatt funksjonsevne, har det vært sterk fokusering på boligløsninger, men tjenester for å kunne delta aktivt i nærmiljøet er avgjørende

for å nå målet om sosial inkludering. Å bo i egen bolig integrert i et ordinært bomiljø kan være svært ensomt og isolerende dersom en ikke får bistand til å kunne delta i slike aktiviteter.

Å få sin egen bolig kan bidra til bedre livskvalitet og sosial inkludering. Et dårlig botilbud kan gjøre det vanskelig å oppnå sosial inkludering. I en studie møtte jeg ei ung jente. Hun hadde rusproblemer, og hun hadde vært i kontakt med barnevernet siden hun var tidlig i tenårene. Nå hadde hun fått botilbud i et hus hvor det bodde mange eldre rusavhengige i aktiv rus. Denne jentas bosituasjon gjorde det tilnærmet umulig å komme seg ut av rusavhengigheten og starte å jobbe med å komme i aktivitet og på sikt i arbeid. Ruskonsulenten i kommunen var enig med jenta i at dette var svært uheldig og uverdlig, men samtidig hadde kommunen ingen andre boliger tilgjengelig (Hansen 2006). Et annet eksempel er ei kvinne med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Kvinnen hadde vært inn og ut av institusjon mange ganger, og de aller fleste gangene hadde det vært dramatiske akuttinnleggelsler. Da jeg møtte henne, følte hun at hun mestret å bo alene i leiligheten sin, siden hun nå hadde fått gode tjenester som gjorde at hun følte seg trygg. Tjenestene var gitt av et eget prosjekt for booppfølging i kommunen. Hun hadde en egen kontaktperson som kunne kontaktes ved behov, og et samarbeid med Distriktpsikiatrisk senter førte til at det ble gitt nødvendig veiledning til de som fulgte henne opp i booppfølgingsprosjektet. Hun hadde faste avtaler om å lage mat sammen med kontaktpersonen en gang i uka, fikk hjelp til å drive med en aktivitet, og kontaktpersonen hadde fulgt henne til et første møte for å gjenopprette kontakt med familien. Kvinnen selv mente det viktigste var at hun hadde laget avtaler for å håndtere økonomien sin og at hun visste at hun kunne ringe kontaktpersonen når som helst. De som fulgte henne opp sa at det aller viktigste var at kvinnens psykiske helse var blitt mye bedre. Ved hjelp av et tilpasset tjenestetilbud ser de henne oftere enn før og registrerer når hun blir dårlig. Det betyr at de mange dramatiske akuttinnleggelsene er erstattet av noen få planlagte innleggelsler.

Å ha en tilpasset boligsituasjon er viktig, og individuelt tilpassede tjenester gjør at mange får bedre helse og økt følelse av mestring. Samtidig er det et ugjenkallelig faktum at det mangler boliger i mange kommuner. Mangel på boliger for personer med tjenestebehov ser ut til å føre til at kommunene i økende grad etablerer samlokaliserte boliger og større bofellesskap (Hansen og Grødem 2012). Dersom dette blir det eneste boligtilbudet som tilbys brukere med behov for tjenester, kan det føre til dårligere helse og levekår for de som dette tilbudet ikke passer for.

I undersøkelser om boligønsker blant ulike personer med bo- og tjenestebehov, viser det seg et svært sammensatt bilde. De aller fleste vil bo i vanlige boliger, mange drømmer om egen leilighet eller eget hus. Noen ønsker å bo i en periode i mer samlokaliserte boliger eller bofellesskap tett på en personalbase. Noen sier det er viktig å vite at et slikt tilbud er permanent og at man får varige leiekontrakter, noen sier at det er svært viktig at et slikt tilbud er midlertidig, og at leiekontrakten bygger opp under at de skal videre til en mer selvstendig bolig. Dette er med andre ord sammensatt, og viser at det er behov for et differensiert boligtilbud. Når man etablerer samlokaliserte boliger og store bofellesskap, er det viktig å være oppmerksom på at tilbudet egner seg kun for noen. For de som skal bo der, er det viktig

at tjenesteutøvere er oppmerksom på at boligbehov kan endre seg, å være oppmerksom på utvikling i boligbehov, at boligløsningene ikke vil fungere stigmatiserende og at tjenestene bidrar til mestring og selvstendighet i den enkeltes liv.

Bolig som faktor i rehabilitering

Å få en egnet boligsituasjon kan være en viktig faktor for rehabilitering, f.eks. for pasienter som skrives ut fra sykehus. Et eksempel er June som ønsker å komme hjem, men som på grunn av tjenestebehovet blir henvist til å bo på «samhandlingsrom» på sykehjemmet. Dette forringer Junes livskvalitet, og sannsynligvis bidrar det til en lengre rehabiliteringsperiode enn nødvendig. For Torgrim er det å få en egnet bosituasjon etter behandling i rusomsorgen avgjørende for rehabiliteringen, for om han klarer å leve et rusfritt liv. Han sier selv at det har gått galt tidligere, og at han ikke vil bo på hospits, for da vil det mest sannsynlig gå galt. Å få en bolig hvor han ikke eksponeres for rus hele tiden, er viktig i hans rehabilitering. Dette vet vi er riktig. I en studie (Hansen 2006) sier en ansatt i kommunen om den gruppa som de nå har jobbet med å skaffe et tilpasset bo- og tjenestetilbud:

«Dette er de vi har bosatt igjen og igjen, og kasta ut. Alle er tidligere bostedsløse med en ustabil og tilfeldig bosituasjon over lang og tid. De har erfaring fra institusjoner, både rusomsorg og psykiatri, og fra fengsel. De er slitne, det er folk med alvorlig psykisk lidelse og vedvarende langvarig rusmisbruk.»

Strengt tatt kan en si at vi som samfunn kaster penger ut av vinduet hver gang vi skriver en person ut fra rusbehandling, psykiatrisk behandling eller løslater en person med sosiale og helsemessige problemer fra fengsel, uten å sikre vedkommende et tilpasset bo- og tjenestetilbud i kommunen. Det samme gjelder når en pasient utskrives fra sykehus uten at det venter et egnet bo- og tjenestetilbud i kommunen.

Bolig er et grunnleggende levekårsgode

Helse- og omsorgsloven sammen med lov om sosiale tjenester i NAV gir kommunen et bredt velferdspolitisk mandat til å jobbe aktivt for å skape en god boligsituasjon for de som trenger det, og for bolig som et utgangspunkt for helse, mestring av egen livssituasjon og sosial inkludering. Samhandlingsreformen forsterker en utvikling hvor kommunene har fått økt ansvar for å sikre et godt bolig- og tjenestetilbud til personer med ulike former for helsemessige og sosiale problemer. Boligen er blitt en viktig arena for kommunal tjenesteutøvelse. Det er behov for økt samordning og samarbeid mellom bolig-, helse- og sosialsektoren i kommunene. «Bolig er roten til alt godt», sa generalsekretæren i Landsforeningen mot stoffmisbruk, sitert innledningsvis. Dette gjelder ikke bare for rusavhengige. Skal kommunene klare utfordringene innen helse- og sosialsektoren fremover, må de anerkjenne bolig som et grunnleggende levekårsgode. Det betyr ikke bare å sikre alle tak over hodet, men å vurdere bolig og tjenester i lys av den enkeltes ønsker og helhetlige

behov. Å avvikle institusjonsomsorg betyr å frikoble mottak av tjenester fra boligsituasjon. Det betyr ikke at behovet for tjenester opphører. Kommunene må ta disse ulike forutsetningene inn over seg og videreutvikle perspektivene, strategiene og metodene i sitt arbeid med bolig, helse, omsorg og sosiale spørsmål.

Viktige aspekter i den boligsosiale satsningen fra Husbanken og Arbeids- og velferdsetaten de siste årene har vært et mer helhetlig perspektiv på bolig for utsatte grupper og på betydningen av relevante tjenester for at utsatte grupper skal kunne opprettholde en stabil bosituasjon. Spørsmålet er om det ikke nå er på tide å utvide oppmerksomheten og gripe den store utfordringen: kommunenes ansvar for å sikre bolig og tjenester til en stadig mer sammensatt gruppe. Det er viktig med en helhetlig tilnærming innen de hjemmebaserte tjenestene og inkludere boligperspektiver i deres arbeid og strategier. Oppsøkende tjenester og ambulante team gir nye muligheter for et aktivt arbeid med brukere i eget hjem. Mange av perspektivene som er blitt utviklet i det boligsosiale arbeidet, vil kunne bidra til å utvikle og styrke hjemmetjenestene og kommunenes arbeid med å sikre gode bo- og tjenestetilbud. Viktig lærdom er nettopp å fokusere på helhet og den enkeltes totale livssituasjon, individuell tilpasning og sammenheng i tjenestetilbudet, for å styrke den enkeltes mestring av sin livssituasjon. En slik tilnærming kan gi muligheter for helsefremmende arbeid blant mange brukere, og kan kanskje øke ambisjonene i eldreomsorg, fra pleie til hjelp til selvhjelp. For mange brukere kan dette bidra til bedre helse og økt livskvalitet. Et helhetlig blikk på bolig, helse, omsorg og sosiale tjenester kan gi grunnlag for et felles kompetanseløft med bolig som utgangspunkt for helsefremmende arbeid og større grad av sosial inkludering.

En økende etterspørsel etter bolig blant personer med tjenestebehov, blir det som styrer boligetableringen i kommunene, og det fører til stadig flere store boligkomplekser og samlokaliserte enheter. Noen vil kalle det omsorgsgettoer. Kommunenes motivasjon er å effektivisere tjenesteproduksjonen ved å samlokalisere de som trenger tjenester på ett sted. Det er mye som taler for at det er behov for å endre perspektivet. Hvordan kan vi skape en bo- og tjenestesituasjon som legger til rette for den enkeltes mestring og utvikling, og gode levekår? Svaret på det er mest sannsynlig et mer differensiert boligtilbud og en videreutvikling av tjenestetilbudet i kommunene.

Litteraturhenvisninger

Gautun, H. og Hermansen, Å. (2011), Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Fafo-rapport 2011:12

Gautun, H. og Grønningsæter, A. B. (2012), Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken. Fafo-rapport 2012:3

Grønningsæter, A.B. og R. Nielsen (2011). Bolig, helse og sosial ulikhet. Helsedirektoratet 03/2011. IS-1857.

Hansen, I. L. S. og Ytrehus, S. (2005), Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. Fafo-rapport 494

Hansen, I L. S. (2006), *Bo- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser. En brukerstudie*. Fafo-rapport 519

Hansen, I.L.S., Gautun, H. Langsether, Å. og Sandlie, H.C. (2007), *Ikke bare bare å bo. Sluttrapport fra evaluering av statlig tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmisbrukere*. Fafo-rapport 2007:38

Hansen, I, L, S. og S. Øverås (2007), "Bolig for personer med psykisk lidelse og rusproblematikk". I: Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa, red., *Under tak – mellom vegger. Perspektiver på boligens betydning i velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk

Hansen, I.L.S. og A.S.Grødem (2012), *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene*. Fafo-rapport 2012:48.

Holm, A. (2012), *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. NIBR-rapport 2012:2.

Ot. Prp. Nr. 49 (1987-88) Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede (avviklingsloven)

Rundskriv, Hovednr. 35 - Lov om sosiale tjenester i NAV

Rundskriv I-8/2004 Rusreform – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

Romøren, T.I.(2007). Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til yngreomsorg. I *Aldring og livsløp 1/2007*. Fagbokforlaget.

Sandlie, H.C, Å. Langsæter, J. Sørvoll og T. Hansen (2011). *Organisering og planlegging av boligsosialt arbeid i norske kommuner – fire casestudier*. Nova-rapport 5/2011.

Stoltenbergutvalget (2010), Rapport om narkotika. Utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet. I 1149-B

Stortingsmelding nr. 47 (1989–1990), Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997), Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Stortingsmeld.nr. 50 (1996-97). Handlingsplan for eldreomsorgen: Trygghet – respekt – kvalitet.

Stortingsproposisjon nr. 63 (1997–1998), Opptrappingsplanen for psykisk helse

Taksdal, A., J-K Breivik, K. Ludvigsen og B. Ravneberg (2006), *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger*. Rokkansenteret Rapport 1:2006.

Ytrehus, S., I.L.S. Hansen, Å. Langsether, H.C. Sandlie og A. Skårberg (2007b), *Tjenester til bostedsløse i ti kommuner. Devaluering 2*. Fafo-rapport 2007:23. Oslo: Fafo

Ytrehus, S., Sandlie, H. C. og Hansen, I. L. S. (2008), *På rett vei. Evaluering av Prosjekt bostedsløse to år etter*. Fafo-rapport 2008:6