

Evelyn Dyb og Trine Monica Myrvold

Omsorgsboliger for psykisk syke

Evaluering av Husbankens arbeid



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Omsorgsboliger for psykisk syke

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2009:4

Kommunalt psykisk helsearbeid
Organisering, samarbeid og samordning

NIBR-rapport 2008:32

Psykisk sykes levekår

NIBR-rapport 2008:16

Psykisk helse og psykisk sykdom
Innbyggernes kunnskap og holdninger

Rapportene koster kr 250,-, og kan bestilles fra NIBR:

Gaustadalléen 21

0349 Oslo

Tlf. 22 95 88 00

Faks 22 60 77 74

E-post til

nibr@nibr.no

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Evelyn Dyb og Trine Monica Myrvold

Omsorgsboliger for psykisk syke

Evaluering av Husbankens arbeid

NIBR-rapport 2009:25

Tittel: Omsorgsboliger for psykisk syke
Evaluering av Husbankens arbeid

Forfatter: Evelyn Dyb og Trine Monica Myrvold

NIBR-rapport: 2009:25

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-804-7
Prosjektnummer: O-2782
Prosjektnavn: Evaluering av Husbankens arbeid
med omsorgsboliger for psykisk syke

Oppdragsgiver: Husbanken

Prosjektleder: Trine Monica Myrvold

Referat: Rapporten omhandler Husbankens arbeid med bygging av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse. Husbanken hadde en klart definert rolle i arbeidet, og samarbeidet med kommunene og fylkesmennene vurderes som godt. Rapporten drøfter også årsaker til forsinkelser i boligbyggingen samt trekk ved de omsorgsboligene som ble realisert.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: September 2009

Antall sider: 154
Pris: Kr 250,-

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

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2008

Forord

Det foreliggende arbeidet utgjør sluttrapporteringen fra prosjektet *Evaluering av Husbankens arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse*, utført på oppdrag fra Husbanken.

Rapporten er skrevet av forskerne Evelyn Dyb og Trine Myrvold. Trine Myrvold har vært prosjektleder.

Lisa Iversen Vrettos fra Høgskolen i Oslo har vært praksisstudent ved NIBR under gjennomføringen av store deler av prosjektet. Hun har gjort en stor jobb med å samle materiale, organisere intervjuer og skrive ut intervjuene. Takk til Lisa for svært godt gjennomført arbeid!

Forfatterne vil takke våre informanter for at de har latt seg intervjuet i forbindelse med prosjektet. Også en stor takk til ansatte i kommunene som har fylt ut og returnert spørreskjemaet om omsorgsboligbygging.

Prosjektets kontaktperson i Husbanken har vært Ingvild Fosse, som takkes for ryddig og god oppfølging av prosjektet underveis.

Oslo, september 2009

Trine Monica Myrvold
Forskningssjef/prosjektleder

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt	8
Sammendrag.....	9
Summary	18
1 Innledning.....	27
1.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse.....	27
1.2 Tilskuddordningen.....	29
1.3 Hva er en omsorgsbolig?	29
1.4 Spørsmål for studien.....	31
2 Metodiske tilnæringer	33
2.1 Målevaluering og programteori.....	33
2.2 Data og metode.....	34
2.2.1 Dokumentstudien	34
2.2.2 Intervjuer.....	34
2.2.3 Survey til kommunene.....	35
2.2.4 Begrensninger ved intervjuene og surveyen.....	38
3 Ideologiske, politiske og juridiske rammer	40
3.1 Nedbygging av institusjonsomsorgen	40
3.2 Politiske rammer og føringer.....	43
3.3 Juridiske rammer	47
3.4 Husbankens rolle på nasjonalt nivå.....	49
3.5 Oppsummering	50
4 Organisering og arbeid med Opptrappingsplanen i Husbanken	52
4.1 Organisering.....	53
4.2 Husbankens arbeidsoppgaver i Opptrappings- planen.....	57
4.3 Kontakt med kommunene.....	63

4.4	Samorganisering av omsorgsboliger for eldre og psykisk syke.....	69
4.5	Oppsummering	72
5	Samarbeid om realiseringen av omsorgsboliger.....	74
5.1	Innledning	74
5.2	Kommunenes vurdering av samarbeidet med Husbanken	76
5.2.1	Kontakten mellom Husbanken og kommunene	76
5.2.2	Kommunenes vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger og regelverk	81
5.2.3	KS' kontakt med Husbanken om omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen.....	87
5.3	Rollen til Sosial- og helsedepartementet/ Sosial- og helsedirektoratet	88
5.4	Fylkesmannen som aktør i Opptrappingsplanen for psykisk helse.....	89
5.4.1	Fylkesmennes oppfatning av samarbeidet med Husbanken	89
5.4.2	Kommunenes vurdering av samarbeidet med Fylkesmannen.....	92
5.5	Samarbeid med brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse.....	95
5.6	Oppsummering	96
6	Realiseringen av omsorgsboliger for psykisk syke.....	100
6.1	Innledning	100
6.2	Bygging av omsorgsboliger.....	101
6.2.1	Hvilke kommuner bygget boliger?.....	101
6.2.2	Når ble omsorgsboligene bygget?.....	103
6.2.3	Opptrappingsplanens kvoter og behovet for boliger i kommunene.....	105
6.2.4	Fikk kommunene avslag på søknader om bygging av omsorgsboliger?.....	108
6.2.5	Hvorfor har kommunen <i>ikke</i> bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk syke?	110
6.3	Forsinkelser i byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke	111
6.3.1	Hvorfor ble ferdigstillelsen av boliger forsinket?	113
6.4	Kjennetegn ved omsorgsboligene for psykisk syke .	117

6.5	Omsorgsboliger – diskusjon om utforming og kvalitet.....	123
6.6	Hvor kommer beboerne fra?.....	126
6.7	Oppsummering	128
7	Konklusjoner og refleksjoner	133
7.1	Husbankens rolle og arbeid	133
7.2	Normalisering og integrering.....	135
7.3	Ansvarsdeling og roller.....	137
7.4	Antall omsorgsboliger og boligbehov videre	138
7.5	Brukerinnflytelse	140
7.6	Avsluttende kommentar.....	141
	Litteratur	142
	Vedlegg 1 Spørreskjema til kommunene.....	147

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Gjennomsnittlig folketall i kommuner som har besvart spørreskjemaet og i kommuner som ikke har besvart spørreskjemaet. Oslo er utelatt.....	36
Tabell 2.2	Svarprosent blant kommunene i Husbankens regioner.....	36
Tabell 2.3	Utvalgte elementer i levekårsindeksen blant kommuner som har besvart spørreskjema og kommuner som ikke har besvart skjemaet. Jo høyere skåre, desto lavere levekår.....	37
Tabell 4.1	Antall godkjent, ferdigstilte og ikke ferdigstilte boenheter etter år.....	67
Tabell 5.1	Har kommunen hatt direkte kontakt med Husbanken i forbindelse med bygging av omsorgsboliger for psykisk syke?	77
Tabell 5.2	Hvordan vil du karakterisere kommunens kontakt med Husbanken?	77
Tabell 5.3	Karakteristikk av kontakten med Husbanken, etter omfanget av kontakt.....	78
Tabell 5.4	Kommunenes direkte kontakt med Husbanken, etter Husbankregion. Prosent	79
Tabell 5.5	Kommunenes vurdering av kontakten med Husbanken, etter Husbankregion. Prosent	80
Tabell 5.6	Kommunens kontakt med Husbanken, etter folketall. Prosent	81
Tabell 5.7	Vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke. Prosent.....	82
Tabell 5.8	Vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke, etter husbankregion. Gjennomsnitt (1=helt uenig, 4=helt enig).....	85

Tabell 5.9	Vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke, etter folketall. Gjennomsnitt (1=helt uenig, 4=helt enig).....	87
Tabell 5.10	Har kommunen hatt direkte kontakt med Fylkesmannen i forbindelse med bygging av omsorgsboliger for psykisk syke?	93
Tabell 5.11	Hvordan vil du karakterisere kommunens kontakt med Fylkesmannen?.....	93
Tabell 5.12	Karakteristikk av kontakten med Fylkesmannen, etter omfanget av kontakt.....	94
Tabell 5.13	Kommunenes kontakt med Fylkesmannen, etter folketall. Prosent	95
Tabell 6.1	Har kommunen bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?	101
Tabell 6.2	Bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter Husbankregion. Prosent.....	101
Tabell 6.3	Bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter folketall i kommunen. Prosent.....	102
Tabell 6.4	Bygging av omsorgsboliger for psykisk syke og brutto kommunale utgifter pr. innbygger. Bivariate korrelasjoner.....	103
Tabell 6.5	Gjennomsnittlig andel av realiserte omsorgsboliger i ulike perioder, etter region. Prosent.....	105
Tabell 6.6	Har kommunen fått avslag på søknad om bygging av omsorgsboliger?.....	108
Tabell 6.7	Avslag på søknader om bygging av omsorgsboliger, etter folketall. Prosent	109
Tabell 6.8	Avslag på bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter Husbankregion. Prosent.....	109
Tabell 6.9	Hvorfor har kommunen ikke bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?.....	110
Tabell 6.10	Har kommunen opplevd forsinkelser i ferdigstillelsen av bygging av omsorgsboliger?	112
Tabell 6.11	Forsinkelser i bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter Husbankregion. Prosent.....	112
Tabell 6.12	Har kommunen opplevd forsinkelser i ferdigstillelsen av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse? Prosent	113

Tabell 6.13	Hvorfor ble ferdigstillelsen av boliger forsinket? (N=48).....	116
Tabell 6.14	Gjennomsnittlig andel boliger med ulik type organisering, etter husbankregion. Prosent.....	119
Tabell 6.15	Gjennomsnittlig andel boliger med ulik type organisering, etter antall innbyggere i kommunen. Prosent.....	120
Tabell 6.16	Har kommunen samlokalisert boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper?.....	121
Tabell 6.17	Andel kommuner som har samlokalisert noen eller alle boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper, etter husbankregion. Prosent.....	121
Tabell 6.18	Andel kommuner som har samlokalisert noen eller alle boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper, etter folketall. Prosent.....	122
Tabell 6.19	Andel av beboerne i omsorgsboliger som kommer fra ulike typer boformer, etter husbankregion. Prosent.....	127
Tabell 6.20	Andel av beboerne i omsorgsboliger som kommer fra ulike typer boformer, etter folketall. Prosent.....	128

Figuroversikt

Figur 6.1	Årstall for kommunens første søknad om bygging av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen. Antall kommuner.....	104
Figur 6.2	Antall ferdigstilte boliger i ulike perioder blant kommunene i datamaterialet	104
Figur 6.3	Hvordan er omsorgsboligene for psykisk syke bygget? Antall ulike typer boliger.....	118
Figur 6.4	Hva slags kontraktsforhold er det i boligene. Antall boliger med ulike kontraktsforhold	123
Figur 6.5	Hvilken boform kommer beboerne av omsorgsboligene fra?	127

Sammendrag

Evelyn Dyb og Trine Monica Myrvold

Omsorgsboliger for psykisk syke

Evaluering av Husbankens arbeid

NIBR-rapport: 2009:25

Hensikten med rapporten er å vurdere Husbankens arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hovedproblemstillingen for analysene har vært:

Kan forhold ved Husbankens arbeid og Husbankens samarbeid med andre instanser forklare trekk ved implementeringen av omsorgsboligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?

Selv om det er Husbankens arbeid som er hovedfokus i prosjektet, har det vært nødvendig å trekke inn andre elementer i implementeringen av Opptrappingsplanen som kan være relevante i forhold til måloppnåelsen knyttet til bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Særlig ser vi nærmere på om det er forhold i Husbankens samhandling med kommunene som kan bidra til å forklare utviklingen i boligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I tråd med oppdraget fra Husbanken drøfter rapporten en rekke spørsmål knyttet til fire overskrifter:

- Det sentrale arbeidet med Opptrappingsplanen: ideologiske, politiske og juridiske rammer
- Organisering og arbeid med Opptrappingsplanen i Husbanken
- Samarbeidet om realiseringen av omsorgsboliger
- Trekk ved omsorgsboligbyggingen og de realiserte boligene

Datagrunnlag

Datagrunnlaget i prosjektet kommer fra tre kilder: Dokumenter, intervjuer og en survey til kommunene. Vi har intervjuet representanter fra Husbanken sentralt og regionalt, rådgivere hos et utvalg fylkesmenn, representanter for KS samt sentrale folk fra to viktige brukerorganisasjoner i psykisk helse, Mental helse og LPP.

Det sentrale arbeidet med Opptrappingsplanen: ideologiske, politiske og juridiske rammer

Bakgrunnen for satsingen på omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser er nedbygging av institusjonsomsorgen og utvikling av tjenestene i kommunene. Satsingen på omsorgsboliger innen Opptrappingsplanen kom i kjølvannet av bygging av omsorgsboliger og sykehjem innenfor Handlingsplan for eldreomsorgen. I Opptrappingsplanen ble det ikke bygget sykehjem, men snarere satset på en klar ”boliggjøring” av tilbudet til psykisk syke.

Verken omsorgsboligsatsingen eller boligbehovene til personer med psykiske lidelser har en stor plass i de offentlige dokumentene knyttet til Opptrappingsplanen. Heller ikke ulike boligpolitiske meldinger og dokumenter bruker mye plass på dette. Vurderingen av behovet om at det skulle bygges 3.400 omsorgsboliger i Opptrappingsplanen ble foretatt av Sosial- og helsedepartementet. Vurderingen bygget på gjennomgang av planer for psykisk helsearbeid i et utvalg kommuner, folketallet i kommunene, i tillegg til kommunens dekningsgrad, dvs. det eksisterende boligtilbudet til målgruppen.

Sosialtjenesteloven regulerer den enkeltes rett til bistand til å dekke sine boligbehov og kommunenes forpliktelser. Den sentrale loven i Husbankens arbeid med omsorgsboliger i Opptrappingsplanen synes å være Plan og bygningsloven som regulerer kvalitet, tilgjengelighet og plassering av boligene. Verken Kommunal- og regionaldepartementet eller Husbanken hadde et boligsosialt fokus i denne satsingen, som kan leses ut av de offentlige dokumentene knyttet til ordningen.

Organisering og arbeid med Opptrappingsplanen i Husbanken

I Husbanken ble Opptrappingsplanen for psykisk helse og Handlingsplan for eldre organisert sammen. Det var den samme finansieringsordningen av boligene og de samme personene i Husbanken som hadde ansvar for og jobbet med eldresatsingen og Opptrappingsplanen. Det er en enhetlig oppfatning blant de som hadde ansvaret ved Husbankens regionkontor at samorganiseringen var en fordel.

Husbankens arbeidsoppgaver var knyttet til framskaffelse av omsorgsboliger. Det var en klar arbeidsdeling mellom Fylkesmannen og Husbanken. Fylkesmannen hadde ansvar for alt som var knyttet til kvotene for omsorgsboligbyggingen i den enkelte kommune. Husbanken behandlet kommunenes søknader om midler. Husbankens oppgave var å sikre at omsorgsboligene var i tråd med Husbankens krav til minstestandarder i en bolig, og at boligene var tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Det ble likevel en del diskusjon om psykisk syke personer hadde de samme behovene for tilrettelegging av bolig som eldre, for eksempel tilrettelegging for rullestol versus balansen mellom fellesskap og privatliv hos psykisk syke, og det ble akseptert en viss fleksibilitet både i de formelle kravene og i saksbehandlingen av bolig-søknadene.

Husbankens kontakt med kommunene varierte både i omfang og type. Ofte hadde Husbanken begrenset direkte kontakt med kommunene, men det kunne være flere møter med kommuner som trengte mer veiledning på sine prosjekter. Generelt hadde Husbanken en avgrenset rolle i forhold til å få satt i gang boligbyggingen. Husbanken hadde ingen befatning med utvikling av tjenestene for beboerne i omsorgsboligene.

I Husbanken synes omsorgsboligbyggingen i Opptrappingsplanen for psykisk helse å ha hatt et klart boliggyøring- og normaliseringsperspektiv, i tråd med planens intensjoner.

Samarbeid om omsorgsboligbyggingen

Kommunenes kontakt med Husbanken

De fleste kommunene i vår undersøkelse som har bygget omsorgsboliger innenfor rammene av Opptrappingsplanen har hatt kontakt

med Husbanken en eller flere ganger i tilknytning til byggingen av boligene. Kommunene har god erfaring med kontakten med Husbanken: de aller fleste kommunene karakteriserer kontakten som god eller svært god. De som har hatt mest kontakt med Husbanken er også mest tilfreds med kontakten. Hyppigheten i kontakten med Husbanken øker med økende kommunestørrelse.

KS brukte ordinære kontaktkanaler med KRD og andre relevante departement til å ta opp omsorgsboligsatsingen, men hadde ingen direkte kontakt med Husbanken knyttet til boligbygging innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Kommunenes vurdering av Husbankens ordninger

De fleste kommunene er tilfreds med Husbankens finansieringsordning, regelverk og veiledningsmateriell knyttet til bygging av omsorgsboliger. En del kommuner etterlyser imidlertid større fleksibilitet i normene i forhold til variasjon mellom kommuner.

Mens finansieringen av byggingen av omsorgsboliger oppfattes som god, er det et klart flertall blant kommunene som synes finansieringen av driften av boligene er for dårlig.

For de aller fleste kommunene i undersøkelsen hadde ikke Handlingsplanen for eldre ivaretatt boligbehovet for psykisk syke. Blant kommunene som *ikke* har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse er det imidlertid ganske mange som mener behovet for boliger til psykisk syke ble helt eller delvis dekket av Handlingsplanen for eldre.

Fylkesmannens vurdering av samarbeidet med Husbanken

Rådgivere hos Fylkesmannen deler Husbankens oppfatning om at de to aktørene samarbeidet svært godt om omsorgsboligene i psykisk helse. Rolle- og ansvarsfordelingen var klar og tydelig og ble respektert av partene. Fylkesmannen hadde ansvar for å fordele kvotene for omsorgsboliger i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og fulgte opp kommunene i forhold til framdrift og rapportering. Innholdet i boligene og tjenester til beboerne var klart definert som Fylkesmannens område, mens Husbankens ansvar var ansvar å godkjenne boligprosjektene i henhold til gjeldende retningslinjer.

Brukerorganisasjonenes rolle i omsorgsboligbyggingen

De to interesse-/brukerorganisasjonene som er intervjuet har noe ulike oppfatninger av samarbeidet. Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien – LPP – hadde ingen kontakt med Husbanken. Mental Helse oppfatter at de i liten grad ble hørt og i liten grad fikk gjennomslag for sitt syn. Organisasjonen framholder at kontakten med Husbanken var dårligere enn med Fylkesmannen og Helsedirektoratet.

Trekk ved de realiserte omsorgsboligene

Bygging av omsorgsboliger

Blant kommunene i vår studie har nesten tre av fire bygget omsorgsboliger med midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse. Det er relativt sett færre kommunene i husbanksregion Nord som har bygget slike boliger, sammenliknet med kommuner i andre regioner. Folkerike kommuner har i større grad enn mindre kommuner bygget omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen.

Det er flere kommuner med en trang økonomi som har bygget omsorgsboliger enn kommuner med bedre økonomi. Men rikere kommuner som har valgt å bygge slike boliger har relativt sett bygget flere boliger i forhold til folketallet.

Det tok tid før kommunene kom skikkelig i gang med å søke om midler til bygging av omsorgsboliger, og ferdigstillelsen av boliger nådde en topp først i perioden 2005-2007. Spesielt i Region Nord ble det ferdigstilt få boliger i første halvdel av opptappingsplanperioden.

Opptappingsplanens kvoter og behovet for boliger

Blant våre informanter er det en klar oppfatning av at kvotene for omsorgsboligbyggingen innen psykisk helse var for små. Brukerorganisasjonene påpekte dette i en tidlig fase uten å få gjennomslag. KS framholder at til tross for at behovet for boliger var større enn først beregnet, fikk ikke kommunene midler til å dekke behovet. Helsedirektoratets understreker at staten ikke hadde forpliktet seg til å dekke alle utgiftene i kommunene.

Fikk kommunene avslag på søknader?

Det er imidlertid få kommuner som sier de fikk avslag på søknader om midler til bolig. Dette skyldes trolig at størrelsen på den enkelte kommunes kvote og normene for boligene har vært effektivt kommunisert til kommunene.

Hvorfor har kommuner ikke bygget omsorgsboliger?

Kommunene som ikke har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen sier at den klart viktigste grunnen er at de har tilstrekkelig med boliger, og at alle i målgruppen har egnet bolig. En betydelig andel av kommunene oppgir dessuten at manglende midler til drifting av boligene har vært en viktig grunn til ikke å bygge.

Forsinkelser i byggingen av omsorgsboliger

Til tross for det store behovet for boliger til psykisk syke innbyggere, har det vært stor forsinkelser i ferdigstillingen av omsorgsboligene. Særlig blant de største kommunene er det mange som oppgir at de har hatt forsinkelser.

Det finnes flere mulige forklaringer på hvorfor det tok så lang tid å få realisert omsorgsboligene. En tolkning er at kommunene så behovet, men av ulike grunner som er belyst flere steder i rapporten likevel ikke kom i gang. En annen tolkning er at behovet ble synliggjort for kommunene i løpet av satsingsperioden. En faktor her er at nedlegging av psykiatriske sykehjem gikk raskere enn antatt og bidro til et økt behov. En tredje tolkning er at oppfatningen og forståelsen av behovene til psykisk syke personer endret seg og man mente etter hvert at flere burde ha egen bolig.

Kommunene selv oppgir naboprotester mot boligene, sen saksbehandling og manglende tomter som de viktigste grunnene til at omsorgsboligene er blitt forsinket. Disse ulike tolkningene eller forklaringene spilte sannsynligvis sammen.

Hva slags omsorgsboliger er bygget?

Et stort flertall av boligene bygget i regi av Opptrappingsplanen er bygget som bofellesskap. I tillegg er en betydelig andel av boligene samlokaliserte boliger uten fellesareal, mens svært få boliger er bygget spredt i den ordinære bebyggelsen i kommunen. Kommunestørrelse har betydning for hvordan omsorgsboligene bygges:

jo større kommunen er, desto flere omsorgsboliger bygges i bo-fellesskap.

Mellom en tredel og en firedel av kommunene har lokalisert boliger for psykisk syke innbyggere sammen med boliger for eldre, psykisk utviklingshemmede og/eller rusavhengige. I Region vest og Nord samlokaliseres oftest boliger for psykisk syke med boliger for rusavhengige, mens kommunene i Region Midt-Norge oftere samlokaliserer boliger for psykisk syke og boliger for eldre eller psykisk utviklingshemmede.

Vi finner en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og tendensen til samlokalisering: jo mindre kommunen er, desto større tendens til å lokalisere boliger for psykisk syke sammen med boliger for eldre, og/eller boliger for psykisk utviklingshemmede.

Så å si samtlige boliger som er bygget innenfor Opptrappingsplanen er omfattet av en kontrakt mellom kommunen og beboeren, enten en ordinær husleiekontrakt eller en kontrakt med klausulering.

Diskusjoner om utforming av og kvalitet i omsorgsboligene

De nasjonale normene for omsorgsboliger var i utgangspunktet utformet med hensyn på behovene hos eldre beboere. Diskusjonene om utforming og krav til boligene speilet i stor grad ulike synspunkter på hva som er en god bolig for psykisk syke. Husbanken opprettholdt langt på vei de etablerte standardene for boligene, men viste etter hvert noe mer fleksibilitet i forhold til for eksempel kravet om heis.

Interesseorganisasjonene har delte oppfatninger både om kvaliteten på boligene og om hvorvidt brukernes synspunkter fikk gjennomslag. LPP framhever at de boligene som er bygget generelt har høy standard og kvalitet, mens Mental Helse mener at oppfatningen av psykisk sykes boligbehov var for snevert. Husbanken la for liten vekt på at psykisk syke er en heterogen gruppe. Mange har familie, mens omsorgsboligene i utgangspunktet var tenkt for en eller to personer. Mental Helse oppfatter at de fikk et visst gjennomslag på dette punktet.

Hvor kommer beboerne av omsorgsboligene fra?

Vi ba kommunene anslå hvor beboerne i omsorgsboligene bodde før de fikk bolig bygget med midler fra Opptrappingsplanen. Omtrent en av tre kom fra egen bolig, mens en av fem tidligere bodde i trygdeboliger. Omtrent fire av ti beboere kom rett fra sykehus eller en boinstitusjon tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

Det er store forskjeller mellom store og små kommuner i hvor beboerne i omsorgsboligene bodde før de fikk sin bolig. Jo mindre kommunen er, desto flere bodde tidligere i egen privat bolig. I større kommuner kom relativt flere fra en boinstitusjon i spesialisthelsetjenesten eller direkte fra sykehus.

Konklusjoner og refleksjoner

Avslutningskapitlet trekker fram noen sentrale funn i evalueringen og drøfter disse i et bredere perspektiv. Evalueringen finner at Husbankens arbeid i Opptrappingsplanen trakk veksler på kompetanse opparbeidet under Handlingsplan for eldreomsorgen. Men Husbanken lempet også noe på kravene til fysisk tilpasning, som var sentralt i eldreomsorgen. Dette medførte også endringer i og mer fleksibel praktisering av retningslinjene for omsorgsboliger, som til dels brøt med retningslinjene for en ”god bolig” og universell utforming.

Evalueringen finner at få boliger er integrert i den ordinære boligmassen, de fleste er bofellesskap og samlokaliserte boliger. Dette bryter ikke nødvendigvis med normaliserings- og integreringstanken i Opptrappingsplanen. En ”integrert” bolig trenger ikke å medføre sosial integrering. Evalueringen underbygger at Husbankens retningslinjer trakk i retning normalisering og boliggyrning av omsorgsboligene til psykisk syke.

Boligsosialt arbeid var ikke en del av Husbankens arbeid med omsorgsboliger til psykisk syke. I ettertid kan man se at det lå en boligsosial tenkning i tilpasningen av retningslinjene for å imøtekomme behovene til ulike grupper.

Evalueringen viser at kommunenes evne og vilje til å framskaffe boliger blant annet henger sammen med tjenestetilbudet til beboerne. Økt samstyring mellom flere statlige aktører, som er etablert i dag der også Husbanken inngår, bør være et godt

utgangspunkt for å styrke kommunenes mulighet til å tilrettelegge for et helhetlig bo- og tjenestetilbud.

Det var lite kontakt mellom Husbanken og brukerorganisasjonene innen psykisk helse. Evalueringen ser dette i sammenheng med Husbankes avgrensede rolle i omsorgsboligsatsingen for psykisk syke. Brukerorganisasjonene var mer opptatt av antall boliger enn av utformingen, som var Husbankens ansvarsområde.

Summary

Evelyn Dyb and Trine Monica Myrvold

Residential care homes for the mentally ill.

Evaluation of the work of the Norwegian Housing Bank
NIBR Report 2009:25

The subject of this report concerns the evaluation of the Norwegian Housing Bank's work in connection with the National Action Programme on Mental Health (*Opptrappingsplanen for psykisk helse*). The evaluation asked to ascertain

whether certain aspects of the construction of residential care homes under the National Action Programme could be explained by aspects of Housing Bank's work and collaboration with other stakeholders.

Although the work of the bank is the main focus of this project, it was necessary to involve other stakeholders with a possible bearing on the performance of residential care home scheme. It is particularly in the Housing Bank's dealings with the municipalities that we find the likeliest explanation of performance regarding the building of housing under the Action Programme on Mental Health.

As the Housing Bank requested, the report discusses several issues under each of the four headings below.

- Performance at the national level on the Action Programme: ideological, political and legal platform
- Organisation and performance of the Housing Bank's role relating to the Action Programme
- Collaboration among stakeholders on the delivery of residential care homes

-
- Characteristics of residential care home construction and the finished units

Data

The data on which the project is based were obtained from three sources: documents, interviews and a survey of the municipalities. We interviewed officials at the Housing Bank's head office and regional branches; consultants employed at selected County Governor offices; officials at the Norwegian Association of Local and Regional Authorities and senior figures in the two foremost user-based organisations in the mental healthcare sector *Mental helse* (Mental Health) and LPP – *Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien* (The National Association of Relatives of Psychiatric Patients).

National commitment to the National Action Programme: ideological, political and legal parameters

The commitment to provide residential care homes for people with mental health problems is a response to the de-institutionalizing of mental health care in Norway and the emergence of services under the local authorities. The Action Programme's commitment to residential care homes echoes the building of residential care homes and nursing homes under the Senior Citizen Action Plan and associated programmes. Rather than nursing homes, the Action Programme on Mental Health envisaged and encouraged the deinstitutionalisation of mental health care with a view to enabling independent living.

Neither the commitment to residential care homes nor the housing needs of people with mental health problems were given much space in the public documents drafted in connection with the Action Programme. Nor did the various housing policy white papers or other policy documents spend much time on these issues. The Action Programme set a target of 3,400 new residential care home units. The figure was decided by the Ministry of Health and Social Affairs on estimates that relied for the most part on municipal censuses and statistics on coverage ratios.

The Social Services Act regulates the right of the individual to housing and the statutory duty of the local authorities to help if necessary. The key statute in the Housing Banks work on

residential care homes under the Action Programme appears to have been the Planning and Building Act. The act defines the appropriate building codes and standards, sets out accessibility and location requirements. Neither the Ministry of Local Government and Regional Affairs nor the Housing Bank targeted social housing in this effort, something that emerges from a review of the public documents associated with the scheme.

Organising and working with the Action Programme at the Housing Bank

The Housing Bank worked on the Action Programme on Mental Health and the Senior Citizen Action Plan in conjunction. The same funding schemes were involved and the same officials were in charge of putting both programmes into effect. When the Housing Bank considered municipal funding applications, it sought to ensure that the standards of the planned units conformed with the bank's own minimum housing standards and permitted 24-hour care and nursing provision. There was all the same a discussion whether mentally ill persons had the same practical housing needs as the elderly. Was, for example, wheelchair accessibility necessary? How should one approach the personal and social needs of the mentally ill to ensure the right balance? A certain degree of discretion was therefore introduced into the procedures for dealing with housing applications and compliance with official requirements.

The Housing Bank's contact with the municipalities varied in extent and type. There was often limited direct contact with the municipalities, though several meetings were held with municipalities who needed advice and help to move their projects forward. In general, the Housing Bank was not particularly involved in initiating building programmes, and had nothing to do with the creation of services for residents.

In the Housing Bank, the construction of residential care homes under the Action Programme on Mental Health was clearly geared towards facilitating individual living and normalisation, in observance with the plan's intentions.

Collaboration to construct residential care homes

Municipalities' contact with the Housing Bank

Most of the municipalities in our survey that had built residential care homes under the terms of the Action Programme were in contact with the Housing Bank on one or more occasions in connection with the building of the homes. The municipalities were happy with the way the contact worked, with most awarding it a good or very good mark. Municipalities with the most contact were also more likely to express satisfaction. Contact frequency increased with municipal size.

Norwegian Association of Local and Regional Authorities contacted the Ministry of Local Government and Regional Affairs through the usual channels, but had no direct contact with the Housing Bank on matters connected with housing construction under the Action Programme on Mental Health.

Opinions of the municipalities towards the Housing Bank's programmes

Most of the municipalities were content with the Housing Bank's funding scheme, rules and guidance relating to residential care home construction. Some municipalities would have appreciated more flexibility in practising the standards and rules, given the differences between municipalities.

While the funding of residential care home construction was considered satisfactory, a significant majority were unhappy with the funding available for the management of the units.

For the great majority of the municipalities in this survey, the Action Programme had not satisfied the need for residential care homes among the mentally ill. Of the municipalities where residential care homes was not constructed under the Action Programme, many believe the need for residential care homes for the mentally ill was completely or partly met by the Senior Citizen Action Plan.

Opinions of the County Governors towards collaboration with the Housing Bank

Consultants at the County Governors' offices share the view of the Housing Bank on the excellent standards of collaboration between them on the construction of residential care homes for the

mentally ill. The County Governors were in charge of allocating residential care home quotas in consultation with the Ministry of Health and Social Affairs, and supervised municipal progress and reporting. The content of the homes and services for tenants were clearly defined as a County Governor responsibility, although the Housing Bank was responsible for approving the housing projects in light of current guidance.

Role of user organisations in the construction of residential care homes

The two special interest/user organisations that were interviewed differ in their opinion of the joint effort. The National Association of Relatives of Psychiatric Patients (LPP – *Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien*) had no contact whatsoever with the Housing Bank. Mental Health were not listened to, they felt, nor were their opinions taken into account. Contact with the Housing Bank was worse in their opinion than with the County Governors and Directorate of Health.

Aspects of the finished homes

Construction of residential care homes

Three out of four municipalities in our survey funded the construction of residential care homes with money from the Action Programme on Mental Health. A smaller percentage of municipalities in the northern region of the country built residential care homes compared with municipalities in other areas. Populous municipalities were less likely to build residential care homes under the Action Programme.

A larger number of economically challenged municipalities built residential care homes than wealthier municipalities, but of the latter that did build residential care homes, the number of units was higher relative to the population count.

It took time before the municipalities got down to applying for funds to finance the building of residential care homes, and completion levels peaked only in 2005–07. Not many units were finished in the northern region, for example, in the first half of the Programme's lifetime.

Quotas under the Action Programme on Mental Health and number of units required

Our informants are clearly of the view that the estimates for residential care homes in the mental health sector had fallen short of the mark. User organisations had said as much at an early stage, though without much success. The Norwegian Association of Local and Regional Authorities adds that although more units were needed than estimated at first, no money was forthcoming to enable the municipalities to satisfy the need.

Were municipal applications rejected?

Only a small number of municipalities had their housing funding applications turned down. The small number doubtless attests to the successful communication to each municipality of its allowed number of units, other requirements, standards and building codes etc.

Why haven't municipalities built residential care homes?

The main reason offered by municipalities for not building residential care homes under the Action Programme on Mental Health is lack of need. There are enough units, and every person in the group concerned has suitable accommodation. A considerable percentage of municipalities also point to the lack of management funding as a significant disincentive.

Delays affecting the construction of residential care homes

Despite the widespread need for accommodation units for mentally ill persons, long delays slowed delivery. This was reportedly a particular issue in the largest municipalities.

There are several possible explanations for the tardy performance and delivery of residential care home units. The municipalities may have been aware of the number required, but for reasons addressed elsewhere in the report never actually got as far as taking practical action. The necessary number of units may only have come to the attention of the local authorities during the scheme's implementation. Since the closing down of psychiatric nursing homes went faster than originally anticipated, there was an unexpected upswing in the need for new accommodation. A third explanation is that the municipalities revised their assessment of

the needs of the mentally ill, coming to the realisation more should have their own home.

The municipalities cite complaints and protests from neighbours, slow procedures and lack of building land as the most important causes of the delays. These various explanations have probably worked in conjunction.

What sort of residential care homes was built?

Much of the accommodation erected in connection with the Action Programme on Mental Health was multi-unit housing, i.e. housing with communal living facilities. There are also many dedicated buildings, but not with communal facilities. Only a fraction of the dwellings were built as part of an ordinary residential neighbourhood. The size of the municipality and choice of structure correlate: the larger the population, the more likely the multi-unit solution will be chosen.

Between 25 and 33 per cent of the municipalities have built housing for the mentally ill in conjunction with housing for the elderly, mentally disabled and/or individuals with drug/alcohol dependents. In the West and North, accommodation for the mentally ill tends to be built in proximity to units for drug/alcohol addicts, while the Mid-Norway region is more inclined to locate dwellings for the mentally ill together with homes for the elderly or mentally disabled.

We find a clear correlation between municipal size and where the units are located: the smaller the municipality, the more likely one is to find accommodation for the mentally ill in proximity to homes for the elderly and/or mentally disabled.

Virtually every unit built under the Action Programme is regulated by a contract between the municipal authority and tenant, either a normal tenancy agreement or a contract with special terms.

Discussions concerning the design and standards of residential care home units

The national standards for residential care homes were geared originally to the needs of senior citizens. Discussions concerning housing design and requirements have tended to reflect divergent opinions on what good housing for the mentally ill means in practice. The Housing Bank maintained support for the

conventional standards, but during the Action Programme adopted a more flexible approach..

Opinions among the special interest organisations were also divided with regard to the quality and standards of the units, and whether the views of users were taken seriously. According to LPP, the standards of the units are quite high, though Mental Health are dismayed by what they believe was a blinkered attitude towards housing for the mentally ill. The Housing Bank laid too little stress on the group's inherent heterogeneity. While many have families, but the units were designed with one or two tenants in mind. On this point, however, Mental Health do feel they managed to make a difference.

Where do the residents of the residential care homes come from?

We asked the municipalities to try and pinpoint where the residents of residential care homes lived before they were allocated accommodation funded by the Action Programme. About a third lived in their own home; a fifth in welfare housing. About four in ten came directly from a hospital or residential institution under the specialist health service.

Where residents of residential care homes lived before they obtained their dwelling follows the divide between large and small municipalities. The smaller the municipality, the more likely they would have lived in their own private home. In larger municipalities, a relatively larger number came from residential institutions under the specialist health service, or directly from a hospital.

Conclusions and reflections

The concluding chapter reviews some of the key evaluation findings against a wider backdrop. The Housing Bank had gained expertise and know-how in connection with its work on the Senior Citizen Action Plan. This know-how was put to good use now with the National Action Programme on Mental Health. Accessibility and design standards that were a central element of the Senior Citizen Action Plan were simply modified to fit the needs of the mentally ill. This led in turn to a review of the content and practice of the guidelines for residential care homes, departing to some extent from the guidelines for the "good dwelling" and universal design.

The evaluation found few units in normal residential areas: most were built as multi-unit structures with communal living facilities, or as part of a cluster of housing units for other groups. This might not be contrary to the normalisation and integration philosophy of the Action Programme. An “integrated” dwelling does not necessarily mean social integration. The evaluation found that the Housing Bank’s guidelines did indeed encourage normalisation and independent living for tenants of residential care homes.

Nor was social housing part of the Housing Bank’s remit. One can see, retrospectively, how the modification of the guidelines reflected a social housing philosophy geared to addressing the needs of different groups.

The evaluation found a connection between the capacity and commitment of local authorities to provide housing and the wider delivery of public services to the residents. Increasing co-management arrangements among several government bodies, some of which involve the Housing Bank as well, should be a good starting point for empowering local authorities to provide and enable the integrated delivery of housing and services.

There was very little contact between the Housing Bank and user organisations in the mental health sector. The evaluation interprets this in light of the Housing Bank’s limited role in residential care home policy for the mentally ill. User organisations were more preoccupied with the number of units than the design, which was the responsibility of the Housing Bank.

1 Innledning

1.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse karakteriserte situasjonen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser slik: ”De er blant dem som har de dårligste levekårene og som mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. De har dårlig økonomi og vanskelig for å skaffe seg eller beholde bolig, arbeid og venner. Mange lever sosialt isolert og har lite kontakt utover hjelpeapparatet” (St.prp.nr. 63 [1997-98]).

Et viktig mål med Opptrappingsplanen var å bedre levekårene for mennesker med psykiske problemer gjennom å styrke alle deler av det psykiske helsearbeidet. Opptrappingsplanen var opptatt av at samfunnet skal bidra til at psykisk syke får ivaretatt grunnleggende menneskelige behov:

- En tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig
- Å delta i meningsfylt aktivitet, i form av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller der dette permanent eller midlertidig ikke er mulig; annet meningsfylt aktivitetstilbud
- Å inngå i en sosial sammenheng med familie og venner, og bryte sosial isolasjon
- Å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap

I tillegg til en utbygging av behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten, har Opptrappingsplanen satt følgende mål for utviklingen av tilbudet til voksne i kommunene:

- 3 400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser
- 3 400 flere årsverk i hjemmetjenesten
- 4 500 flere brukere av dagsentre
- 10 000 flere skal få tilbud om støttekontakt
- 15 000 flere skal få tilbud om kultur- og fritidstiltak
- Styrking av behandlingstilbudet (184 psykologer og 125 flere høyskoleutdannet personell med tilleggsutdanning i psykiatri)

I utgangspunktet var virkeperioden for Opptappingsplanen åtte år – fra 1999 til ut 2006. Det ble imidlertid tidlig i perioden vurdert at det var nødvendig å forlenge Opptappingsplanen med to år for å nå målsetningene i planen. Opptappingsplanen for psykisk helse ble derfor avsluttet ved utgangen av 2008.

Opptappingsplanen innebærer en omstrukturering av hjelpe-tilbudet til psykisk syke. Et viktig element i Opptappingsplanen er at mennesker med psykiske problemer så langt det er mulig skal bo hjemme, i sitt lokalmiljø, med nødvendige tjenester fra den kommunen de bor i. Planen innebærer en nedbygging av store boinstitusjoner for psykisk syke, og en utbygging av et desentralisert tilbud med omsorgsboliger i kommunene.

Desentralisering av omsorgen for psykisk syke kan sees som en del av internasjonal trend i retning av å normalisere tilværelsen til mennesker med ulike typer funksjonsnedsettelse ved å flytte dem ut av store institusjoner og inn i boliger i sine lokalmiljøer. Bosetting i nærmiljøet vil kunne innebære at mennesker med behov for hjelp får mer sosial kontakt med venner og familie, og at de i større grad kan ta i bruk ulike lokale tjenester og tilbud. På denne måten kan de leve integrert i sitt lokalsamfunn.

Opptappingsplanen for psykisk helse forutsetter at kommunene bygger eller på andre måter skaffer og setter i stand boliger tilpasset psykisk syke innbyggere. En betingelse for at psykisk syke faktisk vil kunne bo i egen leilighet er at kommunene bygger ut hjemmetjenestene for denne gruppen. Opptappingsplanens mål i forhold til utbyggingen av omsorgsboliger må derfor sees i sammenheng med planens mål og midler for utvikling av tjenestene i boligene.

1.2 Tilskuddordningen

Tilskuddsordningen for bygging av omsorgsboliger innen Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplanen for psykisk helse besto av et oppstarttilskudd på 175.000 kroner og et kompensasjonstilskudd 565.000 kroner, det vil si en total ramme på 740.000 kroner per boenhet. Dette var maksimumsbeløp. Satsene for en sykehjemsplass var noe høyere (totalt 830.000 kroner). I løpet av opptrappingsperioden for psykisk helse ble satsene hevet til et samlet maksimumsbeløp på 800.000 kroner for en omsorgsbolig for å kompensere for inflasjon. Tilskuddet regnes imidlertid å ha klart høyere realverdi i første del av perioden. Ordningen ble ansett som svært god. Kommunene kunne velge å bruke en stor del, faktisk storparten, av tilskuddet til andre formål innen psykisk helse, for eksempel til å finansiere tjenestene til beboerne.

I forbindelse med utbygging av omsorgsboliger ble regleverket for den statlige bostøtten endret, slik at personer og husstander som bor i omsorgsbolig kunne få bostøtte (St.prp. nr. 1 [1998-99]). Det innebar at kommunene kunne legge bostøtten inn i husleien og beregne en høyere leie. Den statlige støtten til en omsorgsbolig kunne dermed i realiteten være betydelig høyere enn selve tilskuddet til bygging/tilpasning av boligene.

1.3 Hva er en omsorgsbolig?

Husbankens veileder for omsorgsboliger og sykehjem gir følgende beskrivelse av en omsorgsbolig:

En omsorgsbolig skal være tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboerne skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. Ved utforming av omsorgsboliger og sykehjem må det tas hensyn til at mange av beboerne har funksjonshemminger som fører med seg store, plasskrevende hjelpemidler som rullestol, personløftere o. l. Like viktig er det å gi tilstrekkelig plass for pleiere og hjelpere. (Husbanken 1998)

Veilederen var innrettet mot omsorgsboliger både for eldre og innen psykisk helse. Så å si alle omsorgsboligene som ble bygget under Handlingsplan for eldre var samlet i bofellesskap eller samlokaliserte boenheter. Også boliger bygget under Opptrappingsplanen for psykisk helse er i hovedsak bofellesskap eller samlokaliserte. Begrepet omsorgsbolig blir også nært knyttet til selve finansieringsordningen av boligene, og en omsorgsbolig blir i noen sammenhenger omtalt som en bolig bygget med tilskuddet fra Husbanken.

Begrepet bolig trenger en nærmere definisjon. En måte å definere en bolig på er gjennom disposisjonsrett; det vil si en juridisk rett til å disponere boligen enten gjennom en leiekontrakt eller gjennom eierskap. Boligbegrepet har videre en fysisk dimensjon. Husbanken hadde utarbeidet visse krav til hva som kan betegnes som bolig. For eksempel skal – eller skulle – en bolig ha et bruttoareal på minimum 55 m². Under opptrappingsperioden ble kravene myket opp. Dette var en direkte følge av omsorgsboligsatsingen innen Opptrappingsplan for psykisk helse. Når man snakker om bolig i sammenheng med omsorgsboliger i eldresatsingen og psykisk helse, brukes ofte begrepet *boenhet*. Den enkelte omsorgsbolig – eller boenhet – er, som nevnt, vanligvis en del av et bofellesskap eller samlokalisert. Samlokaliserte boliger innebærer mindre grad av tetthet mellom boenhetene enn et bofellesskap.

En bolig har også en sosial dimensjon, som gjerne knyttes til boligen som et hjem:

En bolig er mer enn en særskilt lokalisering og fysisk utforming. Boligen er også et hjem, et sted for rekreasjon, for minner, et senter for aktivitet og sosial samhandling. Hjemmet assosieres både med materiell standard, privatliv, mulighet for kontroll, stabilitet, trygghet, sikkerhet og fysisk og psykisk velvære. (Dyb m.fl. 2004: 15)

Under utbygging av omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser ble denne sosiale dimensjonen mer framtrødende.

1.4 Spørsmål for studien

Formålet med rapporten er å vurdere Husbankens arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hovedproblemstillingen i rapporten er derfor:

Kan forhold ved Husbankens arbeid og Husbankens samarbeid med andre instanser forklare trekk ved implementeringen av omsorgsboligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?

Selv om det er Husbankens arbeid som er hovedfokus i prosjektet, har det vært nødvendig å trekke inn andre elementer i implementeringen av Opptrappingsplanen som kan være relevante i forhold til måloppnåelsen knyttet til bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Særlig ser vi nærmere på om det er forhold i Husbankens samhandling med kommunene som kan bidra til å forklare utviklingen i boligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I tråd med oppdraget fra Husbanken drøfter rapporten en rekke spørsmål knyttet til fire overskrifter:

- **Det sentrale arbeidet med Opptrappingsplanen og Husbanken** (kapittel 3): Hvilke ideologiske, politiske og juridiske rammer ble lagt for omsorgsboligbyggingen på sentralt hold? Hvilke målsettinger var formulert for boligarbeidet i Opptrappingsplanen? Hvilken rolle fikk Husbanken i implementeringen av Opptrappingsplanen?
- **Organisering og arbeid med Opptrappingsplanen i Husbanken** (kapittel 4): Hvilke arbeidsoppgaver fikk Husbanken? Hvordan organiserte Husbanken arbeidet for å ivareta disse arbeidsoppgavene? Hvilken betydning kan organiseringen av arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse sammen med arbeidet med Handlingsplanen for eldre ha hatt?
- **Samarbeid om realiseringen av omsorgsboliger** (kapittel 5): Hvilke samarbeidsrelasjoner mellom Husbanken og andre institusjoner ble etablert, hvordan ble samarbeidet organisert, og hva bestod samarbeidet i? Hvordan opplevde kommunene kontakten med Husbanken og Husbankens

ordninger? Hva var Fylkesmannens rolle i oppfølgingen av kommunene?

- **Trekk ved omsorgsboligbyggingen og de realiserte boligene** (kapittel 6): Hvordan utviklet omsorgsboligbyggingen seg gjennom opptrappingsperioden? Hva var årsakene til forsinkelser? Hva kjennetegner boligene som ble bygget? Hvor kommer beboerne av omsorgsboligene fra? Er det forskjeller mellom ulike husbankregioner og ulike kommuner i byggingen av omsorgsboliger?

2 Metodiske tilnærminger

2.1 Målevaluering og programteori

Gitt problemstillingen for prosjektet, vil evalueringen bli lagt opp som en målevaluering: I hvilken grad er de målene som er satt for boligbyggingen i Opptrappingsplanen for psykisk helse oppnådd, og hvordan kan trekk ved Husbankens arbeid og trekk ved Husbankens samarbeid med andre instanser forklare måloppnåelsen?

I evalueringen vil vi benytte programteori. Programteori (Weiss 1998, Sverdrup 2002) er et hjelpemiddel i evalueringsforskning, der evalueringen tar utgangspunkt i initiativtakernes forventninger til tiltakenes implementering og virkninger. Programteori innebærer at forskeren først søker å kartlegge de program- eller tiltaksansvarliges forventninger til hvordan tiltakene skal føre til de ønskede målene, for deretter å undersøke om disse effektene faktisk er realisert. Hvilke mekanismer var antatt å virke for at tiltaket skulle føre til målrealisering, og i hvilken grad har disse mekanismene fungert slik man hadde tenkt? I evalueringen benyttes programteori som verktøy i vurderingen av hvorvidt Husbankens arbeid med implementering av Opptrappingsplanen og resultatene av Husbankens arbeid kan sies å være i tråd med sentrale myndigheters forventninger, slik disse blant annet kommer til uttrykk i Opptrappingsplanen og andre sentrale styringsdokumenter.

Evalueringen tar også utgangspunkt i de målene Husbanken selv satte for omsorgsboligbyggingen knyttet til Opptrappingsplanen, og vurderer resultatene av arbeidet i forhold til disse målene.

2.2 Data og metode

Datagrunnlaget i prosjektet kommer fra tre kilder: Dokumenter, intervjuer og en survey til kommunene.

2.2.1 Dokumentstudien

For å få en oversikt over Opptrappingsplanens målsetninger for boligbyggingen, og Husbankens (forventede) rolle i arbeidet med dette innenfor Opptrappingsplanen, har vi gjennomgått sentrale måldokumenter fra myndighetene. Vi har også sett på Husbankens interne dokumenter, veiledere, retningslinjer, etc. for å få et bilde av Husbankens oppgaver, arbeidsfordeling og arbeidsmetoder.

2.2.2 Intervjuer

I tilknytning til evalueringen har vi intervjuet en rekke mennesker fra ulike institusjoner. Informantene omfatter sentrale folk internt i Husbanken (sentralt og i regionkontorene) og et utvalg personer i samarbeidende institusjoner.

I Husbanken har vi gjennomført intervjuer i fem av de seks regionkontorene (Region Øst, Region Sør – to intervjuer, Region Vest, Region Midt-Norge og Regionkontor Hammerfest¹) samt en i Husbankens hovedkontor i Drammen. Intervjuene i Husbanken sentralt og i regionkontor Øst og Sør er gjennomført ved personlig fremmøte, mens de andre regionkontorene er intervjuet på telefon.

Blant relevante samarbeidspartnere har vi intervjuet:

- Fire representanter for Fylkesmennene (rådgiverne)
- Representant fra Helsedirektoratet
- Representanter for brukerorganisasjonene, Mental Helse og Landsforeningen for pårørende i Psykiatrien (1 intervju pluss en skriftlig tilbakemelding)

¹ Den personen oppdragsgiver hadde oppgitt som relevant informant ved regionkontoret i Bodø stilte seg uforstående til at han skulle ha særlig kompetanse på området. Vi tok da kontakt med andre mulig informanter ved kontoret, uten å få svar.

- Representant for KS (1 intervju med to personer)

Til sammen utgjør dette 14 intervjuer.

2.2.3 Survey til kommunene

En viktig del av evalueringen består i å undersøke hvordan kommunene vurderer Husbankens arbeid, veiledning og finansieringsordninger i forbindelse med implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. En undersøkelse rettet mot kommunene har dessuten vært vesentlig for å forstå hvorfor det tok såpass lang tid å nå måltallene for antall boliger, samt hvilke typer boliger og hvilke kvaliteter ved boligene kommunene valgte å legge vekt på i byggingen av boliger til psykisk syke innbyggere. Innenfor rammene av det skisserte prosjektet har det vært mulig å gjennomføre en kortfattet survey til samtlige norske kommuner om kommunens vurdering av Husbankens arbeid og rolle knyttet til Opptrappingsplanen.

For å øke sannsynligheten for en høy svarprosent kontaktet vi samtlige fylkesmenn ved rådgiveren for psykisk helsearbeid for å få navn på kontaktperson for psykisk helse i alle kommunene. De fleste av rådgiverne sendte oppdaterte lister, som vi benyttet som adressat for surveyen.

Surveyen ble sendt ut til samtlige kommuner 2. uke i mai, med purring tre uker senere. På grunn av fristene for evalueringen måtte det settes kort svarfrist for retur av skjemaene. Pr. medio juli er det kommet inn 280 skjemaer, en svarprosent på 65. Dette må sies å være tilfredsstillende, gitt tidspunkt og tidsfrister for gjennomføring av surveyen, og sett i lys av at spørsmålene i surveyen dreier seg om forhold som til dels ligger flere år tilbake i tid.

Etter at analysene av spørreskjemadataene var ferdigstilt medio juli 2009 kom ytterligere ti utfylte skjemaer i retur fra kommunene. På grunn av tidsfristene for rapporteringen av prosjektet har det ikke vært mulig å inkludere disse skjemaene i datamaterialet i denne rapporten, men skjemaene kan inngå ved eventuelle senere analyser av materialet.

Frafallsanalyse

Vi har foretatt en frafallsanalyse for å undersøke hvorvidt de kommunene som har besvart undersøkelsen skiller seg systematisk fra kommuner som ikke har sendt spørreskjema i retur. Analysene viser at folketallet er noe høyere i kommuner som har besvart undersøkelsen enn i kommuner som ikke har svart, når Oslo er utelatt fra analysen (Tabell 2.1).

Tabell 2.1 *Gjennomsnittlig folketall i kommuner som har besvart spørreskjemaet og i kommuner som ikke har besvart spørreskjemaet. Oslo er utelatt*

	Gjennomsnittlig folketall	N
Har ikke svart	9061	150
Har svart	10099	279
Totalt	9736	429

Det er helt minimale forskjeller i kommuneøkonomi, målt ved brutto utgifter pr. innbygger, mellom kommuner som har svart på spørreskjemaet og kommuner som ikke har svart.

Svarprosenten varierer noe mellom kommuner i de ulike regionkontorene til Husbanken, men forskjellene er ikke dramatiske (Tabell 2.2). Høyest er svarprosenten i Region Øst (68 prosent), mens det er færrest kommuner i Region Midt-Norge som har besvart spørreskjemaundersøkelsen (60 prosent).

Tabell 2.2 *Svarprosent blant kommunene i Husbankens regioner.*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Har ikke svart	32	34	36	40	33	35
Har svart	68	66	64	60	67	65
Totalt	100	100	100	100	100	100
(N=)	(88)	(83)	(86)	(85)	(88)	(430)

Vi har også undersøkt om kommunene som har returnert spørreskjemaet skiller seg fra kommunene som ikke har svart med

hensyn på sosiale forhold. Vi har valgt ut enkelte av variablene i levekårsindeksen og samlet levekårsindeks for å gi et bilde av de sosiale forholdene i kommunene. Analysen viser at levekårene jevnt over er noe dårligere i kommuner som har deltatt i surveyen (Tabell 2.3). Først og fremst har de deltakende kommunene noe høyere andel innbyggere på sosialhjelp og uføretrygd sammenliknet med de andre kommunene.

Tabell 2.3 *Utvalgte elementer i levekårsindeksen blant kommuner som har besvart spørreskjema og kommuner som ikke har besvart skjemaet. Jo høyere skåre, desto lavere levekår*

	Levekårsindeks				
	Totalt	Sosial- hjelp	Ufø- trygd	Att- føring	Arbeids- ledige
Har ikke svart	5,3	5,2	5,7	5,3	5,1
Har svart	5,5	5,6	5,9	5,3	5,2
Totalt	5,5	5,4	5,8	5,3	5,1

Oppsummeringsvis kan vi si at kommunene som har deltatt i spørreskjemaundersøkelsen i snitt har litt flere innbyggere og noe dårligere levekår enn kommuner som ikke har deltatt. Samtidig er det svært små forskjeller mellom kommunene som har svart og kommunene som ikke har svart når det gjelder kommuneøkonomi. De deltakende kommunene fordeler seg også ganske bra på de ulike Husbankregionene. Våre analyser tyder på at datamaterialet fra surveyen ser ut til å fange opp variasjonene mellom norske kommuner på en rimelig god måte.

Kopling av data

Dataene fra surveyen er koplet til data om folketall, kommuneøkonomi og levekår fra NSDs Kommunedatabase. Dette gjør det mulig å få et bilde av holdninger, oppfatninger og hindringer i ulike typer kommuner, og om det er systematiske forskjeller mellom kommunene i Husbankens fem regioner. Gjennomføringen av en survey, og koplingen av surveydataene til tilgjengelige data gjør det også mulig å analysere om Husbanken f.eks. står overfor andre utfordringer i sin samhandling med de minste kommunene sammenliknet med større kommuner.

Surveydataene kan med fordel også koples til andre eksisterende datasett, som data fra NIBR/SINTEFs surveyer om kommunalt psykisk helsearbeid gjennomført til kommunene i 2002, 2005 og 2008. Analyser av et slikt koplet materiale vil gjøre det mulig å se om bl.a. anslåtte dekningsgrader av boliger til psykisk syke har betydning for kommunenes innretning på boligbyggingen, eller om det er en sammenheng mellom omsorgsboligbyggingen og vurderingen av endringer i psykisk sykes levekår (bl.a. bostandard). Dette er imidlertid problemstillinger som faller litt utenom hovedfokuset for dette prosjektet. Gitt de ressursmessige rammene for evalueringen har vi derfor valgt ikke å foreta slike analyser her.

2.2.4 Begrensninger ved intervjuene og surveyen

Opptappingsplanen startet i 1999, og mange viktige premisser for Husbankens arbeid ble lagt tidlig i planperioden. Treggheten i ferdigstillelsen av omsorgsboligene var dessuten særlig stor i starten av Opptappingsplanens virkeperiode. Vi antok derfor at det ville kunne være vanskelig å finne informanter som har fulgt utviklingen i Opptappingsplanen i hele perioden, og som kunne gi god informasjon om de første årene med bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Inntrykket fra intervjuene er imidlertid at det finnes mennesker både i Husbanken og hos Fylkesmannen som har arbeidet med omsorgsboligbyggingen i en årrekke, slik at de fleste av våre informanter har god kunnskap om de problemstillingene som er blitt belyst gjennom intervjuene.

Også i forhold til surveyen til kommunene antok vi at det ville kunne være problemer knyttet til innhenting av informasjon om omsorgsboligbyggingen. Mange sentrale personer i kommunene har trolig flyttet på seg i løpet av Opptappingsplanens 10-årsperiode. Vi ba derfor adressaten for spørreskjemaet i kommunene om å konsultere andre personer hvis de selv ikke hadde den informasjonen vi ba om, og å gi oss beskjed dersom ingen i kommunen kunne svare på spørsmålene. Kun et par kommuner har gitt tilbakemelding om at de ikke kunne besvare skjemaet på en forsvarlig måte. Vårt inntrykk er at de fleste kommunene har god oversikt over antall boliger som er bygget, og hva slags boliger som er bygget. Det kan være noe større usikkerhet knyttet til vurderingsspørsmålene, men også her har vi inntrykk av at mange kommuner har lagt arbeid i å gi pålitelige

svar. Vi vil likevel understreke at vi må være litt forsiktige med hensyn til å trekke bastante konklusjoner om kommunenes vurderinger av hvilke hindringer og muligheter som ble sett som viktige i realiseringen av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse.

3 Ideologiske, politiske og juridiske rammer

Den nasjonale satsingen på omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser har flere forankringspunkter. Den kan knyttes til en generell avinstitusjonalisering eller nedbygging av institusjonsomsorgen. For det andre må satsingen sees i sammenheng med hele psykiatrireformen og føringer og rammer som er nedfelt i de sentrale dokumentene om Opptappingsplanen for psykisk helse. Et tredje forankringspunkt er de juridiske rammene som regulerer tilgangen til og retten til boliger og tjenester. Et fjerde forankringspunkt er Husbanken, som hadde ansvar for implementeringen av satsingen på omsorgsboliger for målgruppen på nasjonalt nivå, og hvilke føringer og forutsetninger som lå til grunn for at Husbanken kunne fylle denne rollen.

Dette kapitlet drøfter de ulike forankringspunktene og sentrale føringene for iverksetting av bygging og anskaffelse av omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen.

3.1 Nedbygging av institusjonsomsorgen

På et overordnet og ideologisk nivå er satsingen på omsorgsboliger innen psykisk helse drevet fram av avinstitusjonaliseringen som hadde vært rådende i flere europeiske land. Manneråkutvalget framholder at institusjonen historisk sett har vært boligen for mange mennesker med nedsatt funksjonsevne, men fra 1990 har det vært et politisk mål at personer med nedsatt funksjonsevne skal bo i egen bolig med tjenester atskilt fra boligen (NOU 2001: 22). Røttene til nedbygging av institusjonsomsorgen finner vi, i følge Ytrehus (1998), i den sosiologiske institusjonskritikken fra 1960-tallet (f.eks. Goffman 1967).

Institusjonskritikken fikk imidlertid begrenset gjennomslag her i landet på 60- og 70-tallet. I løpet av 60-tallet ble det bygget ut trygdeboliger og et lite antall serviceboliger til eldre. Med referanse til ulike kilder, som omfatter tall fra Statistisk sentralbyrå, Daatland (1994) og Lauvli (1991), viser Ytrehus at anslaget over trygdeboliger sprakte fra et omfang på 28.000 til 5.800 tidlig på 90-tallet. Nedbygging av institusjonene og ”boliggjøring” fikk først gjennomslag med ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemning rundt 1990. I 1992 anbefalte Gjærevollutvalget, som utredet konsekvensene av en aldrende befolkning, at kommunene i stedet for å bygge store institusjoner skulle bygge boliger der det kan gis pleie og omsorg etter behov på heldøgns basis (NOU 1992:1). Tjenesten skulle i størst mulig grad bestemmes av den enkeltes behov, ikke av bosted. Utvalgets anbefalinger dannet på mange måter grunnlaget for satsingen på omsorgsboliger for eldre i Norge (Husbanken 1998).

Den statlige tilskuddsordningen til omsorgsboliger og sykehjem ble innført i 1994. Utbygging av omsorgsboliger sto for en betydelig andel av den samlede nybyggingen i andre halvdel av 90-tallet. Som eksempel kan nevnes at i 1999 var nesten en fjerdedel av alle nybygde boliger omsorgsboliger bygget med tilskudd fra Husbanken (NOU 2001:22). Dette er både et uttrykk for at den generelle boligbyggingen var på et lavt nivå *og* at kommunene virkelig satset på sykehjem og omsorgsboliger. Målet var 24.000 nye plasser eller boenheter. Resultatet ble 38.000 enheter. Målgruppen for de aller fleste av disse sykehjemsplassene og boligene var eldre med omsorgs- og pleiebehov.

I 1999 ble ordningen med omsorgsboliger utvidet til å omfatte personer med psykiske lidelser. Dette året ble de første tilsagnene til boliger innen psykisk helse gitt, og et lite antall boliger (120) ble også ferdigstilt dette året. I eldresatsingen kunne kommunene søke om midler til å bygge både omsorgsboliger *og* sykehjemsplasser. At man også kunne søke om midler til sykehjemsplasser så sent som mot slutten av 90-tallet kan, i følge Ytrehus (1998), forklares med at institusjonsomsorgen har hatt stor oppslutning i Norge. Lenge var det liten politisk vilje til å satse på utvikling av selvstendige boliger. Ytrehus peker videre på at data fra evalueringen av omsorgsboligsatsingen til eldre viser at, selv om det var ansatte i kommunene som mente at institusjonsomsorgen var best tilpasset

eldres behov, støttet et flertall av de ansatte opp om omlegging fra institusjonsomsorg til boligløsninger:

De ansatte i kommunene hadde tatt del i og kjente til den moderne institusjonskritikken. De ideologisk orienterte kommunale aktørene hadde lenge ønsket denne typen endring. (s. 9)

Omsorgsboligbyggingen innen Opptrappingsplanen for psykisk helse var en eksplisitt satsing på boliger, ikke institusjonsplasser. I senere satsinger overfor andre grupper har motstanden mot forslag om å etablere sykehjemsplasser vært omdiskutert. Et eksempel er Seilmakerstua i Drammen, en avskjermet avdeling for personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser som ble etablert i et eksisterende sykehjem som et ledd i Prosjekt bostedsløse (bostedsløshetsprosjekt 2001-2004). Husbanken var i utgangspunktet avvisende til planen, med begrunnelsen at Prosjekt bostedsløse var et boligprosjekt. Dilemmaet ble løst ved at Seilmakerstua ble finansiert under eldresatsingen (Dyb 2003). Seilmakerstua er for øvrig tatt med i Husbankens nyeste veileder for gode omsorgsboliger og sykehjemsløsninger for eldre og personer med psykiske lidelser (Husbanken 2009).

Fra satsingen på boliger og sykehjem til eldre, via satsingen på omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen, til boligsatsing for bostedsløse personer, skjer de en utvikling mot tydeligere bolig-gjøring og normalisering. Boliggjøring, og normaliseringstanken, slo som nevnt gjennom i ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemning. Normalisering i denne sammenhengen betyr at omgivelsene skal legges til rette slik at individene kan delta i samfunnet ut fra egne premisser og ikke omvendt; at individene skal tilpasse seg. Det betyr ikke nødvendigvis at alle skal ha en "vanlig" bolig. Normaliseringstanken innebærer en bolig og bosituasjon som legger til rette for at beboeren kan fungere best mulig. Det kan like gjerne være en tilpasset bolig som en "vanlig" bolig.

Normaliseringstanken og boliggjøring ble dominerende blant aktørene i Prosjekt bostedsløse både sentralt og blant flertallet av kommunale aktørene (de syv største kommunene deltok). Det var i utgangspunktet ikke gitt at Prosjekt bostedsløse skulle være et boligprosjekt. Dette fokuset var heller ikke det sentrale perspektivet i Utjammingsmeldingens omtale av tiltak for

bostedsløse (St. meld. nr. 50 [1998-99]) eller i planlegging og oppstart av prosjektet i 2000/2001. Evalueringen av prosjektet oppsummer at en viktig, kanskje den viktigste, årsaken til at det (blant annet) ble et boligprosjekt, var at koordineringen av prosjektet på nasjonalt plan ble lagt til Husbanken (Dyb 2005).

Opptrappingsplanen for psykisk helse var forankret i Sosial- og helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Satsingen på omsorgsboliger var bare en liten del av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hovedfokuset var på tjenestene og livssituasjonen til psykisk syke mennesker mer generelt. Ett av målene var at psykisk syke skulle ha en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig (St. meld. nr. 25 [1996-97]).

40 prosent av dem som fikk omsorgsbolig under Opptrappingsplanen for psykisk helse kom fra institusjoner, og målet var nettopp at de skulle ut av institusjonsomsorgen, mens eldre som fikk omsorgsbolig eller sykehjemsplass som oftest flyttet fra egen bolig. Utgangspunktet for beboerne i omsorgsboliger for eldre og pasientene i sykehjemmene, og beboerne i omsorgsboliger innen psykisk helse, var med andre ord forskjellig. I Husbanken ble imidlertid disse to satsingene organisert sammen. Hvorvidt denne organiseringen fikk konsekvenser for satsingen på omsorgsboliger innen psykisk helse, og eventuelt hvilke konsekvenser det fikk, belyses i neste kapittel (bl.a. 4.4).

3.2 Politiske rammer og føringer

De sentrale politiske dokumentene for psykiatrireformen er St.meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet, og den påfølgende St.prp. nr. 63 (1997-98), Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Stortingsmeldingen er forholdsvis kortfattet i sin omtale av boligbehovene til psykisk syke personer. Meldingen slår fast at flere undersøkelser viser at personer med langvarige psykiske lidelser har dårlige materielle levekår (bolig, økonomi, sysselsetting). I meldingen heter det videre:

Psykiatriske pasienter som har vært mange år i institusjon har ofte ikke egen bolig, og heller ikke familie som de kan vende tilbake til.

Andre kan ha mistet boligen i en krisesituasjon der de ikke har maktet å ivareta sine interesser. Hjelp til å skaffe bolig vil være helt nødvendig for at pasienter skal kunne skrives ut fra institusjon når institusjonsopphold ikke lenger er nødvendig, og også for andre som trenger bolig for å kunne etablere en trygg og selvstendig tilværelse. I de senere år er det etablert gunstige støtteordninger til såkalte omsorgsboliger. En omsorgsbolig er en særskilt tilrettelagt bolig som disponeres av kommunen, men boligene kan organiseres i borettslag eller sameie med beboerne som eiere. Nye omsorgsboliger fullfinansieres av Husbanken med lån og tilskudd. For at en kommune skal kunne få støtte kreves det at det er lagt til rette for heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Beboerne i omsorgsboliger betaler husleie på vanlig måte, men mange av dem vil ha krav på bostøtte. (St.meld. nr. 25 [1996-97], nettutgave)

Stortingsmeldingen framholder samtidig at en del personer med psykiske lidelser er gamle og pleietrengende og trenger kommunal plass i sykehjem eller annen boform for heldøgns pleie og omsorg. Meldingen peker på behovet for å utvikle et eget sykehjemstilbud til denne gruppa. Men til forskjell fra Handlingsplan for eldreomsorgen, ble det ikke satset på kommunale sykehjemsplasser innen psykisk helse. Stortingsproposisjonen, som fulgte meldingen, foreslår eksplisitt å satse på omsorgsboliger:

Antatt nødvendig dekningsgrad for omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser varierer betydelig i de kommunale planene. Ut fra en samlet vurdering har departementet anslått at det er behov for 3.400 nye omsorgsboliger i løpet av planperioden til mennesker med psykiske lidelser som tilfredsstiller forskriftenes krav til pleie- og omsorgsbehov.

Det er tatt utgangspunkt i de samme forutsetningene for gjennomsnittlige investeringskostnader som ble lagt til grunn i St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen. (St.prp. nr. 63 [1997-98])

Grunnlaget for å fastsette behovet for omsorgsboliger var blant annet gjennomgang av 29 kommunale planer innen psykisk helse.

På bakgrunn av disse fant Sosial- og helsedepartementet at behovet for psykiske lidelser varierte betydelig mellom kommunene. Planene indikerte imidlertid at 0,75 prosent av den voksne befolkningen (over 18 år) har alvorlige psykisk lidelser som medførte langvarige og sammensatte hjelpebehov. Dette tilsvarer 25.000 personer. I tillegg la departementet til grunn at 0,25 prosent av den voksne befolkningen – 8.000 personer – har mindre alvorlige psykiske lidelser, men med et visst behov for kommunale tjenester. Man antok videre at rundt 10 prosent av disse hadde et udekket boligbehov, som tilsvarer rundt 3.400 boliger².

Den nasjonale kvoten på 3.400 omsorgsboliger ble fordelt på fylker og videre på kommuner. Kvotene ble fastlagt på basis av det eksisterende boligtilbudet til målgruppen i kommunene og på folketall i samarbeid mellom Fylkesmannen og SHD/Sosial- og helsedirektoratet.

Opptrappingsplanen, det gjelder både Stortingsmeldingen og proposisjonen, drøfter boligproblemer og boligbehov blant personer med psykiske lidelser på et bredere plan. Som nevnt over, refererer meldingen til forskning som viser at personer med psykiske lidelser har dårlige boforhold. I 1997 ble også den første kartleggingen av bostedsløse publisert. Den kom fram til at en fjerdedel av dem som til enhver tid var bostedsløse, tilsvarende 1.500 personer, hadde en psykisk sykdom (Ulfrstad 1997). Antallet ble antatt å være underrapportert og senere har tilsvarende kartlegginger avdekket at en tredel av alle bostedsløse har en psykisk sykdom (Dyb og Johannessen 2009).

Både Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse var forankret i Sosial- og helsedepartementet og senere i Sosial- og helsedirektoratet. Dette kan være en forklaring på fokuset på boligbehovet innen psykisk helse generelt kom noe i bakgrunnen. Kommunal- og regionaldepartementet har det overordnede ansvaret for utforming og implementering av boligpolitikken, og det var også dette departementet, med Husbanken som utfører, som fikk ansvaret for utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser både foreldre og personer med psykiske lidelser.

² Kilder: St.prp. nr. 63 (1997-98), intervju i Helsedirektoratet

Utbygging av omsorgsboliger innen eldreomsorgen og psykisk helse faller sammen med endringer i hovedprinsippene for boligpolitikken. Endringene innebar en reduksjon av den generelle boligsubsidieringen og mer plass til selektive virkemidler (NOU 2002:2, Boligmarkedene og boligpolitikken). NOUen behandler i svært begrenset omfang satsingen på omsorgsboliger og sykehjem innen "eldreplanen". Omsorgsboligsatsingen i Opptrappingsplanen er ikke omtalt.

I St.meld. nr. 23 (2003-2004) Om boligpolitikken, som fulgte opp NOUen, vektlegges sammenhengen mellom boligpolitikken og den generelle velferdspolitikken. Meldingen slår fast at de boligpolitiske målene må sees i sammenheng med andre politiske mål for å få gode resultater: "For å kunne beholde en egen bolig er det nødvendig å ha faste inntekter, og for å kunne søke arbeid og beholde jobben, er det en forutsetning at boligsituasjonen er stabil". Meldingen understreker behovet for samarbeid mellom boligsektoren og andre etater som arbeidsmarkedsetaten, Utlendingsdirektoratet, Rikstrygdeverket og, ikke minst Sosial- og helsedirektoratet. Særlig vektlegges samarbeid med avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet som har ansvar for kommunale tjenester og avdeling for levekår. Avdeling for kommunale tjenester var viktig for utforming av tjenester og oppfølging i bolig og kunnskapsoppbygging knyttet til disse tjenestene. Avdeling for levekår fremheves som en viktig samarbeidspartner i utforming av tilgjengelige boliger for personer med fysiske og psykiske funksjonshemninger.

St.meld. nr. 23 (2003-2004) kom i 2004, helt mot slutten av omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse. Meldingen ble imidlertid utformet under selve satsingen og gjenspeiler de store endringene i boligpolitikken det siste tiåret. En konsekvens av de boligpolitiske endringene er at Husbanken ble omdannet fra boligbank til velferdsbank (Reiersen og Thue 1996). Fra tidlig på 2000-tallet definerer Husbanken seg selv som en velferdsetat. Men som vist i de neste kapitlene, fikk denne politiske endringen liten innflytelse på bygging og etablering av omsorgsboliger innen psykisk helse.

3.3 Juridiske rammer

I 2002 sendte Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Sosialdepartementet ut et felles rundskriv med tittelen ”Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold” (Rundskriv U-10/2002). Rundskrivet viser til ikke mindre enn ti lover som kan ha innvirkning på et boforhold og tjenester knyttet opp mot bolig. Ikke alle disse lovene er relevante i denne sammenheng. Det gjelder blant annet enkelte lover som regulerer disposisjonsretten til en bolig (f.eks. Eierseksjonsloven og Lov om borettslag). Omsorgsboliger bygget under Opptrappingsplanen og under Handlingsplanen for eldre, er eid av kommunene, og en av forutsetningene for å få tilskudd til boligene er at kommunen har tildelingsrett i 20 år. Beboerens disposisjonsrett til boligen reguleres av Husleieloven og en husleiekontrakt mellom kommunen og beboeren. Juridisk er en omsorgsbolig kvalitativt forskjellig fra en sykehjemsplass, selv om det, særlig i eldreomsorgen, i noen tilfeller kan være vanskelig å observere skillet mellom de to. Et kommunalt sykehjem er underlagt og reguleres av Kommunehelsetjenesteloven (Lov om helsetjenesten i kommunen). En omsorgsbolig reguleres som nevnt av Husleieloven og av Sosialtjenesteloven (Lov om sosiale tjenester). Beboere i omsorgsboliger får tjenester i henhold til Sosialtjenesteloven (paragraf 4-2, bolig med heldøgns omsorgstjenester).

Sosialtjenesteloven regulerer også den enkeltes rett til bolig, eller mer presist: den enkeltes rett til hjelp med å skaffe seg en bolig. Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig husvære for personer med et akutt boligbehov (paragraf 4-5). Kommunen er imidlertid ikke forpliktet til å skaffe varig bolig til personer som ikke klarer å skaffe seg en bolig selv. Plikten er begrenset til å bistå med å skaffe en bolig (paragraf 3-4). Paragraf 5-1, som regulerer retten til økonomisk stønad til livsopphold, gir blant annet rett til bistand til boutgifter.

Boligutvalget (NOU 2002: 2) anbefalte at det ble vurdert å lovfeste kommunenes plikt til å yte boligpolitiske tjenester. Bakgrunnen var at flere kommuner synes å ha nedprioritert disse oppgavene. Høringsuttalelsene på dette punktet var delte: Kommunenes Sentralforbund, Drammen kommune, Byggenæringens landsforbund og Husbanken var imot, mens Norges boligbyggelags landsforbund, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Norsk

foreldrelag for funksjonshemmede, Leieboerforeningen samt Stavanger og Trondheim kommuner var for.

I St.meld. nr. 23 [2003-2004]), som fulgte NOU 2002:2 heter det at regjeringen ønsker ikke å pålegge kommuner nye plikter med mindre det foreligger særlige grunner for å gjøre det. Regjeringen skriver videre at selv om enkelte kommuner ikke har den boligpolitiske aktiviteten som er ønskelig fra statens side, er ikke lovpålegg den eneste måten å løse dette problemet på. I stedet vil regjeringen stimulere til lokal boligpolitisk aktivitet gjennom Husbankens økonomiske virkemidler og gjennom kommunikasjon og kunnskapsutvikling.

Sosialtjenesteloven er svært viktig for kommunenes boligarbeid overfor vanskeligstilte personer på boligmarkedet, fordi den regulerer, og avgrenser, den enkeltes rett til bistand og kommunenes plikt til å yte bistand. I evalueringen av nasjonal strategi mot bostedsløshet kom det fram at deler av Husbanken ønsket at den enkeltes juridiske rettighet og kommunenes plikter på dette området ble styrket. De opplevde det som en svakhet for å kunne gjennomføre strategien at retten til bolig ikke var lovfestet (Dyb m.fl. 2008). Sosialtjenesteloven synes i liten grad å ha vært sett som sentral i arbeidet med omsorgsboligene i Opptrappingsplanen, selv om den regulerer retten til bistand med bolig for alle grupper med et boligbehov.

En sentral lov for Husbankens arbeid med omsorgsboligene er Plan og bygningsloven. Loven legger offentlige føringer for blant annet boligkvalitet i byggene og områdene rundt, samt tilgjengelighet og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne. Det er disse aspektene ved boligen som vektlegges i Husbankens veileder for planlegging og bygging av omsorgsboliger og sykehjem for kommunene:

Låne- og tilskuddsordningen bygger på to viktige forutsetninger:

- Det skal sikres god fysiske utforming med hensyn til boligkvalitet og tilgjengelighet. Omsorgsboliger skal være tilrettelagt for pleie- og omsorgstrengende. Sykehjemmene må på sin side ha bokvalitet, i og ed at de fortsatt kommer til å bli det siste bosted for mange.

- Kommunens pleie- og omsorgstjeneste må være organisert på heldøgns basis alle ukedager. (Husbanken 1998:7)

Husbankens veileder gjenspeiler Husbankens ”tradisjonelle” rolle som advokat for gode boliger og bokvalitet og forvalter av de økonomiske ordningene. Husbankens rolle i Opptrappingsplanen på nasjonalt nivå drøftes i neste avsnitt.

3.4 Husbankens rolle på nasjonalt nivå

Føringene for Husbankens rolle og oppgaver i forbindelse med Opptrappingsplanen er definert i St.meld. nr. 23 [2003-2004]) Om boligpolitikken. Oppgavene er spesifisert i statsbudsjettene og i de årlige tildelingsbrevene fra KR D til Husbanken. I disse dokumentene har omsorgsboligsatsingen for eldre fått betydelig større plass enn omsorgsboligene for psykisk helse. I tildelingsbrevet for 1999 heter det at HB har en sentral rolle i regjeringens eldresatsing. I tildelingsbrevet for 2001 heter det at Opptrappingsplanen bør få økt status. Tildelingsbrevet tar videre opp kravene til standard i boligene:

Opptrappingsplanen for psykisk helse bør få økt status. Ved kjøp av bolig som skal benyttes til personer med psykiske lidelser, kan kravene til omsorgsstandard fravikes. Departementet ber Husbanken vurdere om opptrappingsplanen bør innarbeides i de eksisterende retningslinjene, eller om det bør lages egne retningslinjer for planen.

Hvilke krav som skulle stilles til omsorgsboliger til personer med psykiske lidelser, og om det var rimelig og riktig å legge vekt på samme kravene for denne gruppa som for eldre, var en av de sentrale problemstillingene for Husbanken. Retningslinjene ble endret, og i budsjettproposisjonen for statsbudsjett 2002 skriver regjeringen følgende:

På bakgrunn av prioriteringssignalene i St.meld. nr. 34 (1999-2000) og Innst. S. nr. 92 (1999-2000), ble Husbankens retningslinjer endret fra 1. januar 2001 slik at sykehjem og omsorgsboliger tilrettelagt for

heldøgns omsorg og pleie, enerom og utskifting av gammel bygningsmasse prioriteres.

For Opptrappingsplanen for psykisk helse er det fra 2001 foretatt en oppmyking av kravet til omsorgsboligene, slik at ved kjøp eller utbedring av boliger kan kravet til omsorgsstandard fravikes. (St.prp. 1 [2001-2002])

Diskusjonen knyttet til endringer av retningslinjene og hvilke endringer som ble foretatt drøftes mer detaljert i kapittel 4. Kapitlet bygger på intervjuer med representanter for Husbankens regionkontor.

Det at flere grupper med særskilte behov, blant andre personer med alvorlige psykiske lidelser, skulle få oppfølging i bolig, stilte nye krav til kompetanse hos tjenesteyterne ute i kommunene. I utgangspunktet ble det rekruttert personer med spesialkompetanse knyttet til omsorgsboligene innen Opptrappingsplanen. Men psykiske lidelser er også et betydelig innslag i grupper med store bolig- og oppfølgingsbehov som går under andre merkelapper. Fra tidlig på 2000-tallet ble Husbanken er pådriver i å bygge opp kompetansen i boligsosialt arbeid i kommunene. Et særlig viktig tiltak var finansiering av boligsosiale utdanninger ved først Høgskolen i Sør-Trøndelag i 2002 og etter hvert ved flere andre høyskoler. Psykiatri og psykisk helse var imidlertid allerede et spesialisert fagfelt, og i den grad det boligsosiale feltet har fokus på psykisk helse handler det om kombinasjonene rus/psykiatri. Det er heller ingen føringer i de offentlige dokumentene knyttet til omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse, som gir Husbanken en boligsosial rolle i Opptrappingsplanen. Den rollen som Husbanken har fått som velferdsetat, som en pådriver for kompetanseoppbygging og utviklingsarbeid, kan i liten grad spores i omsorgsboligsatsingen.

3.5 Oppsummering

Bakgrunnen for satsingen på omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser er nedbygging av institusjonsomsorgen. Omsorgsboliger innen Opptrappingsplanen ble i Husbanken organisert sammen med bygging av omsorgsboliger og sykehjem innenfor

Handlingsplan for eldreomsorgen. I Opptrappingsplanen ble det imidlertid ikke satset på sykehjem. Omsorgsboligene innen psykisk helse var i større grad enn eldresatsingen en fortsettelse av boliggingjøring man hadde sett tidlig på nittitallet i Ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemming.

Verken omsorgsboligsatsingen eller boligbehovene til personer med psykiske lidelser har en stor plass i de offentlige dokumentene knyttet til Opptrappingsplanen. Heller ikke boligpolitiske meldinger og dokumenter bruker mye plass på dette. Vurderingen av behovet om at det skulle bygges 3.400 omsorgsboliger i Opptrappingsplanen ble foretatt av Sosial- og helsedepartementet. Vurderingen bygger på gjennomgang av planene for psykisk helsearbeid i et utvalg kommuner, dekningsgrad i kommunene – det eksisterende boligtilbudet til målgruppen – og folketall.

Sosialtjenesteloven regulerer den enkeltes rett til bistand til å dekke sine boligbehov og kommunenes forpliktelser. Den sentrale loven i Husbankens arbeid med omsorgsboliger i Opptrappingsplanen synes å være Plan og bygningsloven som regulerer kvalitet, tilgjengelighet og plassering av boligene. Verken Kommunal- og regionaldepartementet eller Husbanken hadde et boligsosialt fokus i denne satsingen, som kan leses ut av de offentlige dokumentene knyttet til ordningen.

4 Organisering og arbeid med Opptrappingsplanen i Husbanken

Arbeidet med omsorgsboligene i Opptrappingsplanen på nasjonalt nivå var lagt til Husbanken. Den sentrale oppgaven til Husbanken har vært å forvalte tilskuddet til omsorgsboligene. Tilskuddet besto av et oppstrattilskudd på maksimum 175.000 kroner og et kompensasjonstilskudd på maksimum 565.000 kroner pr. boenhet, til sammen et maksimumsbeløp på 740.000 kroner pr. bolig (boenhet og bolig er det samme). Dette kapitlet ser på hvordan Husbanken organiserte arbeidet og hvilke arbeidsoppgaver Husbanken hadde i satsingen. Kapitlet vil blant annet belyse om organiseringen og gjennomføring av arbeid var hensiktsmessig for å nå målene om 3.400 omsorgsboliger i løpet av de seks årene satsingen skulle vare (1999 – 2004). Husbanken ble i den aktuelle perioden regionalisert. Et av spørsmålene som belyses er om denne omorganiseringen påvirket arbeidet med Opptrappingsplanen.

En annen problemstilling er Husbankens arbeidsoppgaver og hvordan disse ble definert og avgrenset. Sosial- og helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for helsetjenester og sosiale tjenester. Et vesentlig element i selve definisjonen av en omsorgsbolig er at den skal være tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg. Det er derfor relevant å se på om Husbanken ble trukket inn utviklingen av tjenester til beboerne i boligene.

En tredje problemstilling i kapitlet er Husbankens kontakt med kommunene. Kommunene har den sentrale rollen i implementeringen av omsorgsboligbyggingen under Opptrappingsplanen.

Hver kommune fikk tildelt et bestemt antall omsorgsboliger de kunne få tilskudd til. Under Handlingsplan for eldreomsorgen ble det bygget opp mot det dobbelte antall omsorgsboliger og sykehjem av det som var planlagt, mens bygging/anskaffelse av omsorgsboliger i Opptrappingsplanen ble til dels sterkt forsinket. Hadde Husbanken noen innflytelse på tempoet i satsingen og arbeidet i kommunene?

Husbanken organiserte arbeidet med omsorgsboligene i Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplanen sammen. En fjerde problemstilling omhandler hvorvidt dette påvirket arbeidet med omsorgsboliger for psykisk syke og eventuelt hvordan.

Kapitlet er basert på intervjuer med en person i fem av Husbankens regionkontor og en person ved hovedkontoret. Vi har intervjuet personer som hadde ansvar for iverksetting av omsorgsboligsatsingen. Det er altså erfaringene og perspektivene til sentrale aktører i Husbanken som beskrives og analyseres og er datagrunnlaget for kapitlet. Kommunenes og fylkesmennenes erfaringer og samarbeid med Husbanken analyseres i kapittel 5.

4.1 Organisering

De sentrale aktørene for å iverksette omsorgsboligsatsingen på nasjonalt nivå er Fylkesmannen i de ulike fylkene og Husbanken. Mens hvert fylke har én fylkesmann, er Husbanken organisert i større regioner. I starten av Opptrappingsplanen hadde fylkeslegen en sentral posisjon. Fylkeslegen ble imidlertid lagt inn under fylkesmannsambetet fra 1. januar 2003. I tilknytning til implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det opprettet stillinger som rådgivere innen psykisk helse hos alle landets fylkesmenn. Rådgiverne hadde som oppgave å følge opp kommunenes arbeid med Opptrappingsplanen, inkludert byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke.

Husbankens organisasjon omfatter hovedkontor, som i Opptrappingsperioden ble flyttet fra Oslo til Drammen, og seks regionkontor. Rundt 2002 begynte en omorganisering av Husbanken som innebar nedbygging av hovedkontoret og overføring av større ansvar, mer selvstendighet og flere oppgaver til regionkontorene.

Dette var av større betydningen enn selve flyttingen av hovedkontoret. Forskjellene mellom de i alt seks regionkontorene er, som oversikten under viser, store både med hensyn til antall fylker og kommuner de dekker og folketallet i disse kommunene:

- **Region Øst** dekker fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Oppland. Antall kommuner: 89. Folkemengde i regionen: 1.692.000³.
- **Region Sør** dekker fylkene Vest-Agder, Aust-Agder, Vestfold, Telemark og Buskerud. Region Sør har regionkontor i Arendal og Drammen. Antall kommuner: 83. Folkemengde i regionen: 906.000
- **Region Vest** dekker fylkene Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Antall kommuner: 87. Folkemengde i regionen: 967.000
- **Region Midt-Norge** dekker fylkene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Antall kommuner: 89. Folkemengde i regionen: 653.000
- **Region Bodø** dekker fylkene Nordland, Sør-Troms og Svalbard. Antall kommuner: 61. Folkemengde i regionen: 300.800
- **Region Hammerfest** dekker Finnmark, Nord-Troms, Balsfjord og Tromsø. Antall kommuner: 28. Folkemengde i regionen: 161.400

Regionkontorene fikk etter regionaliseringen økt selvstendighet i hvordan de vil utføre sine arbeidsoppgaver. Regionkontorenes rolle er i dag beskrevet slik:

Nærhet til og kunnskap om kommunene og de lokale utfordringene er en forutsetning for at Husbanken skal kunne bidra til gode resultater. Derfor har regionkontorene en sentral rolle i Husbanken. Alle regionkontorene arbeider med alle Husbankens arbeidsområder, og har stor frihet til å tilpasse virkemiddelbruken til behovene i sitt distrikt.

(www.husbanken.no)

³ Folketallet er fra 2008. Befolkningen har økt siden Opptrappingsplanen ble vedtatt, men tallene viser forholdet mellom området de ulike regionkontorene dekker og antall personer de har ansvar for å betjene.

Alle intervjupersonene ved regionkontorene, som arbeidet med og hadde ansvar for Opptappingsplanen (og eldresatsingen), oppfatter at regionaliseringen ikke fikk betydning for dette arbeidet. Den medførte ingen vesentlig endring i organisering av arbeidet med omsorgsboligbyggingen innenfor Opptappingsplanen. Regionkontorene jobbet allerede selvstendig overfor kommunene i denne satsingen etter sentrale retningslinjer. En intervjuperson sentralt i Husbanken framholder at Kommunal- og regionaldepartementet la lite føringer på Husbankens arbeid med Opptappingsplanen. Det er også svært lite å finne om satsingen på omsorgsboliger i meldinger og i tildelingsbrevene til Husbanken fra KRD. Det gjelder både eldresatsingen og – i enda større grad – satsingen innen psykisk helse.

Husbanken sentralt hadde en person som regionkontorene kunne forholde seg til, dersom de trengte noen å rådføre seg med. Ifølge representantene for regionkontorene var det bare i noen få saker de hadde behov for å ta videre til hovedkontorer. Det kunne også være spørsmål knyttet til mer generelle retningslinjer for arbeidet som ble tatt opp med hovedkontoret. Hovedkontoret hadde også kontakten opp til departementet. Intervjupersonene ved regionkontorene framholder at denne ordningen fungerte godt og at de var fornøyd med den. Inntrykket fra intervjuene er at det var begrenset behov for å kontakte hovedkontoret, noe som bidrar til å understreke regionskontorenes selvstendighet både i forhold til Husbanken sentralt og departementet.

Enkelte intervjupersoner påpeker at både Handlingsplan for eldreomsorgen og i neste omgang Opptappingsplanen allerede var lagt til regionkontorene. Regionaliseringen av Husbanken fikk derfor ingen betydning for hvordan regionkontorene organiserte arbeidet med boliger innen psykisk helse.

I Husbanken ble arbeidet med Opptappingsplanen organisert sammen Handlingsplan for eldre. For det første dreide det seg om den samme ordningen; det var de samme reglene og retningslinjene og de samme tilskuddene som ble gitt til omsorgsboliger innenfor begge planene. For det andre var det de samme personene i Husbankens hovedkontoret og regionkontorene som hadde ansvar for de to satsingene. Alle intervjupersonene mener at samorganiseringen var gunstig for Husbankens arbeid med omsorgsboliger innen Opptappingsplanen:

Husbanken brukte Handlingsplan for eldreomsorgen som mal. Den eneste forskjellen var at det nå ikke var eldre men psykisk syke.

Opptrappingsplanen og Handlingsplan for eldre gled over i hverandre. Opptrappingsplanen ble ”hengte på” Handlingsplanen for eldreomsorgen.

Alt var godt innkjørt, vi visste hvordan det skulle være.

Et regionkontor vektlegger at erfaringen fra arbeidet med eldreplanen var nyttige i arbeidet med Opptrappingsplanen. Men som vist lenger nede i kapitlet, var det også nye utfordringer og problemstillinger knyttet til omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser med hensyn til utformingen av boligene.

Selv om regionkontorene hadde stor selvstendighet i arbeidet med omsorgsboligsatsingen, fulgte den interne organiseringen ved regionkontorene samme mønster. Hvert regionkontor hadde et team sammensatt av en saksbehandler og en eller flere arkitekter avhengig av størrelsen på kontoret. Region øst, som skal dekke en befolkning på nærmere 1,7 millioner, hadde på det meste fire arkitekter i teamet. I Region Hammerfest var det stort sett en arkitekt og en saksbehandler som arbeidet med både Eldreplanen og Opptrappingsplanen.

Saksbehandlerne framstår som de sentrale personene i organiseringen av arbeidet. Det var de som hadde kontakt med kommunene, Fylkesmannen og andre aktører. Det synes imidlertid å være arkitektene som var de dominerende fagpersonene i Husbankens organisasjon knyttet til ordningen. Dette blir nærmere belyst i avsnitt 4.2 om arbeidsoppgaver.

Et siste viktig element i organiseringen er nettverk og samlinger med flere aktører. Husbanken etablerte ingen egne nettverk i forbindelse med omsorgsboligsatsingen for eldre eller psykisk syke. Men Husbanken deltok i nettverk organisert av fylkesmennene og Sosial- og helsedirektoratet (i starten Sosial- og helsedepartementet). Hos fylkesmennene var eldresatsingen og satsingen innen psykisk helse som oftest atskilt med ulike ansvarspersoner, og det var ulike nettverk og samlinger for de to satsingsfeltene. Et enhetlig inntrykk fra regionkontorene er at samlingene organisert av Fylkesmannen eller Sosial og helsedirektoratet ikke hadde veldig

stor betydning for Husbankens arbeid. Boligsatsingen hadde ingen sentral plass på disse samlingene. Samarbeidet med rådgiverne i psykisk helse hos Fylkesmannen karakteriseres som godt og svært godt av saksbehandlerne i Husbanken.

4.2 Husbankens arbeidsoppgaver i Opptrappingsplanen

Arbeidsoppgavene dreier seg om hvilke oppgaver Husbanken var tildelt i Opptrappingsplanen, hvordan Husbankens definerte og avgrenset sine arbeidsoppgaver og hvordan oppgavene ble utført. På grunn av den sentrale rollen fylkesmennene hadde i Opptrappingsplanen og i omsorgsboligsatsingen er det rimelig blant annet å se Husbankens oppgaver i relasjon til Fylkesmannens oppgaver. Slik beskriver Fylkesmannsembetet sin funksjon og rolle generelt:

Fylkesmannen er Kongens og regjeringens representant i fylket og skal arbeide for at Stortingets og regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp. På vegne av flere departementer utfører fylkesmannen en rekke forvaltningsoppgaver i forhold til kommuner og enkeltpersoner, og er klagemyndighet og tilsynsmyndighet.

(www.fylkesmannen.no/default.htm)

Fylkesmannen har en sentral rolle som tilsynsmyndighet for å påse at kommunene yter tjenester i henhold til lover og forskrifter som regulerer kommunale sosial- og helsetjenester (Hansen m.fl. 2009). Husbankens definerer seg som en velferdsetat, men den har ingen tilsynsmyndighet i tråd med den Fylkesmannen har. Husbankens rolle i denne sammenhengen er begrenset til veiledning/rådgivning og saksbehandling.

Under arbeidet med opptrappingsplanen var Husbankens mandat, slik den oppfattet det selv, begrenset til å behandle søknader om midler og godkjenne kommunenes prosjekter. Husbanken forvaltet finansieringsordningen for omsorgsboliger og skulle godkjenne at prosjektene var i tråd med retningslinjene for å få tilskudd. Husbankens sentrale arbeidsoppgave oppsummeres svært presis i følgende setning fra en av intervjupersonene:

Framskaffelse av boliger var vår jobb. (intervju 05.06.09)

Som nevnt ble det fastsatt en kvote på 3.400 boliger fordelt på fylker og kommuner etter en nøkkel basert på behovsvurdering og innbyggertall. Kvote for fylkene ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet, mens kvoten for den enkelte kommune ble fastsatt i samråd med kommunen og fylkesmannen.

Det var fylkesmannen som samarbeidet med kommunen når behovet skulle defineres. Kriteriene for å vurdere behovet var statistikker, aldersprognoser, utviklingen over i tid. Noen kommuner sendte inn vurdering av behov i samarbeid med fylkesmannen (intervju 09.06.09).

Kvotene var fastsatt før Husbanken kom inn i bildet. Den administrative delen av Husbankens arbeidsoppgaver var å behandle søknadene når de kom fra kommunene og vurdere om prosjektene var innenfor retningslinjene for å få tilskudd. Den siste delen av tilskuddet ble utbetalt når boligene var klare til bruk.

En omsorgsbolig skal være tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg. Ingen av regionkontorene hadde noen befatning med utvikling av tjenestene i boligene. Dette var i likhet med vurdering av behovet for omsorgsboliger ensidig lagt til Fylkesmannen og Sosial- og helsedirektoratet (og Sosial- og helsedepartementet).

Husbankens oppfatning av sin funksjon hadde selvsagt betydning for valg av fagbakgrunn til personene som forvaltet ordningen. Den dominerende faggruppen var arkitektene. Saksbehandlerne var økonomer og ingeniør eller hadde annen teknisk eller merkantil utdanning. Ingen av de som hadde ansvar eller hadde arbeidsoppgaver knyttet til Opptrappingsplanen i Husbanken hadde for eksempel sosialfaglig utdanning. Oppbyggingen av feltet bolig-sosialt arbeid, som defineres ut over selve boligsatsingen, startet i Husbanken tidlig på 2000-tallet. Alle regionkontorene sier at det boligsosiale arbeidet aldri ble knyttet opp mot arbeidet med Opptrappingsplanen. Kjernen i Husbankens arbeidsoppgaver var å sikre kvalitet og ivareta kravet om universell utforming. En av intervjupersonene slår fast:

Det skulle være universell utforming. Det var et krav om at alt man bygde skulle være tilgjengelig for rullestolbrukere. Dette ble etter hvert lempet på – det ville ellers ha blitt veldig dyrt. (intervju 28.05.09)

Ivaretagelse av krav om universell utforming i bygg og omgivelser er en av Husbankens sentrale oppgaver. Den hadde enda større tyngde i prioriteringen av arbeidsoppgaver rundt 2000. Ifølge Nørve m.fl. (2005) antas begrepet *universal design* å ha oppstått på 1980-tallet blant amerikanske produktdesignere som ønsket et bredere grunnlag for å skape gode produkter som var lette å bruke. Nørve m.fl. støtter seg på følgende definisjon fra Center for Universal Design ved North Carolina State University: Universell utforming er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og spesiell utforming.

I Norge må framveksten knyttes hovedsakelig til utviklingen av livsløpsstandarden fra 1982 og framover, til ideene om at eldre og funksjonshemmede skulle kunne bo hjemme, i vanlige bomiljøer, som særlig ble nedfelt i stortingsmeldingen om boligpolitikk for 90-årene, som ble lagt fram i 1989 og i Gjærevollutvalgets innstilling fra 1992. Utviklingen var i tråd med det som interesseorganisasjonene allerede hadde hevdet i en årrekke (og som lå bak ideen om livsløpsstandarden). (Nørve mfl. 2005:10-11)

I følge Husbanken brukes følgende definisjonen på universell utforming i Norge (fra Husbanken: Eksempelsamling Universell utforming):

Universell utforming er forming av produkter, bygg, transportmidler og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor grad som mulig, uten behov for tilpasning eller spesiell utforming.

Innenfor boligsektoren innebærer dette at man ved nybygging, rehabilitering og ombygging skal vektlegge at både boenheter, fellesområder og utearealer skal være brukbare for et vidt spekter av mennesker: barn, eldre, synshemmede og bevegelseshemmede i tillegg til

spreke 20-åringene. Småbarnsforeldre skal kunne ta med seg barn i barnevogn og ukjente besøkende skal kunne finne fram. Dette gir boligområder som er brukbare for flere og enklere for mange, ved hjelp av tiltak som er nødvendige for noen. (Husbanken 2007)

Universell utforming i bygg settes også i sammenheng med livs- løpsstandard; en bolig skal utformes slik at man i prinsippet kan bo i den hele livet og bli skrøpelig og hjelpetrengende, uten at boligen må forandres. Den skal være tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse fra starten. Sentralt i retningslinjene for utforming av omsorgsboliger for eldre og sykehjem var blant annet at bygg skulle ha heis. Kravet om heis kunne være en utfordring i bygg med få leiligheter, fordi det ville bli utforholdsmessig dyrt. Heiskravet ble derfor fravet i noen prosjekter.

Sykehjemmene skulle bestå av enerom. For omsorgsboligene ble det stilt krav om at boenhetene skulle ha en viss størrelse. Husbankens minstekrav til ordinære boliger var på den tiden 55 kvadratmeter bruttoareal. Men Husbankens veileder for omsorgsboliger og sykehjem anbefaler at en fullgod omsorgsbolig bør være på 60 kvadratmeter for å gi rom for rullestol/gåstol og legge til rette for pleie. I bofellesskap med fellesareal var den anbefalte størrelsen på de individuelle boenhetene 40 kvadratmeter, og 30 kvadratmeter i bokollektiv.

En saksbehandler ved et regionkontor framholder at kravene til omsorgsbolig var i utgangspunktet veldig generelle. Selv om universell utforming også omfattet tilrettelegging for ulike typer funksjonsnedsettelse (for eksempel astma, hørselshemming og demens) ble fokuset mye rettet mot bevegelseshemming og rene pleiebehov. En av intervjupersonene understreker:

Kampen for kvalitet i boligene var viktig i eldre- omsorgen. (intervju 27.04.09)

Dette tok man også med inn i Opptrappingsplanen, sier en av intervjupersonene, men det kom innspill fra kommuner om at man måtte se på andre behov hos personer med psykiske lidelser:

Fra Bergen kommune kom det eksempler på at dette var en gruppe med store interne forskjeller. Kravene

til omsorgsboligen var derfor avhengig av hvilken gruppe som skulle bo der. (intervju 04.06.09)

Etter hvert ble det lempet på kravene til fysisk tilrettelegging etter mal fra eldresatsingen. Flere kommuner argumenterte for at psykisk syke hadde andre behov. Heis var ikke den viktige delen av tilretteleggingen. Størrelsen på boenhetene med tilrettelegging for rullestol og pleie var heller ikke det vesentlige og stort sett ikke nødvendig. Problemstillingene handlet heller om antall boenheter som burde samlokaliseres, balansen mellom tilgang til fellesarealer på den ene siden og behov for avskjerming og privatliv på den andre siden. Også tilgang til tjenester ble vektlagt i mange prosjekter:

Beliggenhet var viktig i forhold til offentlige kontorer, butikker osv. Det skulle være sentral beliggenhet. Dette var ikke viktig i Handlingsplan for eldre. (intervju 28.05.09)

Enkelte regionkontor var fleksible i behandlingen av kommunenes søknader og ønsker. Andre sier at de i all hovedsak holdt seg til retningslinjene. Retningslinjene ble noe lempet på underveis. Det var delte meninger om dette var riktig:

Etter hvert åpnet Husbankens sentralt for omsorgsboliger i eksisterende boligmasse. Dette reagerte regionkontoret på. Det hadde å gjøre med at man så bort fra tilgjengelighet. (intervju 02.05.09)

Diskusjonen om utforming av boligene dreide seg om hvilke behov brukergruppa hadde, i kontrast til eldre, men diskusjonen var også knyttet til kommunenes økonomi. En av intervju-personene understreker at hele omsorgsboligsatsingen var en enorm kvalitets- og standardheving både i sykehjemmene i boligene. I et annet intervju framgår det at en av grunnene til at kravene ble lempet på var økonomi: ”det ville ellers bli veldig dyrt”.

Et viktig spørsmål i mange av prosjektene i Opptappingsplanen var størrelsen på de private boenhetene og fellesarealer og fordelingen av rommet mellom disse. Omsorgsboligene kan skjematisk deles inn i tre grupper:

Bofellesskap; beboerne har egne leiligheter som tilfredsstillende kravene til en separat bolig, det vil si minimum ett rom og vanligvis eget kjøkken og bad. Et bofellesskap vil som oftest ha noen fellesarealer, som beboerne og ansatte (det er som oftest tjenester knyttet til bofellesskap) kan bruke.

Samlokaliserte boliger er flere separate boenheter – leiligheter eller småhus/rekkehus – som ligger samlet for eksempel i en oppgang i en blokk/leiegård, i en rekke eller rundt et tun. Samlokaliserte boliger kan også ha fellesarealer, men disse vil være mer atskilt fra boenhetene.

Spredte boliger er boenheter – leiligheter eller frittstående boliger – i den ordinære bebyggelsen.

Et felles kjennetegn ved alle boformene, dersom de skal komme under begrepet omsorgsbolig, er at hver beboer har en egen husleiekontrakt. Det gjelder også i bokollektivene, som er en svært tett form for fellesskap med begrenset privat plass. En undersøkelse blant et mindre utvalg kommuner i 2005, om hvilke boformer de hadde for personer med psykiske lidelser, viste at de fleste kommunene (tre av fire) benyttet samlokaliserte boliger eller ordinære, spredte boliger. Halvparten av kommunene hadde bofellesskap. Noe svært få oppga at de hadde bokollektiv, som er en enda tettere boform enn bofellesskap. (Dyb 2006).

Det vanligste innenfor omsorgsboligsatsingen er bofellesskap og samlokaliserte boliger. Dette valget begrunnes både faglig og økonomisk. Bofellesskap skapte trygghet for en del personer med psykiske lidelser. I intervjuene trekkes det også fram eksempel på tilpasning av bolig til personer som ikke kunne ha fellesskap eller bo sammen med andre. Den økonomiske siden handler om at felles lokalisering er rasjonalt i forhold til tjenesteyting. Boligene skulle som sagt være tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg.

Alle regionene gikk inn på kompromisser (i forhold til eldresatsingen) og viste fleksibilitet i saksbehandlingen. Noen regioner, for eksempel region Vest, gir uttrykk for at de la til grunn en betydelig fleksibilitet allerede tidlig i satsingen. Fra region vest framholdes det også at Bergen kommune var en pådriver i psykisk helsearbeid og hadde en del oppfatninger og innspill til hvordan boligene burde utformes. Bergen la også vekt på at gruppen psykisk syke var svært differensiert og at de ulike behovene måtte

gjenspeiles i utbyggingen av omsorgsboligene; man trengte ulike tilbud.

Men det var også ”forhandlinger” om kvalitet, der Husbanken holdt på normene. ”Romstørrelse i boenhetene var viktig”, sier en intervjuperson og legger til:

Kjøkken eller minikjøkken ble anbefalt. Vi ble av og til møtt med at ’Husbanken skal ha kjøkken overalt’.
(intervju 27.04.09)

Det var imidlertid kommunene som definerte boligbehovene til sine brukere. Husbankens rolle var å se om prosjektene tilfredstilte kravene til finansieringsstøtte. En generell oppsummering fra intervjuene med saksbehandlerne i Husbanken er at de små kommunene kunne ”skreddersy” boliger til personer de kjente til, mens de store kommunene etablerte et mer generelt tilbud som kunne passe grupper med ulike behov. Det var i de store kommunene det var mest aktuelt å fravike standardkrav som heis. De store kommunene kjøpte og tilpasset i større grad eksisterende bygg, mens de mindre bygget nytt. Å installere heis i eksisterende bygg kunne være en stor ekstrakostnad og kravet om heis ble fraveket i disse tilfellene. Heis var strengt tatt ikke et krav for å tilpasse bygget til personer med psykiske lidelser.

Hovedkonklusjonen for denne delen av kapitlet er at Husbankens viktigste oppgave var å saksbehandle kommunenes prosjekter og gi råd og veiledning. Det sentrale i dette arbeidet var å sikre kvalitet og tilgjengelighet, en oppgave som var arkitektenes domene. Retningslinjene for en god omsorgsbolig og erfaringene fra Handlingsplan for eldre ble brukt i Opptrappingsplanen, men det skjedde også en tilpasning av kravene og retningslinjene til brukergruppen med psykiske lidelser. Kravene om bedre tilpasning av boligene til målgruppen kom blant annet fra kommunene. Forholdet mellom kommunene og Husbanken belyses i neste del av kapitlet.

4.3 Kontakt med kommunene

Kommunene innehar nøkkelrollen i bygging og anskaffelse av omsorgsboliger. Kontakten mellom Husbanken og kommunene er sentral i problemstillingen knyttet til hvordan Husbanken løste sine oppgaver. Denne delen av kapitlet belyser hvordan Husbankens

regionkontor arbeidet med og overfor kommunene, hvordan de vurderer kvotene som kommunene ble tildelt, og hvordan de vurderer årsakene til forsinkelsene i prosessen ute i kommunene. Kommunenes vurdering av kontakten med Husbanken og finansieringsordningene, behandles i kapittel 5.

Regionkontorenes selvstendighet i arbeidet med Opptrappingsplanen påvirket i liten grad hvordan de vurderte kommunenes prosjekter. De fulgte retningslinjene for omsorgsboliger med en viss tilpasning og fleksibilitet i forhold til målgruppa. Kontakten med kommunene, både i omfang og organisering, varierte imidlertid en del mellom regionene.

Oversikten over regionene i del 4.1 viser at det er betydelige forskjeller på området regionkontorene skal dekke. Forskjellene gjenspeiles først og fremst i folketall, men det er også en viss forskjell med hensyn til antall kommuner et regionkontor skal dekke. Ytterpunktene er Region Øst og Region Hammerfest. Både omfanget og organiseringen av kontakten med kommunene varierte mellom regionene. I Hammerfest, som har relativt små kommuner (i folketall), hadde mer kontakt med hver kommune enn for eksempel regionene Øst og Vest. Eksempelvis arrangerte Region Øst et møte i hvert fylke, der alle kommunene i fylket møtte, for å informere om tilskuddsordningen til omsorgsboliger. Også Fylkesmannen deltok på møtet. Region Hammerfest gikk blant annet ut i avisene for å spre informasjon om Husbankens finansieringsordning av omsorgsboliger. Dette var i en tidlig fase der det dreide seg om omsorgsboliger til eldre. Hammerfest fulgte opp noen kommuner spesielt. Dette var kommuner som enten ikke kom i gang og eller kommuner det var vanskelig å komme i dialog med om omsorgsboligene.

Region Sør hadde møte med hver enkelt kommune:

Det var tett dialog mellom kommuner, Husbanken og Fylkesmannen. Det var møte med en og en kommune om hvert prosjekt med alle tre partene til stede.
(intervju 28.05.09)

Det vanligste var at kommunene presenterte sine prosjekter og fikk enten prosjektene godkjent eller fikk råd om hvordan de burde endres for å tilfredsstille kravene i ordningen. Region Øst hadde stort sett et møte med hver kommune, men i tilfeller der

kommunen ble anbefalt om å endre søknaden, eller der søknaden ble avvist i den første versjonen, kunne det være mer enn et møte. Region Vest kunne ha flere møter med noen kommuner:

Det var direkte kontakt med alle kommunene om alle prosjektene. Noen prosjekter var ferdige da de ble presentert fra kommunen. Disse møtene ble for det meste tatt mellom Husbankene og den enkelte kommune. Antall møter med en kommune varierte fra en til flere ganger om et prosjekt. Det var opp til kommunene hvordan de ville bruke Husbanken. (intervju 04.06.09)

I Region Midt-Norge var den enkelte kommune sjelden på møte med Husbanken. Kommunene sendte inn sine prosjekter og fikk tilbakemelding på e-post og telefon. Forklaringen er at det er lang avstand mellom mange av kommunene og Trondheim, der regionkontoret holder til.

Ingen av regionkontorene avsto søknader fra kommunene. Kommunene hadde fått tildelt sine kvoter. Det var mer et spørsmål om å stille krav til prosjektene dersom de ikke var i tråd med Husbankens retningslinjer for tilskuddsordningen. De fleste saksbehandlerne i Husbankens tror kommunene var fornøyd med Husbanken. Region Øst presiserer at de stort sett hadde en god dialog.

I kapittel 3, under beskrivelse av lovverket som danner rammen for omsorgsboliger i psykisk helse, framgår det at bolig er ingen rettighet på linje med helsetjenester og sosiale tjenester (selv om det er begrensinger også i rettigheter til tjenester). Ingen kan kreve å få en bolig av kommunene eller andre offentlige instanser. Det betyr også at kommunenes ”plikt” til å framskaffe boliger til psykiske syke og andre grupper med behov for hjelp til å finne en bolig kan tolkes fleksibelt. Selv om det var tildelt kvoter for bygging/anskaffelse av omsorgsboliger i Opptrappingsplanen til nesten alle kommunene, var ikke kommunene forpliktet til å benytte kvotene. De fleste kommunene fylte kvoten, men hele prosessen ute i kommunene gikk sakte.

Kvotene ble fastsatt og fordelt før Husbanken kom inn som saksbehandler i prosjektene. Det er litt ulike oppfatninger av kvotene i Husbanken. Region Øst oppsummerer:

Kvotene fungerte litt forskjellig, men stort sett greit.
(intervju 05.06.09)

Sør at kvotene var for små for en del kommuner:

Kvotene var for små for Vestfold. Det kunne vært finansiert flere boliger, hvis kvotene hadde vært større.
(intervju 28.05.09)

Hammerfest mener at kvotene antakelig var for små for de fleste kommunene. For eksempel ønsket Tromsø flere boliger, men fikk det ikke.

Husbanken stilte i liten grad spørsmålstegn ved kvotene, verken ved omfanget eller ved fordelingen. Dette var definert som Sosial- og helsedirektoratets og Fylkesmannens område.

Noen kommuner var misfornøyde. Det var for små kvoter. Men vi saksbehandlet de søknadene som kom inn. Misnøye måtte kommunene ta opp med fylkesmannen. (intervju 05.06.09)

Det var fylkesmannen som fordelte midlene. Rollen til Husbanken var å være en gjennomfører. (intervju 28.05.09)

Hovedinntrykket fra intervjuene med saksbehandlerne i Husbanken er at kvotene ikke fungerte negativt eller var til hinder for å gjennomføre satsingen. I noen fylker ble kvoteordningen praktisert med en viss fleksibilitet fra Fylkesmannens side. Kommunene og fylkene innenfor en Husbank-region kunne "låne" kvoter av hverandre. Dersom en kommune ikke brukte kvoten sin, ble den overført til en kommune som ønsket, og hadde behov for, flere boliger.

En viktig problemstilling i omsorgsboligsatsingen i psykisk helse er forsinkelser og treghet i prosessen. Ordningen utløp i 2004, da ble de siste tilsagnene om tilskudd gitt, men de aller siste boligene var ennå ikke ferdigstilt og godkjent under datainnsamlingen for evalueringen (april/mai 2009). Husbankens regionkontor har ingen undersøkelser om årsaker til at prosessen gikk sakte. Oppfatningene fra intervjupersonene er basert på kontakt med kommunene og erfaringene fra Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplanen.

Hovedinntrykket er at mange kommuner ikke kom i gang med å planlegge og prosjektere omsorgsboligene innen psykisk helse. Forsinkelsen ligger veldig mye på igangsettingen. Det framgår også av tallene over godkjente og ferdigstilte boenheter.

Tabell 4.1 *Antall godkjent, ferdigstilte og ikke ferdigstilte boenheter etter år.*

År	Godkjente	Ferdigstilte*	Ikke ferdigstilte
1999	120	120	0
2000	166	166	0
2001	407	403	4
2002	922	889	33
2003	890	713	17
2004	913	654	268
Totalt	3.418	2.936	482

* Ferdigstilte i forhold til år for godkjenning. Kilde: Husbanken 2007

”Godkjent” betyr at prosjektet ble godkjent og kommunen fikk tilsagn om tilskudd. Ferdigstilt viser hvor mange av boenhetene som fikk tilsagn det aktuelle året, som er ferdigstilt og tatt i bruk. Totaltallet, 2.936 ferdigstilte boenheter viser antall som var tatt i bruk ved utgangen av 2007. Tabell 3.1 viser at det gikk sakte i starten og antall boenheter – og prosjekter – som var godkjent for tilskudd øker for hvert år i perioden. I de to første årene ble det godkjent 120 og 166 boliger, henholdsvis fire og fem prosent av hele kvoten. I siste året av ordningen, i 2004, godkjente Husbanken 913 boenheter. Det utgjør 27 prosent av kvoten.

I 2004 var det om å gjøre å få midlene ut i kommunene. Der prosjektene ikke var klare, fikk kommunene nærmest satt av midlene ”på bok” i håp om at de skulle klare å bygge. Fremdeles er det et bygg som ikke er klart i Region Sør. (intervju 11.06.09)

Noen prosjekter ble liggende i mange år. Prosessen tok lang tid. Så ble prosjektet prioritert og fikk tilskuddet sitt. Men kommunen kom ikke i gang med selve utformingen av prosjektet. Noen søknader var

basert på foreløpige prosjekter, og det var ikke helt klart om kommunene skulle realisere prosjektet eller ikke. (intervju 04.06.09)

Forsinkelse i planleggingen og bygging av boligene blir forklart med flere faktorer:

Det var stor aktivitet i byggebransjen da ordningen med omsorgsboliger innen psykisk helse kom. Kommunene hadde problemer med å finne folk til å bygge. Bygging av omsorgsboliger og sykehjem til eldre ble iverksatt i en periode med lav aktivitet ellers i byggebransjen.

Noen kommuner sa fra seg kvoter fordi de mente de ikke hadde råd til å drifte boligene med tjenester. Dette var heller store kommuner og ikke de minste.

Det er ulike oppfatninger av og erfaringer med om forsinkelsene også kan forklares med naboprotester. Men i noen kommuner ble omsorgsboligprosjekter møtt med naboprotester eller skepsis, og det rammet særlig psykisk syke.

En like viktig forklaring som naboprotester er motstand intern i kommunen og svak forankring i den politiske ledelsen. En intervjuperson mener det var like mye kommunestyret som "trenerte" prosessen, blant annet med lokaliseringsdiskusjoner, som ikke var knyttet til naboprotester.

En del kommuner manglet kompetanse om psykisk helsearbeid. De store kommunene hadde ofte mer kompetanse enn de små. Enkelte av intervjupersonene mener også at eldre mennesker er en gruppe kommunene kjenner, de er mange flere og en viktig velgergruppe. Alvorlig psykisk syke er en gruppe de ikke er kjent med. Psykisk syke er heller ingen pressgruppe.

I Region Hammerfest var det en del utskiftning av folk i noen kommuner. Særlig i starten var det et problem å vite hvem i kommunene som var ansvarlig for Opptrappingsplanen. Det var eksempel på at det ikke var noen som var ansvarlig.

Flere av punktene over samsvarer med funn fra undersøkelser om problemer med å implementere Opptrappingsplanen mer generelt i kommunene. I 2002 ble kommunenes økonomiske situasjon sett på som den viktigste enkeltårsaken til problemer med å implemen-

tere Opptrappingsplanen (Myrvold 2004). Økonomi ble også oppgitt som den viktigste årsaken til at det gikk sakte i 2005 (Myrvold og Helgesen 2009). I 2002-undersøkelsen oppga en av fire kommuner for lite kunnskap i den politiske ledelsen som en viktig årsak.

Husbanken har ingen systematisk oversikt over hvorfor utbygging om omsorgsboliger gikk sakte. Å få framgang i omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse var i like stor grad en oppgave for rådgiverne hos Fylkesmannen, som for Husbanken. Verken Husbanken eller Fylkesmannen hadde noen ”maktmidler” overfor kommunene. Husbanken kunne holde igjen eller trekke tilbake tilskuddet og truet i noen saker med det. Men problemstillingen var like mye å få kommunene på banen og ta i bruk ordningen og fylle kvotene. En mer systematisk oversikt over årsaker til at omsorgsboligene i psykisk helse ble forsinket er beskrevet i kapittel 6.

4.4 Samorganisering av omsorgsboliger for eldre og psykisk syke

Husbanken hadde opparbeidet seg betydelig erfaring med omsorgsboliger fra Handlingsplan for eldreomsorgen, som både arkitektene og saksbehandlerne nyttiggjorde seg i Opptrappingsplanen. Omsorgsboligene innen psykisk helse ble ”hengt på” eldresatsingen, som var i ferd med å utfases. Under eldresatsingen ble det også gitt tilskudd til bygging av sykehjem. I følge Ytrehus (1998) sto institusjonstanken fremdeles sterkt i Norge, og hun framholder dette er som en viktig forklaring på at man også bygde opp sykehjemmene parallelt med en satsing på boliggyring. Omsorgsboliger for eldre ble mange steder bygget i nærheten av eller i tilknytning til sykehjemmet. Ofte var det de samme personene i kommunen som hadde ansvar for omsorgsboligene i Opptrappingsplanen og Handlingsplan for eldreomsorgen.

Det er relevant å stille spørsmål om samorganisering av Opptrappingsplanen og eldresatsingen i Husbanken bidro til å trekke boligene for psykisk syke i retning institusjonalisering. En intervju-person ved Husbankens hovedkontor gir følgende beskrivelse av ideen bak omsorgsboligen:

Omsorgsboliger ble lansert som et tilbud mellom vanlig bolig og institusjon (sykehjem). Fordi den vanlige ofte manglet fysisk tilrettelegging, ble dette kravet viktig. Husbanken hadde to hovedkrav: Boligen inklusive badet skulle være tilrettelagt for rullestol/gåstol. Kommunen måtte dokumentere at den hadde 24 timers hjemmetjeneste. (intervju 27.04.09)

En undersøkelse av tjenesteyting i pleie og omsorg i kommunene oppsummerer at tjenesteyterne som jobbet både i sykehjemmet og omsorgsboligene for eldre ikke oppfattet at det var noen forskjell mellom disse to tilbudene. De så på og behandlet begge tilbudene som institusjonsomsorg (Bjerke og Kvamme 2005). I forholdet mellom rådgiverne hos Fylkesmannen og Husbanken synes det å ha vært en klar arbeids- og rollefordeling rundt boligene: Fylkesmannen håndterte kvotene og Husbankens utforming av boligene. Om det var diskusjoner mellom partene knyttet til de respektive arbeidsområdene, er det ingen ting i materialet fra intervjuene i Husbanken som tyder på at det var forbundet med friksjoner eller problemer. I begynnelsen av Opptrappingsplanen hadde imidlertid Fylkeslegen den rollen som senere ble flyttet til Fylkesmannen. Flere av fylkeslegene hadde en del oppfatninger av hvordan boligene skulle utformes. Fylkeslegen i Troms argumenterte for at boligene måtte skreddersys til hver enkelt person. Fylkeslegen i nabofylket Nordland argumenterte for samlokalisering, men med få enheter (tre til fire boenheter). Fylkeslegen i Oslo mente blant annet at badene burde ha badekar. Badene skulle ha to utganger av hensyn til personalet, som skulle kunne komme seg ut dersom beboerne ble urolig. Ifølge intervjupersonene ble en del av ideen og innspillene fra fylkeslegene brukt, men noen ble avvist. Men eksemplene gjenspeiler også en institusjonstenkning; at man vurderte beboernes boligbehov ut fra en behandlingssituasjon.

I Husbanken synes det imidlertid å ha vært en klar bevissthet på at det skulle være forskjell på institusjonsplasser og boliger. En intervjuperson slår fast:

Gjærevollutvalgets⁴ innstilling var som en bibel. Det skulle være bolig og ikke institusjon. Det skulle være

⁴ NOU 1992:1, Trygghet, verdighet, omsorg.

bolig hele livet og gi trygghet og verdighet i eldreomsorgen. Dette var retningsgivende for Opptrappingsplanen også. Det skulle ikke være institusjoner, men gode boliger. (intervju 11.06.09)

Normaliseringstanken, som særlig fikk gjennomslag under Ansvarsreformen for personer med psykisk utviklingshemming, synes å stå sterkt blant de som hadde ansvar for og som arbeidet med både eldresatsingen og Opptrappingsplanen. Det kom blant annet til uttrykk i diskusjoner knyttet til om Husbankens skulle utgi en veileder for hvordan omsorgsboligene for psykisk syke burde utformes:

Husbanken diskuterte en veileder for mennesker med psykiske lidelser. Men mennesker med psykiske lidelser er ofte allerede bosatt hjemme i en helt vanlig bolig. Å si noe om denne gruppen generelt, å lage en veileder om hvordan disse skulle bo, ble regnet som stigmatisering. Jeg mener den ble lagt vekk, ut fra at man ikke kunne designe en slik veileder for denne gruppen. Det kom en liten brosjyre med eksempler på boliger som ble bygget innenfor disse ordningene. (intervju 11.06.09)

Husbanken utga en veileder, som er en eksempelsamling på gode omsorgsboliger og sykehjem generelt og ikke spesielt for eldre eller personer med psykiske lidelser⁵. En av Husbankens viktigste roller innenfor begge satsingene har vært å sikre at standarden i omsorgsboligene tilsvarer Husbankens krav til en bolig; det skulle være kjøkken/T-kjøkken, eget bad og helst atskilt soverom og oppholdsrom. Det ble gjort kompromisser i forhold til kravene og retningslinjene, for eksempel ble det godtatt at den private boenheten kunne være mindre der det var en del fellesareal. Særlig i boligene innen psykisk helse godtok Husbanken en viss tilpasning til spesielle behov noen beboere og beboergrupper hadde. Men i hovedsak så Husbankens det som sin oppgave å holde på kravene og retningslinjene. Flere informanter understreker at arkitektene var dyktige og drevne:

⁵ Omsorgsboliger og sykehjem. En veileder for lokalisering, organisering og utforming

Vi hadde en dyktig arkitekt, som prøvde å holde på kravene, så langt som mulig. (intervju 09.06.09)

Det er rimelig å konkludere med at boliggingering var den dominerende tanken i Husbanken i arbeidet med omsorgsboligene i Opptrappingsplanen. Boliggingering var også retningsgivende for omsorgsboligene i eldresatsingen og samorganisering mellom arbeidet med de to planene trakk ikke i institusjonsretning for psykisk syke, selv om sykehjemsplasser inngikk i eldresatsingen.

4.5 Oppsummering

I Husbanken ble Opptrappingsplanen for psykisk helse og Handlingsplan for eldre organisert sammen. Det var den samme finansieringsordningen av boligene og de samme personene i Husbanken som hadde ansvar for og jobbet med eldresatsingen og Opptrappingsplanen. Det er en enhetlig oppfatning blant de som hadde ansvaret ved Husbankens regionkontor at samorganiseringen var en fordel. Erfaringen man hadde fra eldresatsingen ble brukt i Opptrappingsplanen.

Husbankens arbeidsoppgaver var knyttet til framskaffelse av omsorgsboliger. Det var en klar arbeidsdeling mellom Fylkesmannen og Husbanken. Fylkesmannen hadde ansvar for alt som var knyttet til kvotene; fordeling av kvoter i kommunene (i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet), spørsmål om utvidet kvote, som noen kommuner ønsket og omdisponeringer mellom kommunene. Husbanken behandlet kommunenes søknader om midler, og retningslinjene for å få tilskudd var klare. Husbankens oppgave var å sikre at omsorgsboligene var i tråd med Husbankens krav til minstestandarder i en bolig og at boligene var tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie. Det ble likevel en del diskusjon om psykisk syke personer hadde de samme behovene for tilrettelegging av bolig som eldre, for eksempel tilrettelegging for rullestol versus balansen mellom fellesskap og privatliv hos psykisk syke, og det ble akseptert en viss fleksibilitet både i de formelle kravene og i saksbehandlingen av boligsøknadene.

Utbygging av omsorgsboliger for psykisk syke ble forsinket i forhold til planene. Mange kommuner kom sent i gang. Husbanken har ingen systematisk kunnskap om årsakene til dette, men

hovedinntrykket er at Opptrappingsplanen kom samtidig med en byggeboom. Det ble dyrere å bygge og vanskelig å få bygningsarbeidere. En like viktig årsak var manglende interesse og politisk foranking i den politiske ledelsen i en del kommuner. Dette framholdes som en minst like viktig begrunnelse som naboprotester mot omsorgsboligene, som det også var noe av. En tredje viktig begrunnelse, som trekkes fram, er at kommunene ikke kjente eller hadde kompetanse om gruppen psykisk syke. Se for øvrig kapittel 6.

Husbankens kontakt med kommunene varierte. I Hammerfest var regionkontoret mer aktivt for å få kommunene til å komme i gang med omsorgsboligbyggingen. Regionene Øst og Vest hadde stort sett et møte med hver kommune eller om hvert prosjekt, mens Midt-Norge i større grad kommuniserte og saksbehandlet via e-post og telefon. Men det kunne være flere møter med kommuner som trengte mer veiledning på sine prosjekter. Generelt hadde Husbanken en begrenset rolle i forhold til å få satt i gang boligbyggingen. Husbanken hadde ingen befatning med utvikling av tjenestene for beboerne i omsorgsboligene.

I Husbanken synes omsorgsboligbyggingen i Opptrappingsplanen for psykisk helse å ha hatt et klart boliggiøring- og normaliseringsperspektiv, i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner.

5 Samarbeid om realiseringen av omsorgsboliger

5.1 Innledning

Forrige kapittel drøftet Husbankens erfaringer med satsingen på omsorgsboliger i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette kapitlet er basert på oppfatninger og erfaringer andre sentrale aktører har fra omsorgsboligsatsingen. Realisering av målene knyttet til omsorgsboliger i Opptrappingsplanen forutsatte samarbeid mellom flere instanser. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvilke samarbeidspartnere Husbanken har hatt i arbeidet med omsorgsboligbyggingen for psykisk syke. Vi drøfter også innholdet i og erfaringene med samarbeidet. Et overordnet tema for kapitlet er:

Hvilke samarbeidsrelasjoner mellom Husbanken og andre institusjoner ble etablert i gjennomføringen av Opptrappingsplanen? Hvordan ble samarbeidet organisert, hva bestod samarbeidet i, og hvordan ble samarbeidet oppfattet?

Vi stiller spørsmålene:

- Hvordan var kontakten mellom Husbanken og kommunene i gjennomføringen av Opptrappingsplanen? Hvordan opplevde kommunene kontakten med Husbanken? Er det forskjellige erfaringer i ulike regioner, og i ulike typer kommuner? Hvordan oppfattet kommunene Husbankens regelverk, finansieringsordninger og veileder for bygging av omsorgsboliger?
- Hva var rollen til rådgiveren hos Fylkesmannen i oppfølgingen av kommunene knyttet til boligbygging og tjenester i bolig?

- Hadde Husbanken noe samarbeid med brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse, og hvordan oppfatter organisasjonene samarbeidet?

Analysene i kapitlet bygger på data fra surveyen til kommunene og opplysninger fra intervjuer med til sammen syv personer samt en skriftlig tilbakemelding på problemstillinger i intervjuguiden. Kapitlet inneholder informasjon fra fire ulike typer aktører: kommunene, kommunenes organisasjon KS, fylkesmennene, Helsedirektoratet og brukerorganisasjonene.

Siden det er kommunene som skal stå både for utbyggingen av omsorgsboligene og for tjenesteytingen i boligene er kommunene en helt sentral samarbeidspartner for Husbanken. I kapitlet legges det derfor særlig vekt på å analysere kommunenes oppfatninger av samarbeidet med Husbanken.

KS er intervjuet som representant for kommunene og fylkeskommunene på sentralt nivå. KS er blant annet interesseorganisasjon for kommuner og fylkeskommuner og arbeidsgiverorganisasjon, som forhandler med arbeidstakerorganisasjonene i kommuner og fylkeskommuner om tariff- og arbeidsforhold.

Regional stat (Fylkesmannen, tidligere Fylkeslegen)⁶ har utgjort en viktig samarbeidspartner for Husbanken i kontakten med kommunene i forbindelse med implementeringen av Opptrappingsplanen. Fylkesmannen hadde den kontinuerlige kontakten med kommunene gjennom hele Opptrappingsplanen og ”administrerte” kvotene for omsorgsboliger overfor kommunene. Fylkesmannen er også kontrollinstans for Plan- og bygningsloven, Sosialtjenesteloven og Kommunehelestjeneloven. Det vil si at Fylkesmannen er kontrollinstans både for de bygningstekniske løsningene og tjenesteyting i boligene. Kapitlet er blant annet basert på intervjuer med rådgivere i psykisk helse hos Fylkesmannen i Akershus, Aust-Agder, Buskerud og Nordland. Vi ser både på hvordan kommunene vurderer samarbeidet med Fylkesmannen, og hvordan rådgiverne hos fylkesmennene oppfatter sin rolle knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke.

⁶ I starten av Opptrappingsplanen var Fylkesmannen og Fylkeslegen to etater, men Fylkeslegen ble lagt inn i fylkesmannsambetet 1. januar 2003.

Den siste parten eller type aktør som står sentralt i implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse representerer brukere og pårørende. Mental Helse definerer seg som landets største bruker og interesseorganisasjon inne psykisk helse. Også Landsforeningen for Pårørende inne Psykiatri (LPP) er en interesseorganisasjon som arbeider for både brukeres og pårørendes interesser. Begge organisasjonene har lokallag. Her har vi imidlertid innhentet informasjon og erfaringer fra det sentrale leddet i organisasjonene.

Noen temaer peker seg spesielt ut i alle intervjuene. Dette skyldes til dels at intervjuene er strukturert rundt de samme temaene fra vår side med noen tilpasninger avhengig av hva og hvem intervjupersonen representerer. Men det er også enkelte problemstillinger aktørene legger særlig stor vekt på, selv om disse problemstillingene ikke er spesielt framhevet av intervjueren.

5.2 Kommunenes vurdering av samarbeidet med Husbanken

Det er kommunene som har stått for byggingen av omsorgsboligene innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse. Husbanken har derfor måttet samarbeide tett med kommunene for å sikre at det bygges boliger, og at boligene fyller de normene som er bestemt for omsorgsboligene til psykisk syke. Som vi senere skal komme tilbake til foregikk prosessen rundt søknaden generelt slik at kommunene fikk en kvote for omsorgsboliger fastsatt av helsemyndighetene og Fylkesmannen og utviklet søknader på boligprosjekter, som så ble behandlet av Husbankens regionkontor i forhold til retningslinjene for å få tilskudd.

5.2.1 Kontakten mellom Husbanken og kommunene

Samarbeidet mellom kommunene og Husbanken kunne enten skje bare ved at kommunene forholdt seg til Husbankens regler og retningslinjer i en rent skriftlig søknadsprosess, eller ved at kommunene i løpet av prosessen også hadde direkte kontakt med Husbanken. Slik direkte kontakt kunne oppstå på grunn av behov – både fra kommunenes og Husbankens side – for å avklare forhold rundt søknaden. Vi har spurt kommunene om de hadde

direkte kontakt med Husbanken knyttet til byggingen av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse (Tabell 5.1).

Tabell 5.1 *Har kommunen hatt direkte kontakt med Husbanken i forbindelse med bygging av omsorgsboliger for psykisk syke?*

	Antall	Prosent
Ja, flere ganger	104	61
Ja, en gang/et par ganger	58	34
Nei	10	6
Totalt	172	101

De aller fleste kommunene som har bygget omsorgsboliger for psykisk syke sier at de har hatt direkte kontakt med Husbanken i forbindelse med byggingen av boligene. Over seks av ti kommuner har hatt kontakt med Husbanken flere ganger i løpet av prosessen, mens bare seks prosent sier at de ikke hadde direkte kontakt med Husbanken i tilknytning til byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke.

Evalueringen av Handlingsplanen for eldre konkluderte med at kommunenes forhold til Husbanken var positivt og fungerte godt (Brevik 2003:79). Så å si samtlige kommuner som hadde hatt en viss kontakt med Husbanken i tilknytning til konkrete utbyggingsprosjekter mente signalene fra banken var tilfredsstillende eller svært tilfredsstillende (Brevik 2003:78). Vi har også spurt kommunene om deres erfaringer med Husbanken knyttet til implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Tabell 5.2).

Tabell 5.2 *Hvordan vil du karakterisere kommunens kontakt med Husbanken?*

	Antall	Prosent
Mindre god	4	3
God	88	55
Svært god	68	43
Totalt	160	101

Kommunene svarer at de har hatt gode erfaringer med kontakten med Husbanken. Hele 43 prosent av kommunene karakteriserer kontakten med Husbanken knyttet til byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke som ”Svært god”, og ytterligere 55 prosent som ”God”. Svært få kommuner har mindre gode erfaringer med kontakten med Husbanken.

En analyse av sammenhengen mellom omfanget av kontakt og vurderingen av kontakten viser klare resultater (Tabell 5.3). Kommuner som har hatt kontakt med Husbanken om bygging av omsorgsboliger flere ganger har en klart høyere tendens til å karakterisere kontakten som svært god sammenliknet med kommuner som bare har hatt kontakt en eller et par ganger. En nærmere analyse av forholdet mellom omfanget av kontakt og kommunenes oppfatning av kontakten i de ulike regionene viser at det er klar positiv sammenheng i samtlige regioner så nær som én. I Region Sør fant vi imidlertid ingen sammenheng: kommuner som hadde lite kontakt med Husbanken vurderer kontakten som like god som kommuner med mer omfattende kontakt.

Ut fra intervjuene i Husbanken har vi informasjon om at kommuner som fikk tilbakemeldinger om å endre eller bearbeide søknadene sine videre, hadde mer kontakt med Husbanken enn kommuner der søknadene ble godkjent uten eller med få kommentarer. Sammenfall mellom ofte kontakt og positiv vurdering av kontakten kan tyde på at kommunene opplever at de har fått god hjelp og veiledning fra Husbanken til å komme i mål med sine søknader.

Tabell 5.3 *Karakteristikk av kontakten med Husbanken, etter omfanget av kontakt*

	Hvordan var kontakten med Husbanken?			Totalt	(N=)
	Mindre god	God	Svært god		
Kontakt flere ganger	1	47	52	100	(103)
Kontakt en/et par ganger	5	71	23	99	(56)
Totalt	3	55	42	100	(159)

Er kontakten mellom Husbanken og kommunene ulik i ulike regioner?

Husbankens ulike regioner hadde ganske stor frihet i forhold til kontakten med kommunene i tilknytning til byggingen av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen. Kommunene i de ulike regionene er dessuten ganske forskjellige med hensyn til blant annet folketall. Det er derfor grunn til å tro at det kan spores forskjeller i kontaktmønstre mellom regionene.

Vår undersøkelse tyder på klare forskjeller mellom Husbankens regionkontorer i kontakten med kommunene (Tabell 5.4). I analysene av svarfordelingen mellom kommuner i ulike regioner, er Bodø og Hammerfest slått sammen til Region Nord. Kommunene i Region Nord har hatt betydelig mer direkte kontakt med Husbanken enn kommunene i de andre regionene, spesielt i Region Øst og Region Sør. Dette blir bekreftet i våre intervjuer med representanter for regionkontorene (se kapittel 4), der spesielt Region Nord gir uttrykk for at det tok tid å komme i gang med boligbyggingen, slik at Husbanken måtte ta flere initiativ overfor kommunene. Se for øvrig Tabell 6.5, som viser at kommunene i Region Nord jevnt over startet senere med byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke sammenliknet med kommunene i de andre regionene.

Tabell 5.4 *Kommunenes direkte kontakt med Husbanken, etter Husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Kontakt flere ganger	53	54	63	61	72	61
Kontakt en/et par ganger	39	37	32	36	25	34
Ikke kontakt	8	9	5	3	3	6
Totalt (N=)	100 (36)	100 (35)	100 (38)	100 (31)	100 (32)	100 (172)

Kommunenes karakteristikk av kontakten med Husbanken varierer også avhengig av region (Tabell 5.5). Mens 50 prosent av kommunene som har bygget omsorgsboliger i Region Vest, og

som har hatt kontakt med Husbanken, svarer at kontakten har vært ”Svært god”, er tilsvarende i Region Nord 27 prosent. Også i regionene Sør og Øst er nesten halvparten av kommunene svært godt fornøyd med kontakten med Husbanken, mens drøyt en av tre kommuner i Region Midt-Norge karakteriserer kontakten som svært god. Intervjuene i Husbanken indikerer at Regionkontor Midt-Norge oftere enn andre regionkontor hadde kontakt med kommunene pr. telefon og e-post og sjeldnere møter. Man kan stille spørsmål om den personlige kontakten, og oftere fravær av den i Midt-Norge, har hatt betydning for kvaliteten av kontakten.

Tabell 5.5 *Kommunenes vurdering av kontakten med Husbanken, etter Husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Mindre god	0	6	0	7	0	3
God	53	46	50	55	73	55
Svært god	47	49	50	38	27	43
Totalt (N=)	100 (32)	101 (33)	100 (36)	100 (29)	100 (30)	101 (160)

Har kommunestørrelse betydning for kontakten med Husbanken?

Tidligere studier har vist at store og små kommuner har ulik grad av kontakt med statlige instanser (bl.a. Myrvold og Helgesen 2005; 2009). Det er grunn til å tro at dette også gjelder innenfor boligsektoren. Volumet på utbyggingen er lite i småkommunene, noe som isolert sett skulle tilsi mindre behov for kontakt med Husbanken. Samtidig har de minste kommunene ofte et særlig behov for å få tilført kompetanse på ulike områder, og deres innbyggere har krav på et like godt tilbud som innbyggere i større kommuner. Det kan derfor være grunn til å se om Husbankens kontakt og samarbeid med små kommuner skiller seg fra tilsvarende for større kommuner (Tabell 5.6).

Tabell 5.6 *Kommunens kontakt med Husbanken, etter folketall. Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000 +	
Flere ganger	42	42	54	75	93	60
En/et par ganger	50	42	46	20	7	34
Ikke kontakt	8	17	0	5	0	6
Totalt (N=)	100 (38)	101 (24)	100 (35)	100 (60)	100 (14)	100 (171)

Vår undersøkelse tyder på at kommunenes kontakt med Husbanken øker med økende kommunistørrelse. Mens nesten samtlige av de største kommunene har hatt kontakt med Husbanken flere ganger i tilknytning til byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke, har bare drøyt fire av ti kommuner med under 5000 innbyggere hatt kontakt med Husbanken flere ganger.

5.2.2 Kommunenes vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger og regelverk

Som oppdragsgiver for evalueringen er Husbanken interessert i å vite hvordan kommunene oppfatter Husbankens regelverk, finansieringsordninger og veiledningsmateriell. Vi har derfor bedt informantene i kommunene om å ta stilling til en rekke påstander om disse forholdene (Tabell 5.7).

Tabell 5.7 *Vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke. Prosent*

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Totalt	(N=)
HBs regler ikke tilpasset kommunens behov	42	33	21	4	100	(224)
HBs normer tar ikke hensyn til variasjoner mellom kommuner	16	35	35	14	100	(223)
HBs veileder har vært til stor nytte	3	12	48	37	100	(221)
HBs regler for utforming er en god norm	6	13	46	35	100	(222)
HBs finansiering er en god ordning	4	8	36	52	100	(226)
Finansiering av drifting er for dårlig	6	17	37	41	101	(223)
Skulle avsatt mer penger til tjenester på bekostning av bolig	15	36	33	17	101	(224)
HPE* ivaretok boligbehovet for psyk. syke	57	19	18	6	100	(224)

* Handlingsplan for eldreomsorgen

De fleste kommunene ser ut til å være tilfreds med Husbankens regler for bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Tre av fire respondenter fra kommunene er helt eller delvis uenige i en påstand om at reglene *ikke* er tilpasset kommunens behov. Svært få er helt enig i påstanden.

Det er større uenighet rundt spørsmålet om Husbankens normer tar hensyn til variasjoner mellom kommuner. Et knapt flertall mener at Husbankens normer tar tilstrekkelig hensyn til slik variasjon.

De aller fleste av våre informanter i kommunene synes Husbankens veileder har vært til stor nytte, og at Husbankens regler for utforming av boligene utgjør en god norm for byggingen. Over 80 prosent svarer at de er helt eller delvis enig i disse påstandene.

Det er også stor enighet om at Husbankens finansieringsordning er en god ordning for kommunene. Nesten 90 prosent av kommunene i undersøkelsen sier seg helt eller delvis enige i at finansieringsordningen er god. Over halvparten er helt enig i at dette er en god ordning. Samtidig mener nesten åtte av ti kommuner at finansieringen av tjenestene i boligene er for dårlig.

Kommunene er delt på midten i synet på om noen av midlene til bygging av omsorgsboliger heller burde ha gått til finansiering av tjenester i boligene. Mange respondenter synes nok dette har vært et vanskelig spørsmål å besvare. Flere av de utfylte spørreskjemaene inneholdt kommentarer til påstanden om at de ikke ønsket å prioritere mellom disse formålene, men snarere ønsket mer midler både til bygging og til tjenester.

Handlingsplan for eldreomsorgen (HPE), som ble iverksatt noe i forkant av Opptrappingsplanen for psykisk syke, hadde bygging av omsorgsboliger som et tungt element. HPE åpnet etter hvert også for bygging av boliger til andre grupper enn eldre, og noen kommuner kan ha benyttet midler fra HPE til å bygge omsorgsboliger for psykisk syke. Våre data tyder imidlertid ikke på at HPE utgjorde en tilstrekkelig finansiering av boliger for innbyggere med psykiske lidelser. Tre av fire kommuner svarer at de er helt eller delvis uenig i at Handlingsplanen for eldre ivaretok boligbehovet for psykisk syke.

En nærmere analyse av forskjeller mellom kommuner som har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse og kommuner som ikke har bygget, viser at fire av ti kommuner som *ikke* har bygget boliger innenfor Opptrappingsplanen sier at Handlingsplanen for eldre helt eller delvis ivaretok boligbehovet for psykisk syke i kommunen.

Er det regionale forskjeller i vurderingen av Husbankens ordninger og regelverk?

I og med de stort regionale forskjellene i Norge, vil det være interessant å undersøke om kommuner i ulike deler av landet vurderer Husbankens ulike ordninger forskjellig (Tabell 5.8).

For flere av påstandene er det små regionale forskjeller mellom kommunene. Det er stor enighet om at Husbankens regler er tilpasset kommunens behov, selv om noen av kommunene i region

Nord er litt mer uenig i dette. Det er også små regionale ulikheter i vurderingen av Husbankens normer for omsorgsboligbygging.

I gjennomsnitt synes kommunene i Region Vest at Husbankens veileder har vært til noe mer nytte enn kommuner i andre regioner. I vest er kommunene også mest enig i påstanden om at finansieringsordningen er god, men her er det generelt stor enighet mellom kommunene. Selv om kommunene i Region Vest synes ordningen for finansiering av boligbyggingen er god, er de noe mer skeptiske til finansieringen av driftingen, spesielt hvis vi sammenlikner med kommunene i Region Sør. I Region Øst er kommunene i større grad enn i de andre regionene opptatt av at staten burde ha avsatt mer penger til tjenester til beboerne i boliger for psykisk syke, også hvis det hadde gått på bekostning av midler til boligbygging.

Tabell 5.8 *Vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke, etter husbankregion. Gjennomsnitt (1=helt uenig, 4=helt enig)*

	Husbankregion					Totalt	(N=)
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord		
HBs regler ikke tilpasset kommunens behov	1,9	1,8	1,8	1,9	2,0	1,9	(224)
HBs normer tar ikke hensyn til variasjoner mellom kommuner	2,5	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	(223)
HBs veileder har vært til stor nytte	3,2	3,1	3,4	3,2	3,1	3,2	(221)
HBs regler for utforming er en god norm	3,2	3,1	3,2	3,0	3,0	3,1	(222)
HBs finansiering er en god ordning	3,4	3,4	3,5	3,3	3,2	3,4	(226)
Finansiering av driftingen er for dårlig	3,1	3,0	3,3	3,1	3,2	3,1	(223)
Skulle avsatt mer penger til tjenester på bekostning av bolig	2,7	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	(224)
HPE* ivaretok boligbehovet for psyk. syke	1,6	1,6	1,9	1,9	1,7	1,7	(224)

* Handlingsplanen for eldre

Selv om det er ganske stor enighet mellom kommunene om at Handlingsplanen for eldre (HPE) *ikke* ivaretok boligbehovet for psykisk syke, er det noen flere av kommunene i regionene Vest og Midt som mener at HPE faktisk ivaretok dette behovet.

Vurderes Husbankens ordninger og regelverk forskjellig i kommuner av ulike størrelse?

Husbankens standarder og regler skal i prinsippet gjelde alle typer kommuner, uansett størrelse og beliggenhet. Norske kommuner

har stor variasjon, ikke minst i forhold til folketall, og det kan være grunn til å tro at regler og ordninger som fungerer for en kommune på for eksempel 2000 innbyggere ikke er like godt tilpasset en kommune på 200 000. Vi har derfor analysert svarene til våre informanter i kommunene i lys av folketallet i kommunen (Tabell 5.9).

Våre data tyder på at det er noe større misnøye i de aller minste og i de største kommunene med hensyn til hvor godt Husbankens regler er tilpasset kommunens behov. Samtidig ser vi at de største kommunene i større grad enn andre kommuner mener at Husbankens normer ikke tar hensyn til variasjoner mellom kommuner.

Det er små forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse når det gjelder vurderingen av nytten av Husbankens veileder og Husbankens regler for utformingen av boliger. Vi kan se en forsiktig tendens til at de største kommunene er mer fornøyd med reglene for utforming enn de aller minste kommunene.

Som tidligere vist er det stor enighet om at finansieringsordningen for omsorgsboligene er god for kommunene. Det er noe større uenighet om finansieringen av driftingen av boligene. De mindre kommunene er noe mer tilfreds med midlene til driften (tjenestene) enn større kommuner. Likevel er de mindre kommunene mer tilbøyelige enn de største kommunene til å være enig i at penger til bygging av boliger burde vært omdisponert til finansiering av tjenester.

Det er ganske betydelige forskjeller mellom store og små kommuner i vurderingen av betydningen av Handlingsplan for eldreomsorgen. Mens de største kommunene klart mener at HPE *ikke* ivaretok boligbehovet for psykisk syke, er de minste kommunene noe mer tilbøyelige til å mene at den gjorde det. Som vi skal se i neste kapittel kan dette henge sammen med hvor beboerne av omsorgsboligene for psykisk syke kommer fra, der det er klare forskjeller mellom store og små kommuner.

Tabell 5.9 *Vurdering av ulike sider ved Husbankens ordninger knyttet til omsorgsboligbygging for psykisk syke, etter folketall. Gjennomsnitt (1=helt uenig, 4=helt enig)*

	Folketall					Totalt	(N=)
	< 3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000 +		
HBs regler ikke tilpasset kommunens behov	2,0	1,7	1,6	2,0	2,0	1,9	(224)
HBs normer tar ikke hensyn til variasjoner mellom kommuner	2,4	2,4	2,6	2,4	2,9	2,5	(223)
HBs veileder har vært til stor nytte	3,1	3,3	3,3	3,2	3,3	3,2	(221)
HBs regler for utforming er en god norm	3,0	3,1	3,1	3,1	3,3	3,1	(222)
HBs finansiering er en god ordning	3,3	3,4	3,3	3,5	3,4	3,4	(226)
Finansiering av driftingen er for dårlig	3,0	3,0	3,3	3,3	3,2	3,1	(223)
Skulle avsatt mer penger til tjenester på bekostning av bolig	2,6	2,7	2,4	2,4	2,1	2,5	(224)
HPE* ivaretok boligbehovet for psyk. syke	2,0	1,8	1,6	1,6	1,2	1,7	(224)

* Handlingsplanen for eldre

5.2.3 KS' kontakt med Husbanken om omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen

Våre informanter i KS forteller at organisasjonen ikke hadde direkte kontakt med Husbanken under opptrappingsperioden. Opptrappingsplanen for psykisk helse var tema på flere av møtene

i konsultasjonsordningen mellom KS og departementene. Konsultasjonsordningen ledes av Kommunal og regionaldepartementet og omfatter fire møter i året (Sørensen m.fl. 2007). Intervjupersonen i KS beskriver ordningen som en ”institusjonalisert dialog, som skal erstatte mer harde styringsmekanismer”. Boligsatsingen i Opptrappingsplanen ble tatt opp som eget tema på et av møtene.

5.3 Rollen til Sosial- og helsedepartementet/ Sosial- og helsedirektoratet

I forkant av og under første del av opptrappingsperioden var både den politiske utformingen av Opptrappingsplanen og iverksetting på nasjonalt nivå lagt til Sosial- og helsedepartementet (SHD). Utforming av Opptrappingsplanen omfattet blant annet å beregne behovet for boliger og tjenester til psykisk syke i kommunene. Fra 2002 fikk det da nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet ansvar for å implementere Opptrappingsplanen på nasjonalt nivå. (Ansvaret for psykisk helse er nå lagt til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet).

Politisk ansvar for omsorgsboligbyggingen ble lagt til Kommunal- og regionaldepartementet og implementering til Husbanken. Vår informant i Helsedirektoratet mener at man i ettertid kan diskutere om helsemyndighetene burde vært mer pågående for å få kommunene til å gå i gang med omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse.

Det generelle regelverket for utforming av omsorgsboliger ble diskutert også i lys av behovene til psykisk syke. Vi fikk et omforent regelverk som ga rom for å fravike tilgjengelighetskrav for prosjekter som samlet sett ble vurdert som gode. (intervju 24.08.09)

Siktemålet med Opptrappingsplanen var å bygge ut tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Omsorgsboligene bygget under Opptrappingsplanen skulle møte behovene til psykisk syke. Samarbeidet med Husbanken om omsorgsboligene karakteriseres som godt (intervju 24.08.09).

5.4 Fylkesmannen som aktør i Opptrappingsplanen for psykisk helse

Helse- og omsorgsdepartementet valgte i starten av opptrappingsperioden å ansette rådgivere i psykisk helsearbeid hos den enkelte Fylkesmann (da stillingene først ble opprettet lå de til Fylkeslegen, men Fylkeslegen ble senere lagt inn under fylkesmannsembetet). Rådgiverne ble sett på som et av statens viktigste virkemidler for å oppnå Opptrappingsplanens mål og intensjoner i kommunene (St.prp.nr. 1 [2004-2005]:184). Rådgiverens oppgaver var knyttet til kontakten mellom staten og kommunene. Det er gjennomført undersøkelser av kommunenes erfaring med fylkesmannen knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse (Myrvold og Helgesen 2009). Rådgiveren ble særlig opplevd å være kontrollør og støtte-spiller for kommunens psykiske helsearbeid, men mange kommuner hadde også erfaringer med rådgiveren som pådriver, erfaringsformidler og veileder. Disse undersøkelsene gjelder kommunenes erfaring med rådgiveren i psykisk helsearbeid generelt, og er ikke spesielt knyttet til boligområdet.

5.4.1 Fylkesmennenes oppfatning av samarbeidet med Husbanken

I forbindelse med byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke hadde rådgiveren hos Fylkesmannen i oppgave å vurdere behovet for boliger i kommunene i sitt fylke, og komme innspill i forhold til sentrale myndigheter med hensyn til kvoter for finansiering av omsorgsboligene. Rådgiverne fungerte også som pådriver overfor kommunene i byggingen av boliger, og vurderte kommunenes søknader ut fra faglige og geografiske hensyn (Intervju 03.06.09, 10.06.09).

Intervjuene med personer i Husbanken i kapittel 4 viser entydig at Husbanken opplevde samarbeidet med Fylkesmannen som svært godt. Intervjuene med rådgivere ved fire fylkesmannsembeter formidler at Fylkesmannen har samme positive oppfatning av samarbeidet:

Samarbeidet med Husbanken og de ansatte ved regionkontoret har vært et forbilledlig godt eksempel

på kontakt og samarbeid mellom statlige etater.
(intervju 03.06.09)

Dette var et godt samarbeid. God kunnskap,
hyggelige, positive ansatte i Husbanken (intervju
10.06.09).

Jeg hadde veldig greit samarbeid med Husbanken. Det
var aldri problematisk, vi hadde hvert vårt område.
(intervju 17.08.09)

En annen rådgiver framholder at Husbanken og Fylkesmannen hadde et tett forhold og godt samarbeid og hadde flere møter gjennom året. Møtene kunne også inkludere kommuner. En rådgiver poengterer, i tillegg til det gode samarbeidet, den gode fagkunnskapen om omsorgsboligbygging hos ansatte i Husbanken.

En viktig forklaring på at samarbeidet mellom Husbanken og fylkesmennene har fungert godt, er trolig at de to instansene hadde ulike roller i Opptrappingsplanen generelt og særlig i bolig-satsingen. Husbankens rolle var begrenset til å forvalte ordningen med omsorgsboliger, i praksis godkjenne kommunenes prosjekter i henhold til nasjonale retningslinjer. Det kunne ofte innebære å veilede kommunene og diskutere prosjektene. De ser ikke til ut til at et eneste prosjekt ble avvist fra Husbankens side, men Husbankens stilte krav om en del endringer i flere av prosjektene. Fylkesmannens rolle overfor kommunene var langt videre. Fylkesmannen samarbeidet med Sosial- og helsedirektoratet om å fordele kvotene for omsorgsboliger mellom fylker og kommuner. Men som vi skal drøfte nærmere i neste kapittel, mente fylkesmennene at kvotene helhetlig sett var for små. Fordelingen av kvoter mellom kommunene oppfattes imidlertid som rimelig god.

En av intervjupersonene definerer Fylkesmannens rolle slik:

Fylkesmannens rolle var å vurdere behovet og fordele boligene. (...) Husbanken tok byggfaglige spørsmål. Fylkesmannen fikk kommunenes planer for omsorgsbygging til vurdering. (...) Det var et ryddig skille mellom Fylkesmannen og Husbanken. (intervju 03.06.09)

Fylkesmannen hadde en videre kontrollfunksjon. Framdriften i bygging og anskaffelse av omsorgsboliger ble rapportert inn til

Fylkesmannen, som et ledd i et mer omfattende rapporterings-system for Opptrappingsplanen.

Kommunene sendte brev til Fylkesmannen om status for omsorgsboligbyggingen. Siste del av tilskuddet ble utbetalet når boligen var klar til å tas i bruk. Fylkesmannen ga tilsagn og Husbanken utløste utbetalingen. (intervju 03.06.09)

En annen intervjuperson legger vekt på at Fylkesmannen hadde ansvar for å følge opp kommunene for å få boligene bygget:

Vi fikk søknadene til uttalelse. Det var Husbanken som mottok søknadene fra kommunen. Vi kom inn med faglige og geografiske vurderinger. Fylkesmannen hadde en rolle som pådriver overfor kommunene for at de skulle bygge omsorgsboliger. (intervju 10.06.09)

En av intervjupersonene påpeker at Fylkesmannen har en kontrollfunksjon i forhold til Plan- og bygningsloven. Å gå inn i prosjekter som man i neste omgang er kontrollinstans for, kunne lett føre til blanding av roller. Det var også en grunn til at Fylkesmannen ikke involverte seg i selve boligprosjektene.

Uklare ansvars- og rollefordelinger kan være en kilde til konflikter. Dårlige samarbeidsrelasjoner kan også være resultatet dersom partene opplever at den andre ikke respekterer en gitt ansvars- og rollefordeling. I tilknytning til omsorgsboligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse synes både rollefordelingen og aksepten av hverandres roller og ansvarsområde å være klar og tydelig. Informasjonen fra fire fylkesmannsembeter kan være et noe tynt grunnlag for å konkludere med at alle 20 Fylkesmennene oppsummerer samarbeidet med Husbanken som godt og til dels svært godt. Men legger vi til at fem regionkontor i Husbanken (alle vi har intervjuet) rapporterer om samme erfaring i forhold til fylkesmennene, er det rimelig godt belegg for å si at samarbeidet mellom disse to instansene fungerte godt.

Et av spørsmålene som er stilt i intervjuene med representanter for Husbanken er hvorvidt det boligsosiale arbeidet og boligsosial politikk, som er framtreddende i Husbankens virksomhet i dag, var en del av satsingen på omsorgsboliger for psykisk syke. Som vist i kapittel 4 oppfatter intervjupersonene i Husbanken at det

boligsosiale aspektet var lite framtreddende, eller det var ikke i det hele tatt en del av denne satsingen. Tjenestene til og oppfølging av beboerne og kompetanseutvikling knyttet til brukergruppen, som i dag er en del av det boligsosiale feltet, var helt og holdent Fylkesmannens område. Den klare ansvars- og arbeidsdelingen gjenspeiles blant annet i kompetansen i de to instansene. Husbankens kompetanse var dominert av arkitekter samt ingeniører og økonomer, mens svært mange av rådgiverne hos Fylkesmannen hadde utdanning innen pleie og omsorg og innen psykisk helse. Det framgår av intervjuene på begge sidene at aktørene respekterte den andre partens spesialkompetanse innen sine områder.

5.4.2 Kommunenes vurdering av samarbeidet med Fylkesmannen

Kommunenes kontakt med Fylkesmannen

Evalueringen av Handlingsplan for eldreomsorgen viste at et flertall av kommunene mente regional stat hadde vært en støttespiller for kommunene i arbeidet med Handlingsplanen, selv om det også var en betydelig andel kommuner som var mindre fornøyd med dette samarbeidet (Brevik 2003:110).

Vi vil her se noe nærmere på kommunenes erfaring med kontakten med Fylkesmannen i tilknytning til byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke.

Som vi tidligere har drøftet gikk mye av kontakten mellom staten og kommunene om byggingen av omsorgsboliger gjennom Fylkesmannen. Det var Fylkesmannen som formelt anbefalte (evt. ikke anbefalte) finansiering for kommunenes omsøkte prosjekter. Rådgiveren for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen forholdt seg til en kontaktperson i hver kommune i alle spørsmål knyttet til implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Vi har spurt de kommunene som har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse i hvilken grad de hadde direkte kontakt med Fylkesmannen i forbindelse med byggingen av boliger (Tabell 5.10).

Tabell 5.10 *Har kommunen hatt direkte kontakt med Fylkesmannen i forbindelse med bygging av omsorgsboliger for psykisk syke?*

	Antall	Prosent
Ja, flere ganger	76	44
Ja, en gang/et par ganger	71	41
Nei	26	15
Totalt	173	100

85 prosent av kommunene sier at de har hatt direkte kontakt med Fylkesmannen i tilknytning til bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Nesten halvparten av kommunene har hatt kontakt med Fylkesmannen flere ganger.

Også kontakten med Fylkesmannen oppfattes som god av kommunene (Tabell 5.11). Fire av ti har svært gode erfaringer med kontakten med Fylkesmannen. Blant alle kommunene som har deltatt i spørreundersøkelsen er det bare 3 kommuner – 2 prosent – som karakteriserer kontakten med Fylkesmannen som mindre god.

Tabell 5.11 *Hvordan vil du karakterisere kommunens kontakt med Fylkesmannen?*

	Antall	Prosent
Mindre god	3	2
God	83	57
Svært god	60	41
Totalt	146	100

Også for kontakten med Fylkesmannen er det er viss tendens til at kommuner som har hatt hyppigere kontakt mener kontakten har vært bedre enn kommuner med mindre kontakt (Tabell 5.12). Men sammenhengen er noe svakere for kontakten med Fylkesmannen enn for kontakten med Husbanken. Dette kan skyldes at Fylkesmannens rolle er mer mangfoldig, slik at mye direkte kontakt mellom kommunen og Fylkesmannen kan oppfattes som kontrollvirksomhet fra Fylkesmannens side.

Tabell 5.12 *Karakteristikk av kontakten med Fylkesmannen, etter omfanget av kontakt*

	Hvordan var kontakten med Fylkesmannen?			Totalt	(N=)
	Mindre god	God	Svært god		
Kontakt flere ganger	1	47	52	100	(75)
Kontakt en/et par ganger	3	68	29	100	(70)
Totalt	2	57	41	100	(144)

Har kommunestørrelse betydning for kontakten med Fylkesmannen?

Tidligere i kapitlet så vi at store kommuner hadde mer kontakt med Husbanken enn mindre kommuner. Studier av kommunenes kontakt med Fylkesmannen knyttet til implementering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Myrvold og Helgesen 2005; 2009) viser at rådgiveren hos Fylkesmannen hadde nærere kontakt med de store kommunene, særlig i starten av opptrappingsplanperioden, men at dette jevnet seg noe ut mot slutten av perioden. Samtidig kan det hevdes at de små kommunene, som stort sett har små fagmiljøer og lite spisskompetanse på enkeltområder, vil ha særlig nytte av den kompetansen Fylkesmannen besitter. Vi har undersøkt hvorvidt kontakten mellom kommunen og Fylkesmannen varierer etter kommunens folketall (Tabell 5.13).

Tabell 5.13 viser at større kommuner i hovedsak har hatt mer kontakt med Fylkesmannen enn mindre kommuner. Dette kan skyldes at store kommuner har større volum på sin byggeaktivitet, slik at det blir flere møtepunkter for kommune og Fylkesmann.

Tabell 5.13 *Kommunenes kontakt med Fylkesmannen, etter folketall.
Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000 +	
Flere ganger	33	25	42	58	50	44
En/et par ganger	51	58	44	25	43	41
Ikke kontakt	15	17	14	17	7	15
Totalt (N=)	99 (39)	100 (24)	100 (36)	100 (59)	100 (14)	100 (172)

5.5 Samarbeid med brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse

Mens våre informanter hos fylkesmennene gir uttrykk for gode erfaringer fra samarbeidet med Husbanken, er tilbakemeldingene fra brukerorganisasjonene mer delte. En av brukerorganisasjonene er lite fornøyd med samarbeidet med Husbanken:

Vi kan ikke si at vi hadde et godt samarbeid med Husbanken. Vi ble derimot møtt med andre holdninger i Helsedirektoratet. (skriftlig informasjon 09.07.09)

Konflikten med Husbanken dreide seg særlig om utforming av boligene. Dette blir nærmere belyst i neste kapittel. Denne organisasjonen sier videre:

Men i en situasjon der samarbeidsformen i alt vesentlig grad er møter en ber om eller blir innkalt til, der det ikke kan gis noe forpliktende svar i selve møtet, kan en vel si at opplevelsen av å ha makt blir vurdert som manglende og lav fra brukerorganisasjonenes side. (skriftlig informasjon 09.07.09)

Den andre brukerorganisasjonen hadde ingen direkte kontakt med Husbanken. LPP definerer kommunene og helseforetakene, dvs. spesialisthelsetjenesten, som sine viktigste samarbeidspartnere.

Rådgiverne hos Fylkesmennene vi har snakket med gir uttrykk for ulik grad av samarbeid med brukerorganisasjonene om bygging av omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse. En av informantene sier:

Jeg hadde møter med Landsforeningen for pårørende og Mental Helse, og det var mye kontakt. De var først og fremst pådrivere ovenfor kommunene for å få bygget boliger. (Intervju 10.06.09)

Kontakten mellom LPP og Fylkesmannen er mindre enn for noen år siden. Om en sammenholder opplysningene fra brukerorganisasjonenes med intervjuene i Husbanken, synes relasjonen mellom brukerorganisasjonene og Husbanken å være preget av liten eller ingen kontakt. Fylkesmennene hadde mer kontakt med brukerorganisasjonene, men ikke nødvendigvis om boligene. En av rådgiverne hos Fylkesmannen slår fast:

Nei, vi hadde ikke kontakt med brukerorganisasjoner angående omsorgsboliger. Det var kontakt med brukerråd på mer generelt grunnlag. Rådet hadde regelmessige møter hos fylkesmannen. (Intervju 03.06.09)

En annen rådgiver sier at de hadde faste møter med Mental Helse og etter hvert med LPP. Denne informanten mener at organisasjonene ikke var spesielt engasjert i utformingen av boliger, men mer opptatt av antall (intervju 17.08.09).

5.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på samarbeidspartneres erfaringer med og vurderinger av Husbankens arbeid knyttet til omsorgsboligbygging innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse.

Kontakten mellom Husbanken og kommunene

De fleste kommunene i vår undersøkelse som har bygget omsorgsboliger innenfor rammene av Opptappingsplanen har hatt kontakt med Husbanken en eller flere ganger i tilknytning til byggingen av boligene. Kommunene mener kontakten med Husbanken har vært en god erfaring: de aller fleste kommunene karakteriserer kontakten som god eller svært god. De som har hatt mest kontakt med Husbanken er også mest tilfreds med kontakten.

Kommunene i Region Nord har hatt hyppigst kontakt med Husbanken, noe som kan skyldes at mange kommuner i denne regionen kom sent i gang med byggingen av omsorgsboligbyggingen. I Region Nord er de også mindre tilfreds med kontakten med Husbanken enn kommunene i andre regioner.

Hyppigheten i kontakten med Husbanken øker med økende kommunestørrelse. De største kommunene har hatt hyppigere kontakt enn mindre kommuner. En viktig årsak til dette er trolig at større kommuner har større volum på sin byggeaktivitet, og derfor flere boligprosjekter som skal drøftes og avklares med banken.

KS' rolle i byggingen av omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen

KS brukte ordinære kontaktkanaler med KRD og andre relevante departement til å ta opp omsorgsboligsatsingen, men hadde ingen direkte kontakt med Husbanken knyttet til boligbygging innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse.

Sosial- og helsedepartementets/Sosial- og helsedirektoratets rolle i bygging av omsorgsboliger

Sosial- og helsedepartementet (SHD) var ansvarlig for utforming av Opptappingsplan for psykisk helse og, som et ledd i dette, beregne behovet for omsorgsboliger. Fra 2002 ble ansvaret for iverksetting av Opptappingsplanen lagt til det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet. Intervjupersonen i (nå) Helsedirektoratet karakteriserer samarbeidet med Husbanken om omsorgsboligene som godt. Det var noe diskusjon mellom SHD/Sosial- og helsedirektoratet og Husbanken om å fravike kravet om universell utforming/fysisk tilrettelegging. Direktoratet framholder at man ble enige om at kravene til fysisk tilrettelegging

kunne fravikes, dersom et prosjekt samlet sett ble vurdert som godt.

Kommunenes vurdering av Husbankens ordninger og regelverk

De fleste kommunene er tilfreds med Husbankens regelverk, og et klart flertall mener også at reglene for utforming av omsorgsboliger utgjør en god norm for boligene. Kommunene sier dessuten at de har hatt nytte av Husbankens veileder for bygging av omsorgsboliger. Finansieringsordningen oppfattes også som god av et stort flertall av kommunene i undersøkelsen. En del kommuner etterlyser imidlertid større fleksibilitet i normene i forhold til variasjon mellom kommuner.

Mens finansieringen av byggingen av omsorgsboliger oppfattes som god, er det et klart flertall blant kommunene som synes finansieringen av driften av boligene er for dårlig. Det er delte meninger om midler som var avsatt til bygging burde vært omdisponert til å finansiere tjenester i boligene.

For de aller fleste kommunene i undersøkelsen var det behov for en satsing på omsorgsboliger for psykisk syke. Handlingsplanen for eldre ivaretok ikke boligbehovet for denne gruppen, mener et stort flertall av kommunene. Blant kommunene som ikke har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse er det imidlertid ganske mange som mener behovet for boliger til psykisk syke ble helt eller delvis dekket av Handlingsplanen for eldre.

Det er gjennomgående er relativt små forskjeller i vurdering blant kommuner i ulike regioner eller av ulik størrelse.

Fylkesmannens vurdering av samarbeidet med Husbanken

Rådgivere hos Fylkesmannen deler Husbankens oppfatning (kapittel 4) om at de to aktørene samarbeidet svært godt om omsorgsboligene i psykisk helse. Rolle- og ansvarsfordelingen var klar og tydelig og ble respektert av partene. Fylkesmannen hadde ansvar for å fordele kvotene for omsorgsboliger i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og fulgte opp kommunene i forhold til framdrift og rapportering. Husbankens hadde ansvar for å godkjenne boligprosjektene i henhold til gjeldende retningslinjer.

Innholdet i boligene og tjenester til beboerne var klart definert som Fylkesmannens område.

Kommunenes vurdering av samarbeidet med Fylkesmannen

Fylkesmannen – ved de ansatte rådgiverne for Opptrappingsplanen for psykisk helse – hadde en sentral rolle i realiseringen av omsorgsboligene. Rådgiverne bidro til fastsettelsen av kvoter for bygging i den enkelte kommune, og fulgte opp kommunene i søknadsfasen.

Et stort flertall av kommunene i vår undersøkelse som har bygget omsorgsboliger har hatt kontakt med Fylkesmannen en eller flere ganger i tilknytning til byggingen av boliger for psykisk syke. Nesten alle kommunene mener at kontakten med Fylkesmannen har vært god eller svært god, og de som har hatt mest kontakt vurderer kontakten som mer positiv enn kommuner som har hatt mindre kontakt. Kommuner med mange innbyggere har hatt mer kontakt med Fylkesmannen enn små kommuner. Sammenhengen mellom størrelse og kontakt er imidlertid ikke så sterk for kontakten med Fylkesmannen som for kontakten med Husbanken.

Brukerorganisasjonenes rolle i omsorgsboligbyggingen

De to interesse-/brukerorganisasjonene som er intervjuet har noe ulike oppfatninger av samarbeidet. Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien – LPP – hadde ingen kontakt med Husbanken. Mental Helse oppfatter at de i liten grad ble hørt og i liten grad fikk gjennomslag for sitt syn. Organisasjonen framholder at kontakten med Husbanken var dårligere enn med Fylkesmannen og Helsedirektoratet.

6 Realiseringen av omsorgsboliger for psykisk syke

6.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på forhold knyttet til byggingen av omsorgsboliger i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse, og analysere trekk ved de realiserte boligene. Vi stiller følgende spørsmål:

- Hvor mange boliger ble bygget, og når ble de bygget. Har trekk ved kommunene betydning for omsorgsboligbyggingen? Hvorfor valgte noen kommuner ikke å bygge omsorgsboliger?
- Hvorfor ble store deler av boligbyggingen forsinket i forhold til planen? Var noen typer kommuner mer utsatt for forsinkelser enn andre kommuner?
- Hvilke typer omsorgsboliger er bygget? Er boligene for psykisk syke samlokalisert med boliger for andre grupper? Velger ulike typer kommuner ulik organisering av boligene? Hva slags kontraktsforhold eksisterer i boligene?

Analysene i kapitlet bygger i all hovedsak på analyser av opplysninger gitt av kommunene i spørreundersøkelsen gjennomført forsommeren 2009, og på opplysninger fra intervjuer med til sammen åtte personer samt en skriftlig tilbakemelding på problemstillinger i intervjuguiden. I likhet med kapittel 5, inneholder kapitlet informasjon fra representanter for fire ulike typer aktører: kommunene, kommunenes organisasjon KS, Helsedirektoratet, fylkesmennene, brukerorganisasjonene.

6.2 Bygging av omsorgsboliger

6.2.1 Hvilke kommuner bygget boliger?

Kommunene ble tildelt kvoter for bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Størrelsen på kvoten var stort sett basert på folketallet i kommunen, noe justert i forhold til anslått behov og dekningsgrad. Vi har spurt kommunene som har deltatt i vår undersøkelse om de har bygget omsorgsboliger innenfor rammene av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Tabell 6.1).

Tabell 6.1 *Har kommunen bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?*

	Antall	Prosent
Har bygget omsorgsboliger	177	63
Har ikke bygget	103	37
Totalt	280	100

Blant kommunene som har besvart spørreskjemaet svarer nesten to av tre kommuner at de har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen. Det er relativt flere av kommunene i region Vest som har bygget omsorgsboliger, mens det er færrest i region Nord (Tabell 6.2).

Tabell 6.2 *Bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter Husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Har bygget	65	66	69	61	56	63
Har ikke bygget	35	35	31	39	44	37
Totalt (N=)	100 (60)	101 (55)	100 (55)	100 (51)	100 (59)	100 (280)

Andelen kommuner som har bygget omsorgsboliger i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse varierer med folketallet i

kommunen. Jo flere innbyggere, desto større tendens til å ha bygget boliger (Tabell 6.3). Mens alle de største kommunene i undersøkelsen sier at de har bygget omsorgsboliger, har bare knapt fire av de ti minste. En forklaring kan være at noen av de minste kommunene ikke fikk tildelt kvoter for bygging av omsorgsboliger med begrunnelse at befolkningsgrunnlaget var for tynt.

Tabell 6.3 *Bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter folketall i kommunen. Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000 +	
Har bygget	39	55	76	90	100	63
Har ikke bygget	62	46	25	10	0	37
Totalt (N=)	101 (104)	101 (44)	101 (49)	100 (68)	100 (14)	100 (279)

Kommuneøkonomien har variert betydelig i de årene Opptrappingsplanen har virket. Selv om kommunene fikk dekket inntil 740 000 kr pr omsorgsbolig gjennom oppstartstilskudd og kompensasjonstilskudd, kan vanskelig kommuneøkonomi ha hatt betydning for kommunenes evne til å bygge – og kanskje særlig til å drifte – omsorgsboliger for psykisk syke.

Tabell 6.4 viser at det eksisterer en sammenheng mellom kommunens økonomiske situasjon og byggingen av boliger til psykisk syke innbyggere, men at sammenhengen er annerledes enn antatt. Kommuner med høye brutto utgifter pr innbygger, dvs. relativt sett "rike" kommuner, har i mindre grad enn fattigere kommuner bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen. En kontroll for om dette skyldes at rikere kommuner gjerne har lavere folketall, samtidig som småkommunene sjeldnere har bygget boliger, viser at den negative sammenhengen holder seg: Fattigere kommuner har altså i større grad enn "rike" kommuner bygget omsorgsboliger uavhengig av folketall.

En mulig forklaring på dette kan være at kommuner med en trangere økonomi i større grad enn andre kommuner har behov

for den type finansieringsordninger som omsorgsboligbyggingen innebar. Kanskje har også ”fattige” kommuner i mindre grad kunnet bygge boliger i egen regi, slik at behovet for omsorgsboliger var særlig stort i disse kommunene.

På den annen side viser analysene at rikere kommuner i snitt har bygget flere boliger i forhold til innbyggertallet enn kommuner med dårligere økonomi.

Tabell 6.4 *Bygging av omsorgsboliger for psykisk syke og brutto kommunale utgifter pr. innbygger. Bivariate korrelasjoner*

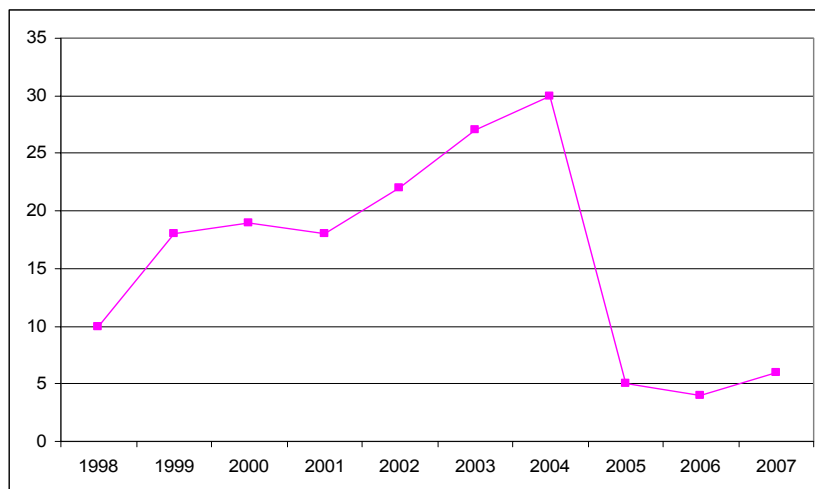
	Har bygget omsorgsboliger for psykisk syke (N=274)	Antall omsorgsboliger bygget pr. 10 000 innb (N=173)
Brutto kommunale utgifter pr. innbygger	-0,38***	0,48***

*** Signifikant på 1% nivå

6.2.2 Når ble omsorgsboligene bygget?

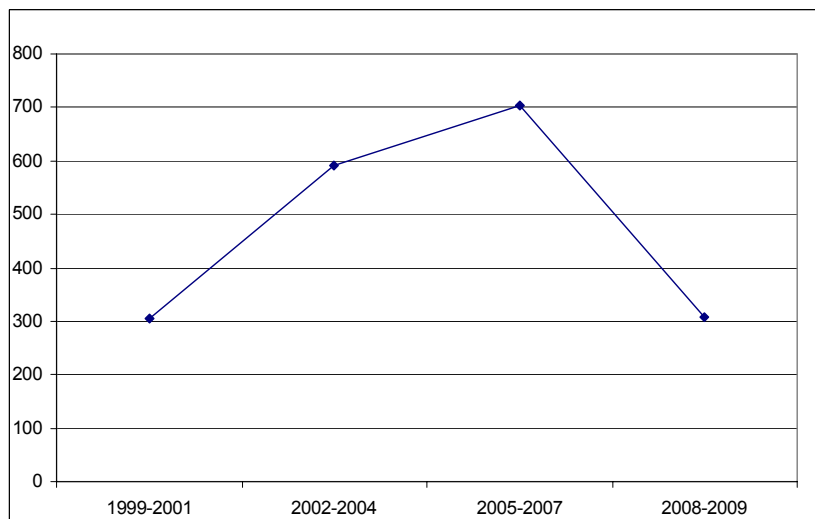
Det tok tid fra starten av Opptappingsplanen i 1999 til kommunene kom skikkelig i gang med å søke om finansiering av omsorgsboliger. Som det fremgår av Figur 6.1 sendte knapt 20 av kommunene i vårt materiale sin første søknad om bygging av omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen i hvert av årene fra 1999 til 2002. I 2004 økte antall kommuner som søkte første gang til 30, for så å avta betydelig.

Figur 6.1 *Årstall for kommunens første søknad om bygging av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen. Antall kommuner*



I og med at det gjerne tok fra ett til to år fra kommunene søkte om å få bygge boliger til boligene ble ferdigstilt, ble de fleste omsorgsboligene bygget ganske sent i opptrappingsperioden (Figur 6.2).

Figur 6.2 *Antall ferdigstilte boliger i ulike perioder blant kommunene i datamaterialet*



Antall ferdigstilte boliger økte jevnt, og nådde en topp i perioden 2005-2007. Blant kommunene i vårt materiale ble det i alt bygget ca. 700 omsorgsboliger i årene 2005-2007, og ca. 1910 totalt i 10-årsperioden 1999-2009.

Kommunene i regionene Øst og Sør kom raskest i gang med byggingen av omsorgsboligene, mens byggingen gikk tregest i Region Nord (Tabell 6.5). Etter hvert gikk det tregere med ferdigstillelsen av boliger i Region Øst. En forklaring på dette, som også framholdes av våre informanter, kan være at det generelt var stor aktivitet i boligbyggingen i denne perioden, noe som særlig ga seg utslag i pressområdene. Ved inngangen til Opptrappingsplanens siste år i 2008 hadde kommunene i alle regionene bygget omtrent 85 prosent av det totale antall boliger de hadde fått tilsagn om.

Tabell 6.5 *Gjennomsnittlig andel av realiserte omsorgsboliger i ulike perioder, etter region. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Ferdigstilt 99-01	16	15	10	13	6	12
Ferdigstilt 02-04	21	42	36	33	20	31
Ferdigstilt 05-07	47	30	38	41	58	43
Ferdigstilt 08-09	14	15	17	13	13	14
Ubesvart	2	0	0	0	3	100
Totalt (N=)	100 (38)	102 (36)	101 (38)	100 (30)	100 (33)	(174)

6.2.3 Opptrappingsplanens kvoter og behovet for boliger i kommunene

Tallet på omsorgsboliger som skulle anskaffes i perioden var som vi allerede har påpekt ikke fastsatt av Husbanken. Tallet på boliger og størrelsene på kvotene er imidlertid en vesentlig problemstilling for alle intervjupersonene i vår undersøkelse.

Både fylkesmennene, brukerorganisasjonene og KS er samstemt om at det ble bygget eller anskaffet for få boliger til psykisk syke i opptrappingsperioden. Alle de tre intervjuede rådgiverne hos fylkesmennene som vi har intervjuet i forbindelse med prosjektet sier at de tildelte kvotene for omsorgsboligbygging innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse var for små allerede da de ble fastsatt. . På spørsmål om kvoten var for liten, svarer en av informantene:

Ja, den burde vært dobbel så stor. Det manglet like mye som det ble bygget. (Intervju 10.06.09)

Buskerud fikk for eksempel en kvote på 169 boenheter, mens behovet ble beregnet til 282 boenheter. Aust-Agders kvote var på 70 boenheter. I 2004 hadde fylket en underdekning på 52 boenheter. Intervjupersonen fra Nordland fastslår at ”kvotene var for små”.

I utgangspunktet var det tenkt at hver kommune skulle få tilsagn på et antall boliger i forhold til antall innbyggere i kommunen. I noen fylker var imidlertid erfaringen at behovet for boliger ikke alltid sto i forhold til folketallet, slik at Fylkesmannen måtte foreta en viss omdisponering innenfor kvoten:

Behovet for omsorgsboliger var størst i de største kommunene. Det skjedde en omfordeling innenfor kvotene – det ble overført innenfor fylket mellom kommunene (fra en kommune til en annen kommune). (Intervju 03.06.09)

Omfordeling av kvoter gikk fra kommuner som ikke hadde behov eller ikke ønsket å bygge/anskaffe omsorgsboliger, til kommuner som hadde for liten kvote. Omfordelingen var i all hovedsak en overføring av kvoter fra små til store kommuner.

Både KS og brukerorganisasjonene framholder at de meldte fra på et tidlig tidspunkt i opptrappingsperioden om at behovet var betydelig større enn de 3.400 boligene, som var kvoten på landsbasis. Mental Helse er den mest kritiske aktøren blant intervjupersonene:

Det er ikke grunnlag for å si at vi i stor grad ble tatt med ved vurdering av behovet for omsorgsboliger rundt om i kommunene. Vi mente ganske tidlig, i år

2000, at behovet for slike boliger var satt for lavt og at antallet etter vår vurdering burde vært mellom 5000 og 6000 boliger. Vi ga uttrykk for at dette ville få konsekvenser for i hvilken grad kommunene kunne følge opp forventningene de hadde på seg. (...) Vi kan ikke se at brukerorganisasjonene sine vurderinger av antall boliger det var behov for er lagt videre vekt på. (skriftlig informasjon 08.07.09)

LPP viser også til at de så at direktoratets tall på 3.400 omsorgsboliger var for lite. De mente man trengte minst 3.000 boliger til. Kvotene på 3.400 boenheter skulle være fordelt innen utgangen av 2004.

Undersøkelser gjennomført i etterkant har kommet fram til at behovet for omsorgsboliger innen psykisk helse er på rundt 2.800 i tillegg til de 3.400 (Dyb 2006; Dyb og Nordlund 2005). Tallet omfatter personer som hadde et udekket boligbehov på kartleggingstidspunktet, eller som kommunene visste ville ha behov for en bolig ved utflytting fra institusjon eller foreldrehjemmet. Kalseth m.fl. (2008) fant at kommunene har et totalt udekket boligbehov til personer med psykiske lidelser på 4.500 boliger (bolig: boenhet, leilighet etc.). 40 prosent av kommunene oppga i 2008 en dekningsgrad for kommunalt tilrettelagte botilbud på under 50 prosent.

Intervjupersonen i Helsedirektoratet framholdet at de fikk tilbakemeldinger om 3.400 boliger var for lite og har igangsatt undersøkelsene som er referert over samt gjort sine egne kartlegginger. 2.800 boliger i tillegg til de som ble bygget under Opptappingsplanen er nå akseptert som et rimelig godt anslag. Boligbehovet innen psykisk helse kan imidlertid dekkes på ulike måter:

Omsorgsboliger kunne ha ulik utforming. Det kan være nybygg, enkeltboliger i eksisterende boligmasse og rehabilitering av eldre bygg. Fellesnevneren er den økonomiske tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen til omsorgsboliger under Opptappingsplanen var rettet mot å dekke alle utgiftene til bygging og anskaffelse av omsorgsboliger. (intervju 24.08.09)

6.2.4 Fikk kommunene avslag på søknader om bygging av omsorgsboliger?

Gitt at behovet for omsorgsboliger ble anslått å ha vært betydelig høyere enn det som var mulig å finansiere gjennom Opptrappingsplanen, skulle en tro at mange kommuner fikk avslag på søknader om boligbygging. Det er imidlertid relativt få av kommunene i vårt materiale – knapt ti prosent – som har opplevd å få avslag på søknader om bygging av boliger for psykisk syke. Dette er stort sett snakk om at kommunene har fått finansiering av færre boliger enn de har søkt om. Noen kan også ha fått avslag på søknader i første runde, men der de omsøkte boligene har fått finansiering etter søknaden er blitt omarbeidet i forhold til Fylkesmannens eller Husbankens råd.

Tabell 6.6 *Har kommunen fått avslag på søknad om bygging av omsorgsboliger?*

	Antall	Prosent
Har fått avslag	15	9
Har ikke fått avslag	156	91
Totalt	171	100

Når antallet kommuner som har oppgitt at de har fått avslag er såpass lavt, kan dette skyldes at Fylkesmannen og Husbanken aktivt har kommunisert til kommunene hvor mange boliger de kunne påregne finansiering av, samtidig som normene for boligene har vært klare for kommunene.

Det er noe lavere andel blant de minste og største kommunene som har opplevd å få avslag på sine søknader om å få bygge omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse (Tabell 6.7). Årsakene til avslag kan ha vært forskjellige i de små og store kommunene. En av rådgiverne hos Fylkesmannen sier det slik:

Noen av kommunene i [fylket] var for små til å få en omsorgsbolig, da befolkningsgrunnlaget var for lite. Mange store kommuner søkte om mer enn det de hadde krav på. (intervju 10.06.09)

Tabell 6.7 *Avslag på søknader om bygging av omsorgsboliger, etter folketall. Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000+	
Har fått avslag	13	8	8	5	15	9
Har ikke fått avslag	87	92	92	95	85	91
Totalt (N=)	100 (38)	100 (24)	100 (36)	100 (59)	100 (13)	100 (170)

Det er visse forskjeller mellom kommunene i de ulike Husbank-regionene når det gjelder erfaringer med avslag på søknader (Tabell 6.8). Kommunene i Region Vest, til dels også i Region Nord, har i større grad enn andre kommuner opplevd å få avslag på søknader på bygging av omsorgsboliger. Vi kan med utgangspunkt i våre data ikke vite om dette skyldes at kvotene var trangere i forhold til behovet i disse områdene, om Fylkesmannen/Husbanken i mindre grad har kommunisert til kommunene hva de kan forvente å få gjennomslag for, eller om søknadene fra kommunene i disse regionene var mindre i tråd med regelverket. Informantene i Husbanken og hos Fylkesmannen kan ikke huske at det var prosjekter som fikk avslag. De få prosjektene som kommunene oppgir har fått avslag kan være søknader som har kommet utenom kvotene.

Tabell 6.8 *Avslag på bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter Husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Avslag	8	3	18	0	13	9
Ikke avslag	92	97	82	100	87	91
Totalt (N=)	100 (38)	100 (36)	100 (38)	100 (29)	100 (30)	100 (171)

6.2.5 Hvorfor har kommunen *ikke* bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk syke?

Drøyt en tredel av kommunene i vår undersøkelse sier at de ikke har bygget omsorgsboliger innenfor rammene av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Vi har spurt kommunene som ikke har bygget om deres grunner til ikke å bygge boliger for psykisk syke (Tabell 6.9).

Tabell 6.9 *Hvorfor har kommunen ikke bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?*

	Hvor viktig er ulike grunner til ikke å bygge boliger?			Totalt
	Ikke viktig/ relevant	Litt viktig	Svært viktig	
Alle har egnet bolig	41	28	31	100
Ingen brukere i aktuell målgruppe	73	16	11	100
Har nok boliger	37	20	43	100
Ikke økonomi til tjenester	62	15	23	100
Tilskuddet dekker for lite	67	18	15	100
Ikke egnede tomter	83	14	4	101

Den viktigste grunnen til ikke å bygge omsorgsboliger for psykisk syke er i følge kommunene at kommunen har tilstrekkelig boliger til denne gruppen. 43 prosent av kommunene som ikke har bygget oppgir dette som en svært viktig grunn, og ytterligere 20 prosent som en litt viktig grunn til ikke å bygge.

Omtrent en av tre kommuner sier at en svært viktig grunn for ikke å ha bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen er at alle i målgruppen har egnet bolig. Alt i alt ser altså manglende behov for boliger ut til å være den klart viktigste grunnen til ikke å bygge.

Nesten en av fire kommuner svarer at manglende økonomi til å yte tjenester i boligene er en svært viktig grunn til at de ikke har bygget. For nesten 40 prosent av kommunene som ikke har bygget

omsorgsboliger er manglende finansiering av tjenester til eventuelle beboere en litt viktig eller svært viktig årsak til at de ikke har bygget. En av tre kommuner oppgir som en litt eller svært viktig grunn til ikke å ha bygget at tilskuddet fra Husbanken dekker for lite av utgiftene.

Mangel på egnede tomter oppgis av svært få kommuner som en viktig grunn til ikke å bygge.

6.3 Forsinkelser i byggingen av omsorgsboliger for psykisk syke

Som tidligere vist tok det tid før kommunene kom i gang med byggingen av omsorgsboligene innenfor Opptrappingsplanen. Ferdigstillelsen av boligene ble forsinket i mange kommuner. Opptrappingsplanen for psykisk helse skulle opprinnelig vært avsluttet i 2006 (men ble etter hvert forlenget til 2008), og tregheten i kommunenes byggeaktivitet skapte uro hos sentrale myndigheter for at måltallene for boligbyggingen ikke ville nås i løpet av planperioden.

Forsinkelsene i omsorgsboligbyggingen ble oppfattet som et problem, ikke minst fordi oppbygging av det kommunale botilbudet var en forutsetning for den kraftige reduksjonen i antall institusjonsplasser som kom ganske tidlig i opptrappingsperioden. Det gikk med andre ord raskere å bygge ned enn å bygge opp.

KS påpeker at man nedla mange av sykehjemsplassene uten at kommunene, som fikk overført pasientene, fikk tilsvarende økning i bevilgninger til boliger og drift av boligene:

Man nedla mange sykehjemsplasser uten at det ble tilsvarende økning av bevilgninger til bolig og drift av boligene. Det ble ikke mange flere millioner til kommunene. (intervju 26.06.09)

Manglende kommunalt tilbud innebar derfor at tjenestene til mange psykisk syke ble oppfattet å være blitt dårligere, ikke bedre, de første årene av Opptrappingsplanens virkeperiode.

Vi har spurt kommunene om deres erfaringer om forsinkelser i omsorgsboligbyggingen (Tabell 6.10).

Tabell 6.10 *Har kommunen opplevd forsinkelser i ferdigstillelsen av byggingen av omsorgsboliger?*

	Antall	Prosent
Har opplevd forsinkelser	48	27
Har ikke opplevd forsinkelser	129	73
Totalt	177	100

Drøyt en av fire kommuner i vår undersøkelse som har bygget omsorgsboliger sier at de har hatt forsinkelser i ferdigstillelsen av boligene. Kommunene i region Øst oppgir i mindre grad enn kommuner i andre deler av landet at de har hatt forsinkelser i arbeidet (Tabell 6.11). Dette synes vanskelig å forstå, gitt at den generelle byggeboomen i Norge tidlig/midt på 2000-tallet ga særlig utslag i sentrale strøk. Isolert sett skulle dette tilsi økt fare for forsinkelser i disse områdene. Vi så også tidligere i kapitlet at ferdigstillelsen av boliger gikk tregt i kommunene i region Øst, riktig nok etter en relativt god start.

Tabell 6.11 *Forsinkelser i bygging av omsorgsboliger for psykisk syke, etter Husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Forsinket	21	31	29	26	30	27
Ikke forsinket	80	69	71	74	70	73
Totalt	101	100	100	100	100	100
(N=)	(39)	(36)	(38)	(31)	(33)	(177)

Over halvparten av de største kommunene svarer at de har opplevd forsinkelser i omsorgsboligbyggingen (Tabell 6.11). Dette kan blant annet skyldes at de store kommunene har hatt et større volum på byggeaktiviteten, slik at det rett og slett eksisterer flere muligheter for forsinkelser enn i mindre kommuner. Det er imidlertid grunn til å minne om at antallet store kommuner er lavt, slik at prosentueringsgrunnlaget blir lite og derfor beheftet med usikkerhet.

Tabell 6.12 *Har kommunen opplevd forsinkelser i ferdigstillelsen av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse? Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000 +	
Forsinkelse	25	17	19	30	57	27
Ikke forsinkelse	75	83	81	71	43	73
Totalt (N=)	100 (40)	100 (24)	100 (37)	101 (61)	100 (14)	100 (176)

6.3.1 Hvorfor ble ferdigstillelsen av boliger forsinket?

Det kan synes paradoksalt at det tok lang tid å få bygget og ferdigstilt omsorgsboliger i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse, når kommunene rapporterte et så sterkt behov for slike boliger.

Intervjuene som er benyttet i dette kapitlet kaster ikke nytt lys over årsakene til forsinkelsene i forhold til intervjuene i Husbanken rapportert i kapittel 4. De viktigste forholdene, som er framhevet, er at omsorgsboligsatsingen falt sammen med boom i byggenæringen, slik at det ble dyrt å bygge og vanskelig å få folk til å gjøre jobben, at den kom rett etter en massiv utbygging av sykehjem og omsorgsboliger til eldre, og nøling hos kommunepolitikere med å fatte vedtak. Naboprotester nevnes også, men ikke som den viktigste hindringen for å komme i gang:

Kommunene ville ha volum, bygge flere boliger sammen. Naboer ville ikke ha boligene i sitt nærområde. (intervju 03.06.09)

Utsagnet kan tyde på at naboene ville protestere eller protesterte dersom boligkompleksene ble for store med mange boenheter. For kommunene ville store komplekser imidlertid kunne medføre stordrift og lavere utgifter til tjenester.

Man kan tenke seg at det var en todeling mellom kommunene: De som ikke hadde behov, eller tidlig i fasen ikke så at de hadde et

behov, for boliger, og de som så at de hadde for få boliger i henhold til tildelt kvote. Dette kan i så fall forklare noe av den tilsynelatende motsetningen mellom rapportene om mangel på boliger/for små kvoter og forsinkelsene. Men verken andre undersøkelser (Dyb 2006; Dyb og Nordlund 2005) eller denne gir støtte for en slik tolkning. En annen tolkning er at ordningen ikke var god nok og derfor ikke var et sterkt nok incentiv overfor kommunene. Fylkesmennene understreker at ordningen var svært god. Som vi skal se senere i kapitlet, vurderer også kommunene Husbankens finansieringsordning for omsorgsboliger som god. Kommunene kunne for eksempel bruke noe av tilskuddet fra Husbanken til å bemanne boligene eller til andre formål innen psykisk helse. Men det tok åpenbart noe tid før en del kommuner oppdaget dette:

Noen kommuner mente at de ikke hadde behov for omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen. I ettertid kan man si at det var dumt – de skulle ha benyttet anledningen. Mange av disse kommunene bygget godt under Handlingsplan for eldreomsorgen, men det viste seg at det ikke var nok. De angret seg i ettertid på at de ikke var med på Opptappingsplanen. Ovenfor andre kommuner måtte vi minne på eksistensen Opptappingsplanen, at ”toget snart går”. (intervju 10.06.09)

En tredje tolkning eller forklaring på motsetningsforholdet mellom forsinkelser og meldinger om behov ut over kvotene, er at boligbehovet til personer med psykiske lidelser endret seg i løpet av perioden. Særlig vektlegges nedbyggingen av de statlige psykiatriske sykehjemmene med langtidsopphold:

I 2004 kom en kraftig omlegging fra psykiatriske sykehjem til omsorgsboliger. Dette var et stort problem i Aust-Agder. Som følge av denne nedbyggingen fikk man tydeliggjort etterspørselen av boliger – i første rekke var det kanskje dette som gjorde det aktuelt med omsorgsboliger for psykisk syke. Organisatoriske endringer i hele spesialisthelsetjenesten var en stor påvirkningsfaktor i denne boligbyggingen. (...) Det er mange sammenhenger: det skjer store endringer innen

rusfeltet og spesialisthelsetjenesten, samt nedbygging av psykiatriske sykehjemsplasser. (intervju 0.306.09)

En fjerde faktor eller tolkning er at oppfatningen av brukernes boligbehov endret seg hos fagfolkene. Hagen og Ruud (2005) viser at det skjedde en til dels stor forandring i oppfatning av pasientenes behov innen spesialisthelsetjenesten. 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 mente behandlerne at 30 prosent burde hatt et annet tilbud enn innleggelse. I 2003 var andelen som ble vurdert å ha behov for et tilbud utenfor institusjon økt til 40 prosent og 37 ble vurdert å ha behov for bolig. Disse funnene må sees i forhold til at mange av de minst syke allerede var utskrevet fra langtidsopphold i institusjon og hadde fått bolig i 2003. Det bidrar til å understreke at det hadde pågått en endring i vurderingene i spesialisthelsetjenesten i retning av at flere, og pasienter som ikke var regnet som klar for utskriving noen få år tidligere, burde bo utenfor institusjon. Presset på kommunene for å framskaffe boliger vil også bli større når behandlerne mener at pasientene bør skrives ut av institusjonene.

Et siste moment, som bør vektlegges som forklaring på at kommunene vurderte behovet som større enn kvotene til tross for forsinkelsene, er at det tok tid før kommunene ”oppdaget” alle brukerne. LPP mener at dette nok er tilfellet fremdeles, og at anslaget på 3.000 flere boliger ut over den opprinnelige kvoten ikke nødvendigvis er tiltrekkelig:

En del bor hjemme hos foreldrene, som oftest hos mor, uten å ha kontakt med kommunen. De har bare kontakt med spesialisthelsetjenesten, og kommunen vet ikke alltid om dem og at de har et boligbehov. (intervju 10.07.09)

Begge interesseorganisasjonene og KS understreker at behovet for omsorgsboliger inne psykisk helse ble satt for lavt i starten. De får støtte fra rådgiverne for Fylkesmannen, som baserer sine vurderinger på tilbakemeldinger fra kommunene. Flere undersøkelser har vist at det er et betydelig udekket boligbehov innen psykisk helse i kommunene. Om dette behovet bør dekkes med bygging av omsorgsboliger drøftes i 6.4 om kjennetegn ved boligene.

Kommunenes syn på årsaker til forsinkelsene

Vi har spurt kommunene som har opplevd forsinkelser om hvorfor ferdigstillingen av omsorgsboliger ble forsinket (Tabell 6.13).

Tabell 6.13 *Hvorfor ble ferdigstillingen av boliger forsinket? (N=48)*

	Hvor viktig er ulike grunner til forsinkelse?			Totalt
	Ikke viktig/ relevant	Litt viktig	Svært viktig	
Manglende tomter	60	21	19	100
Problemer med omregulering	65	19	17	101
Sen saksbehandling	46	38	17	101
Ikke økonomi til tjenester	71	21	8	100
Innsigelser hos Fylkesmannen	94	2	4	100
Naboprotester	60	13	27	100

Av de mulige årsakene til forsinkelser som vi listet opp i spørreskjemaet svarer flest kommuner at "naboprotester" har vært en svært viktig grunn. Over halvparten av kommunene mener "sen saksbehandling" har vært en litt viktig eller svært viktig grunn til forsinkelsene. Samlet sett er sen saksbehandling den årsaken som oppgis å være viktigste grunnen til forsinkelser. Omtrent en av fem kommuner som har opplevd forsinkelser oppgir manglende tomter som en svært viktig årsak, mens omtrent en av seks ser "problemer med omregulering" som svært viktig. Relativt få kommuner sier forsinkelser skyldes manglende økonomi til tjenester i boligene, og svært få legger skylden på innsigelser fra Fylkesmannen.

6.4 Kjennetegn ved omsorgsboligene for psykisk syke

Hva slags type boliger er bygget?

Et viktig mål med Opptrappingsplanen for psykisk helse var å integrere psykisk syke i samfunnet: de skulle så langt det var mulig bo i boliger i sine lokalsamfunn og motta tjenester fra kommunen. Psykisk sykes hverdag skulle "normaliseres" blant annet ved å flytte dem ut fra institusjon og inn i boliger i lokalmiljøet. For å øke mulighetene for normalisering og integrering, og for å hindre stigmatisering, ble det sett som viktig at omsorgsboligene som ble bygget til psykisk syke ikke fikk institusjonspreg. Samtidig ville mange av beboerne ha behov for tjenester i boligene.

Kvoten på 3.400 boliger var definert som omsorgsboliger etter modell fra omsorgsboligbyggingen innen eldresatsingen. Definisjonen på en omsorgsbolig er gjengitt flere steder i rapporten. Kort oppsummert skal en omsorgsbolig være tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg. I Husbankens, der de to ordningene ble organisert sammen, oppfattes det som entydig positivt at satsingen innen psykisk helse kunne trekke vekslers på erfaringene fra eldresatsingen. Omsorgsboligsatsingen i eldreplanen la imidlertid svært stor vekt på at utformingen av boligene skulle ta høyde for fysiske funksjonshemminger og beboernes behov for fysisk pleie og store, plasskrevende hjelpemidler som rullestol, personløftere o. l.

Kommunene kunne velge ulike måter å organisere boligene på. Som nærmere beskrevet i kapittel 4.2, kan vi snakke om tre hovedtyper av omsorgsboliger:

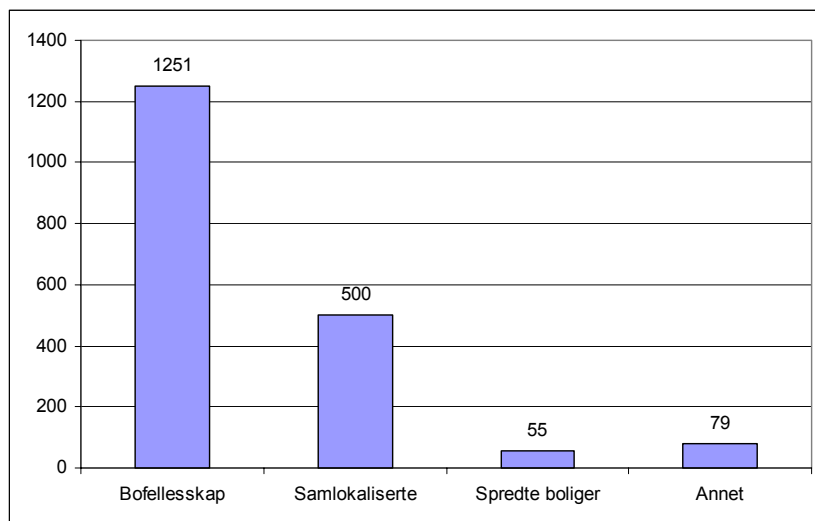
Bofellesskap: Samlokaliserte individuelle boliger/boenheter med fellesareal for beboerne.

Samlokaliserte boliger: Individuelle boliger i samme bygning, oppgang el. l. uten fellesareal for beboerne (personalarealer o.l. holdes utenfor)

Spredte boliger: Enkeltpoliger spredt i den ordinære bebyggelsen.

Vi har spurt kommunene i vår undersøkelse om hvordan de har valgt å bygge sine omsorgsboliger for psykisk syke (Figur 6.3).

Figur 6.3 *Hvordan er omsorgsboligene for psykisk syke bygget? Antall ulike typer boliger*



Et stort flertall – omtrent to av tre – av omsorgsboligene for psykisk syke er bygget som bofellesskap, dvs. at flere boenheter er samlokalisert, og med fellesarealer for beboerne.

Nesten en av fire boliger (500 boliger) er bygget som samlokaliserte boliger, mens svært få kommuner oppgir at de har bygget boliger for denne gruppen spredt i den ordinære bebyggelsen.

Kommunene i region Sør har i snitt bygget en høyere andel omsorgsboliger i bofellesskap (Tabell 6.14). Mens gjennomsnittet i region Sør er 60 prosent i bofellesskap, er tilsvarende for kommunene i regionene Øst, Vest og Nord drøyt 40 prosent.

Region Nord skiller seg fra de andre regionene ved å ha en høyere andel boliger for psykisk syke bygget spredt i den ordinære bebyggelsen i kommunen.

Tabell 6.14 *Gjennomsnittlig andel boliger med ulike type organisering, etter husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Andel i bofellesskap	41	60	43	50	42	46
Andel samlokaliserte	50	30	46	46	37	46
Andel spredte	3	1	4	0	13	4
Andel annet	4	3	5	6	9	5
Ubesvart	2	6	2	0	0	0
Totalt	100	100	100	102	101	101
(N=)	(34)	(34)	(34)	(27)	(32)	(161)

Kommunenens innbyggertall har betydning for hvordan kommunene har bygget sine omsorgsboliger (Tabell 6.15). Jo større kommunen er, desto høyere gjennomsnittlig andel boliger bygget i bofellesskap. Kommuner med et stort befolkningsgrunnlag kan i betydelig større grad enn mindre kommuner etablere mer differensierte og spesialiserte botilbud til ulike grupper i befolkningen.

De minste kommunene, som har få brukere med behov for omsorgsbolig på grunn av psykiske lidelser, finner andre løsninger for de få boligene de bygger enn bofellesskap eller samlokalisering. Blant annet velger i større grad å bygge boligene for innbyggere med psykiske lidelser spredt blant ordinære boliger i kommunen.

Tabell 6.15 *Gjennomsnittlig andel boliger med ulike type organisering, etter antall innbyggere i kommunen. Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000+	
Andel i bofellesskap	34	39	43	55	75	46
Andel samlokaliserte	45	61	51	32	20	46
Andel spredte	10	0	0	4	2	4
Andel annet	10	0	4	5	3	5
Ubesvart	1	0	2	4	0	0
Totalt	100	100	100	100	100	101
(N=)	(39)	(22)	(22)	(56)	(12)	(160)

Samlokalisering av omsorgsboliger for psykisk syke med boliger for andre grupper

Det har vært en del diskusjoner rundt hensiktsmessigheten av å lokalisere boliger for psykisk syke sammen med boliger for andre grupper av hjelpetrequende i kommunen. For kommunen kan det være gunstig med slik samlokalisering, i den grad det er effektivt i forhold til tjenesteytingen i boligene.

Av noen av intervjuene vi har gjennomført fremgikk det at brukerorganisasjonene innenfor psykisk helsefeltet var i mot at boliger for psykisk syke skulle plasseres for nært boliger for psykisk utviklingshemmede.

Vi har spurt kommunene i undersøkelsen hvordan de har bygget boligene for innbyggere med psykiske lidelser (Tabell 6.16).

Et klart flertall av kommunene sier at de ikke har samlokalisert boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper av hjelpetrequende. En av tre kommuner svarer at de har samlokalisert noen eller alle boligene for psykisk syke med boliger for eldre. Drøyt en av fire kommuner sier de har samlokalisert noen eller alle boligene for psykisk syke med boliger for psykisk utviklingshemmede eller eldre.

Tabell 6.16 *Har kommunen samlokalisert boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper?*

	Samlokalisert boliger?			Totalt	(N=)
	Ingen	Noen	Mange/alle		
Rusavhengige	75	21	5	101	(127)
Psykisk utv. hemmede	73	17	10	100	(145)
Eldre	69	16	16	101	(147)
Andre	89	8	3	100	(1019)

Det ser ut til å være visse forskjeller mellom kommunene i ulike regioner med hensyn til samlokalisering av boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper av hjelpetrequende i kommunen (Tabell 6.17).

Omtrent en av tre kommuner i Region Sør og Region Nord har samlokalisert noen eller alle omsorgsboligene for psykisk syke med boliger for rusavhengige. Dette er over dobbelt så høy andel som kommunene i Sør og Midt-Norge. I Midt-Norge er det mer vanlig å samlokalisere boliger for mennesker med psykiske lidelser med boliger for psykisk utviklingshemmede og boliger for eldre. Mens omtrent halvparten av kommunene i Region Midt-Norge sier de har lokalisert psykisk sykes boliger sammen med boliger for eldre, har bare en av fem kommuner i Region Sør gjort det samme.

Tabell 6.17 *Andel kommuner som har samlokalisert noen eller alle boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper, etter husbankregion. Prosent*

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Rusavhengige	27	16	33	14	32	25
Psykisk utv.-hemmede	23	30	23	35	29	28
Eldre	26	21	36	48	27	33
Andre	17	14	0	16	11	14

Store og mellomstore kommuner har i større grad enn småkommunene lokalisert boliger for psykisk syke sammen med

boliger for rusavhengige. Små kommuner har gjerne få tunge rusmisbrukere med behov for tilrettelagte botilbud, og har trolig i liten grad bygget omsorgsboliger spesifikt for rusmisbrukere, som det kan være aktuelt å lokalisere andre omsorgsboliger sammen med.

Vi ser av tabellen at større kommuner i mindre grad enn små kommuner har samlokalisert boliger for psykisk syke med boliger for psykisk utviklingshemmede og boliger for eldre. Dette kan skyldes at større kommuner kan bygge mer differensiert, mens de minste kommunene, som har få omsorgsboliger, finner det hensiktsmessig å lokalisere de boligene de bygger sammen, selv om flere grupper av hjelpetrequende er representert blant beboerne.

Tabell 6.18 *Andel kommuner som har samlokalisert noen eller alle boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper, etter folketall. Prosent*

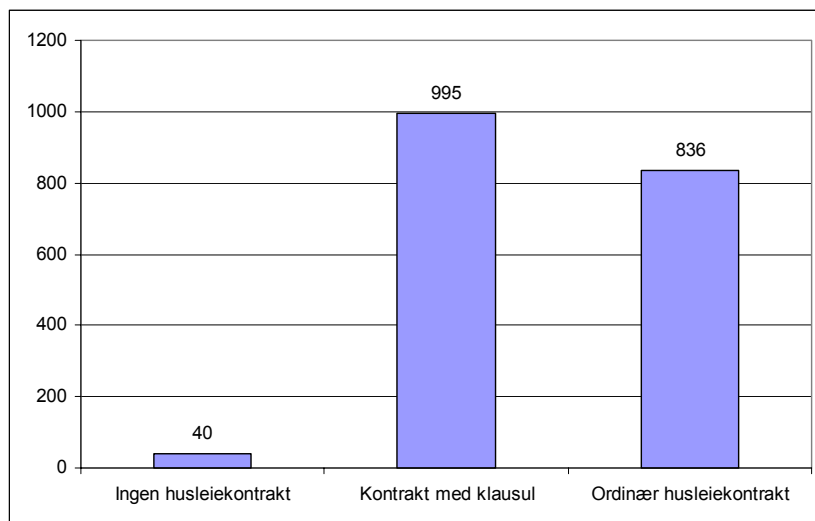
	Antall innbyggere					Totalt
	<3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000+	
Rusavhengige	6	18	36	28	25	25
Psykisk utviklingshemmede	40	35	25	21	21	27
Eldre	59	33	28	24	8	31
Andre	12	18	5	11	9	11

Hva slags kontraktsforhold gjelder i boligene?

I kapittel 3 viste vi til en vanlig definisjon av bolig: En bolig forutsetter disposisjonsrett; det vil si en juridisk rett til å disponere boligen enten gjennom en leiekontrakt eller gjennom eierskap. Som nevnt i kapittel 4 er et kjennetegn ved en omsorgsbolig at hver beboer har en egen husleiekontrakt. Omsorgsboliger bygget under Opptrappingsplanen for psykisk helse er eid av kommunene, og en av forutsetningene for å få tilskudd til boligene er at kommunen har tildelingsrett i 20 år. Beboerens disposisjonsrett til boligen reguleres av Husleieloven og en husleiekontrakt mellom kommunen og beboeren.

Vi har spurt kommunene om hvor mange boliger de har med ulike former for kontraktsforhold (Figur 6.4).

Figur 6.4 Hva slags kontraktsforhold er det i boligene. Antall boliger med ulike kontraktsforhold



De aller fleste kommunene har ordninger med husleiekontrakt i alle boligene for psykisk syke innbyggere. Det er noen flere boliger med husleiekontrakt med klausulering enn det er boliger med ordinære husleiekontrakter blant boligene som er bygget innenfor Opptrappingsplanen for psykisk syke.

6.5 Omsorgsboliger – diskusjon om utforming og kvalitet

De nasjonale kravene og standardene for omsorgsbolig var i utgangspunktet utviklet for eldre, og ikke spesielt tilpasset målgruppen for Opptrappingsplanen. Som drøftet i flere av de andre kapitlene i rapporten ble det diskutert om hvilke krav man skulle stille – og ikke stille – til omsorgsboliger for psykisk syke. Krav som man *ikke* skulle stilles handler i realiteten om hvilke krav man kunne fire på i henhold til de nasjonale retningslinjene, som hovedsaklig var utformet for å tilfredsstille kravene til omsorgsboliger for eldre. Det typiske eksemplet er spørsmålet om det var påkrevd med heis i bygninger til personer med psykiske lidelser. Husbanken viste fleksibilitet på den ene siden, men opprettholdt også kravene til størrelse og standard så langt som mulig (kapittel

4). Det resulterte blant annet i en forholdsvis høy standard i boligene innen psykisk helse. LPP, som har påpekt mangelen på boliger til brukergruppen, understreker at boligene som er etablert fungerer bra:

Det er mange gode boliger. Jeg har vært innom noen, de har en standard vi kan være stolte av. Disse boligene ser ikke ut som en institusjon. De er for mennesker som skal trives, utvikle seg og få en tilfriskning. (intervju 10.07.09)

Mental Helse er bare delvis tilfreds med innflytelsen de hadde på utformingen av boligene. Mangelfullt samarbeid, som omtales i kapittel 5, er knyttet nettopp til utformingen av boligene og for lite gjennomslag for brukernes synspunkter:

I noe større grad fikk vi gjennomslag for at omsorgsboliger for mennesker med psykisk sykdom måtte være forskjellige både i størrelse og standard. Vi ble i flere sammenhenger møtt med at mennesker med alvorlig psykisk sykdom i alle vesentlig grad var enslige og hadde behov for bolig i et slikt perspektiv. Dette komme ikke minst fram i møte med Husbanken. Det var enighet om at mange mennesker med psykisk sykdom har familie, både småbarn og ungdom, og vurderingen av behovet for og størrelsen på boliger måtte bli møtt i et slikt perspektiv. Omsorgsboliger var ofte for en eller to voksne. Husbanken har feilet i sine kartlegginger og tilsagnsgrunnlag til kommunene. Brukerorganisasjonene og rådgiverne hos Fylkesmannen hadde liten makt til å påvirke Husbanken. (skriftlig informasjon 08.07.09)

Rådgiverne hos Fylkesmannen gir på sin side uttrykk for at de ikke var svært aktive i å påvirke utformingen av boligene, men at de holdt fokus på tjenestene til brukerne:

Boligene skulle henge sammen med tjenester. Fylkesmannen satte krav til innholdet, dette var ikke et krav fra Husbanken. (intervju 10.06.09)

Oppdraget var tydelig. Dette (kvalitet i boligprosjektene) var ikke en oppgave som var tildelt oss.

Det kan ha noe med fylkesmannens roller å gjøre.
Fylkesmannen er klageinstans i henhold til Plan- og
bygningsloven (intervju 03.06.09)

Diskusjonene om utforming og krav til boligene synes å gjenspeile ulike holdninger til og oppfatninger av hva som er en god bolig for personer med psykiske lidelser. I enkelte av intervjuene i Husbanken framkommer det at Fylkeslegen, som hadde ansvar for Opptrappingsplanen i starten av perioden (før Fylkeslegen ble lagt inn i fylkesmannsembetet), kunne ha sterke meninger om hvordan boligene skulle utformes. Delvis trakk dette i retning institusjonalisering av boligene og delvis i retning sterk individuell tilpasning av boligene. En av rådgiverne hos Fylkesmannen framholder at Husbankens krav til boligstandard kunne være for strenge. Størrelsen på bygget har også betydning for utformingen av boligene og boligkvaliteten. Store bygget med et stort antall boliger/boenheter kan gi boligene et institusjonspreg. En av rådgiverne hos fylkesmannen framholder at, fordi det kunne være et problem å få tomter særlig i de større byene, endte man blant annet med å bygge om et stort ”institusjonspreget” sykehjem til omsorgsboliger for psykisk syke. Informanten mener dette er eksempel på en uheldig løsning. (intervju 17.08.09)

I et sitat over vektlegger Mental Helse at det var vanskelig å få gjennomslag for at psykisk syke har familie – mens eldre ofte er en familiekjerne på en enslig eller et par – og at boligene måtte innettes deretter. Kommunene kunne imidlertid mene at leiligheter som før hadde huset en familie ikke tilfredsstilte kravene som ble stilt til en omsorgsbolig, slik en av rådgiverne påpeker. Det var med andre ord ingen entydige oppfatninger blant aktørene utfordret av Husbankens om i hvilken retning man eventuelt skulle fravike eller endre de nasjonale retningslinjene.

Som vist tidligere i kapitlet er den dominerende typen omsorgsboliger i kommunene bofellesskap, men med et betydelig innslag av samlokaliserte boliger og et lite antall spredte boliger. Disse tre forholdsvis grove inndelingene favner ulike modeller og måter å organisere både boligene og tjenestene til beboerne på. Dette framgår av intervjuene med flertallet av aktørene og er synliggjort i undersøkelser som er referert over. Hvilken rolle Husbanken har hatt i å utvikle boligmodeller og boformer tilpasset ulike grupper med psykiske lidelser og andre med særskilte behov, kan ikke

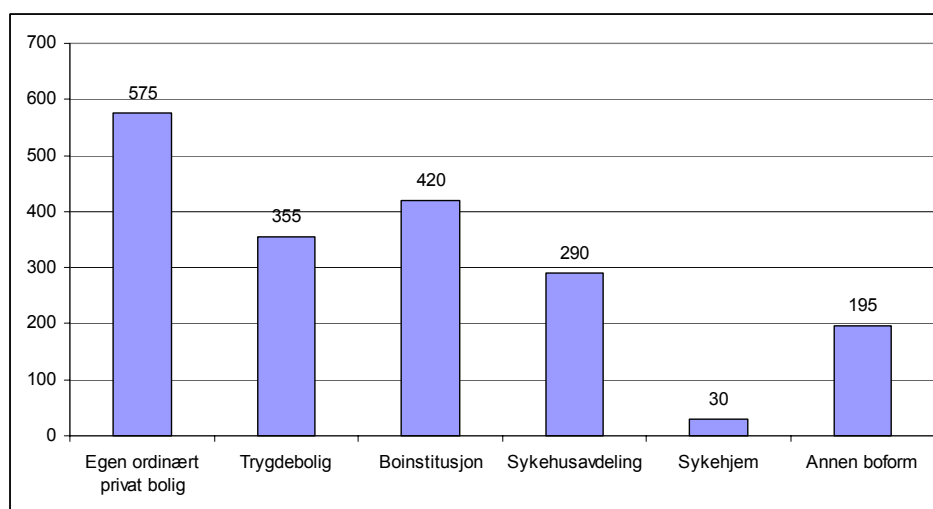
entydig dokumenteres ut fra datagrunnlaget i denne undersøkelsen. Men det framgår likevel entydig at Husbankens rolle og ansvar nettopp var *utformingen* av boligprosjektene. Dette skjedde i samarbeid med kommunene og i liten grad med involvering fra Fylkesmannen og andre aktører. Husbankens kompetanse om bygg, bolig og bomiljø har helt klart hatt stor betydning for at det ble bygget omsorgsboliger til psykisk syke med høy kvalitet og god tilpasning. Atskillelse mellom ansvar for tjenestene, som lå hos Sosial- og helsedirektoratet og Fylkesmannen, må antas å ha hatt betydning for at dette ble en boligsatsing og ikke en videreføring av institusjonstenkingen.

6.6 Hvor kommer beboerne fra?

Kommunene som har deltatt i vår undersøkelse har angitt hvor totalt 1764 beboere i omsorgsboliger bodde før de fikk sin nåværende bolig (Figur 6.5).

Omtrent en tredel av beboerne – 575 stykker – bodde i egne (eller foreldres) bolig før de fikk omsorgsbolig bygget innenfor Opptrappingsplanen for psykisk syke. En av fem bodde tidligere i trygdeboliger, mens det var svært få som bodde på sykehjem. Nesten en av fire bodde i institusjon knyttet til spesialisthelsetjenesten, og en av seks kom fra en sykehusavdeling.

Figur 6.5 Hvilken boform kommer beboerne av omsorgsboligene fra?



Det er forskjeller mellom regionene med hensyn til hvor beboerne av omsorgsboligene bodde før de fikk sin nåværende bolig (Tabell 6.19).

Tabell 6.19 Andel av beboerne i omsorgsboliger som kommer fra ulike typer boformer, etter husbankregion. Prosent

	Husbankregion					Totalt
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	
Ordinær privat bolig	50	38	41	48	38	43
Trygdebolig	15	21	14	22	28	20
Boinstitusjon	10	17	19	5	15	14
Sykehusavdeling	11	10	7	7	3	8
Sykehjem	1	0	6	3	2	2
Annen boform	11	14	13	15	15	13
Ubesvart	2	0	0	0	0	0
Totalt	100	100	100	100	101	100

I gjennomsnitt bodde omtrent halvparten av beboerne i region Øst og Region Midt-Norge i ordinære private boliger før de fikk omsorgsbolig. I Sør og Nord er tilsvarende under 40 prosent. I

Nord kommer flere beboere fra trygdebolig enn i de andre regionene. Vi kan også se en viss tendens til at beboerne av omsorgsboligene i regionene Øst og Sør i større grad enn beboerne fra andre områder kommer rett fra en sykehusavdeling.

Det er ganske store forskjeller mellom store og små kommuner med hensyn til beboernes tidligere bolig (Tabell 6.20). Andelen som kommer fra egen ordinær bolig synker med økende kommunestørrelse. Mens nesten 60 prosent av beboerne i omsorgsboliger i de minste kommunene tidligere bodde i ordinære boliger, er tilsvarende for de største kommunene bare en av seks beboere. I de større kommunene er det imidlertid flere som kommer fra boinstitusjon innenfor spesialisthelsetjenesten eller fra sykehusavdeling.

Tabell 6.20 *Andel av beboerne i omsorgsboliger som kommer fra ulike typer boformer, etter folketall. Prosent*

	Antall innbyggere					Totalt
	< 3000	3000-4999	5000-8999	9000-34999	35000 +	
Ordinær privat bolig	58	48	42	38	16	43
Trygdebolig	20	24	19	18	23	20
Boinstitusjon	6	7	14	20	22	14
Sykehusavdeling	0	1	8	10	29	7
Sykehjem	0	8	2	2	2	2
Annen boform	16	13	15	12	8	13
Ubesvart	0	0	0	0	0	0
Totalt (N=)	100 (37)	101 (24)	100 (35-36)	100 (58-59)	100 (12)	99 (166-168)

6.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi drøftet forhold knyttet til byggingen av omsorgsboliger i regi av Opptappingsplanen for psykisk helse, og sett nærmere på trekk ved de realiserte boligene. Analysene er

bygget på data fra spørreundersøkelsen til kommunene samt opplysninger gitt i intervjuer med personer som har sittet sentralt i implementeringen av boligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen.

Bygging av omsorgsboliger

Blant kommunene i vår studie har nesten tre av fire bygd omsorgsboliger med midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er relativt sett færre kommunene i husbanksregion Nord som har bygget slike boliger, sammenliknet med kommuner i andre regioner. Folkerike kommuner har i større grad enn mindre kommuner bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen. Blant de minste kommunene er det bare fire av ti kommuner som svarer at de har bygget omsorgsboliger til psykisk syke innbyggere.

Det er flere kommuner med en trang økonomi som har bygget omsorgsboliger enn kommuner med bedre økonomi. Men rikere kommuner som har valgt å bygge slike boliger har relativt sett bygget flere boliger i forhold til folketallet.

Det tok tid før kommunene kom skikkelig i gang med å søke om midler til bygging av omsorgsboliger, og ferdigstillelsen av boliger nådde en topp først i perioden 2005-2007. Spesielt i Region Nord ble det ferdigstilt få boliger i første halvdel av opptrappingsplanperioden.

Opptrappingsplanens kvoter og behovet for boliger

Blant våre informanter er det en klar oppfatning av at kvotene for omsorgsboligbyggingen innen psykisk helse var for små. Behovet for omsorgsboliger til psykisk syke var betydelig høyere i mange kommuner enn det som kunne realiseres med midlene fra Opptrappingsplanen.

Mental Helse og LPP påpekte dette i en tidlig fase uten å få gjennomslag. KS framholder at til tross for at behovet for boliger var større enn først beregnet, fikk ikke kommunene midler til å dekke behovet. Fastsetting av antall boliger/boenheter lå utenfor Husbankens mandat. Men underdekning av boligbehov er et hovedansvar for interesseorganisasjonene og KS og er derfor relevant i forhold til å se helheten i omsorgsboligsatsingen.

Ifølge rådgiverne hos Fylkesmannen rapporterte også kommunene om at kvotene var for små. Kommunene mente i 2005 at de hadde

behov for nærmere 3.000 *omsorgsboliger* ut over kvoten på 3.400 som er bygget eller anskaffet innefor Opptrappingsplanen. Senere undersøkelser viser at behovet for boliger innen psykiske helse er 4.500 boenheter. Helsedirektoratets framholder at boligbehovet innen psykisk helse kan dekkes på ulike måter: Opptrappingsplanen var ingen statlig forpliktelse til å gå inn med fulle dekning av alle utgifter. Man sa at staten tar ansvar for noe, så må kommunene og spesialisthelsetjenesten ta et ansvar.

Fikk kommunene avslag på søknader?

Det er imidlertid få kommuner som sier de fikk avslag på søknader om midler til bolig. Dette skyldes trolig at størrelsen på den enkelte kommunes kvote og normene for boligene har vært effektivt kommunisert til kommunene.

Det er flest kommuner som har opplevd å få avslag blant de minste og største kommunene, og blant kommunene i Region Vest. Noen av de minste kommunene hadde trolig for lavt folketall til å kunne få midler til å bygge.

Hvorfor har kommuner ikke bygget omsorgsboliger?

Kommunene som ikke har bygget omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen sier at den klart viktigste grunnen er at de har tilstrekkelig med boliger, og at alle i målgruppen har egnet bolig. En betydelig andel av kommunene oppgir dessuten at manglende midler til drifting av boligene har vært en viktig grunn til ikke å bygge.

Forsinkelser i byggingen av omsorgsboliger

Til tross for det store behovet for boliger til psykisk syke innbyggere, sier drøyt en av fire kommuner at de opplevde forsinkelser i ferdigstillelsen av omsorgsboligene. Særlig blant de største kommunene er det mange som oppgir at de har hatt forsinkelser.

Det finnes flere mulige tolkninger av hvorfor det tok så lang tid å få realisert omsorgsboligene. En tolkning er at kommunene så behovet, men av ulike grunner som er belyst flere steder i rapporten likevel ikke kom i gang. En annen tolkning er at behovet ble synliggjort for kommunene i løpet av satsingsperioden. En faktor her er at nedlegging av psykiatriske sykehjem gikk raskere enn antatt og bidro til et økt behov. En tredje tolkning er at

oppfatningen og forståelsen av behovene til psykisk syke personer endret seg og man mente etter hvert at flere burde ha egen bolig.

Kommunene selv oppgir naboprotester mot boligene, sen saksbehandling og manglende tomter som de viktigste grunnene til at omsorgsboligene er blitt forsinket. Disse ulike tolkningene eller forklaringene spilte sannsynligvis sammen.

Hva slags omsorgsboliger er bygget?

Et stort flertall av boligene bygget i regi av Opptrappingsplanen er bygget som bofellesskap, dvs. at boenhetene er samlokalisert og at det er fellesarealer for beboerne. I tillegg er en betydelig andel av boligene samlokaliserte boliger uten fellesareal, mens svært få boliger er bygget spredt i den ordinære bebyggelsen i kommunen. Høyest andel boliger i bofellesskap finner vi i kommunene i Region Sør. Kommunestørrelse har også betydning for hvordan omsorgsboligene bygges: jo større kommunen er, desto flere omsorgsboliger bygges i bofellesskap.

Et klart flertall av kommunene sier at de ikke har samlokalisert boliger for psykisk syke med boliger for andre grupper hjelpetrevende. Mellom en tredel og en firedel av kommunene har lokalisert boliger for psykisk syke innbyggere sammen med boliger for eldre, psykisk utviklingshemmede og/eller rusavhengige.

Det er ganske store forskjeller mellom kommuner i ulike regioner. I Region vest og Nord samlokaliseres oftest boliger for psykisk syke og rusavhengige, mens kommunene i Region Midt-Norge oftere samlokaliserer boliger for psykisk syke og eldre eller psykisk utviklingshemmede.

Vi finner en klar sammenheng mellom kommunestørrelse og tendensen til samlokalisering: jo mindre kommunen er, desto større tendens til å lokalisere boliger for psykisk syke sammen med boliger for eldre, og/eller boliger for psykisk utviklingshemmede.

Så å si samtlige boliger som er bygget innenfor Opptrappingsplanen er omfattet av en kontrakt mellom kommunen og beboeren, enten en ordinær husleiekontrakt eller en kontrakt med klausulering.

Ulike meninger om utforming av og kvalitet i omsorgsboligene

Husbankens fagfelt og mandat var ansvar for utformingen av selve boligene. De nasjonale normene for omsorgsboliger var i utgangspunktet utformet med hensyn på behovene hos eldre beboere. Diskusjonene om utforming og krav til boligene speilet i stor grad ulike synspunkter på hva som er en god bolig for psykisk syke. Husbanken opprettholdt langt på vei de etablerte standardene for boligene, men viste etter hvert noe mer fleksibilitet i forhold til for eksempel kravet om heis.

Interesseorganisasjonene har delte oppfatninger både om kvaliteten på boligene og hvorvidt brukernes synspunkter fikk gjennomslag. LPP framhever at de boligene som er bygget generelt har høy standard og kvalitet. Mental Helse mener at oppfatningen av psykisk sykes boligbehov var for snevert. Husbanken la for liten vekt på at psykisk syke er en heterogen gruppe. Mange har familie, mens omsorgsboligene i utgangspunktet var tenkt for en eller to personer. Mental Helse oppfatter at de fikk et visst gjennomslag på dette punktet.

Hvor kommer beboerne av omsorgsboligene fra?

Vi ba kommunene anslå hvor beboerne i omsorgsboligene bodde før de fikk bolig bygget med midler fra Opptrappingsplanen. Omtrent en av tre kom fra egen bolig, mens en av fem tidligere bodde i trygdeboliger. Omtrent fire av ti beboere kom rett fra sykehus eller en boinstitusjon tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

Det er store forskjeller mellom store og små kommuner i hvor beboerne i omsorgsboligene bodde før de fikk sin bolig. Jo mindre kommunen er, desto flere bodde tidligere i egen privat bolig. I større kommuner kom relativt flere fra en boinstitusjon i spesialisthelsetjenesten eller direkte fra sykehus.

7 Konklusjoner og refleksjoner

Hensikten med rapporten er å vurdere Husbankens arbeid med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hovedproblemstillingen for analysene har vært:

Kan forhold ved Husbankens arbeid og Husbankens samarbeid med andre instanser forklare trekk ved implementeringen av omsorgsboligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?

Selv om det er Husbankens arbeid som er hovedfokus i prosjektet, har det vært nødvendig å trekke inn andre elementer i implementeringen av Opptrappingsplanen, som kan være relevante i forhold til måloppnåelsen knyttet til bygging av omsorgsboliger for psykisk syke. Særlig ser vi nærmere på om det er forhold i Husbankens samhandling med kommunene som kan bidra til å forklare utviklingen i boligbyggingen innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse. Men også erfaringer og perspektiver til andre aktører – Fylkesmannen, Sosial- og helsedirektoratet, interesseorganisasjoner for brukere og pårørende – og selvsagt Husbankens egne erfaringer og vurderinger, inngår i rapporten.

I tillegg til et fylldig sammendrag av funnene i evalueringen foran i rapporten, har hvert av kapitlene en forholdsvis grundig oppsummering. I dette avslutningskapitlet vil vi derfor avgrense oss til å trekke fram noen sentrale funn og drøfte disse i et bredere perspektiv.

7.1 Husbankens rolle og arbeid

Det generelle inntrykket er at Husbanken har håndtert sine oppgaver knyttet til bygging av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse på en god måte. Husbankens oppgave, nemlig å sikre gode boligprosjekter med god standard, er

et av Husbankens tradisjonelle kjerneområder. Evalueringen viser at samarbeidspartnerne opplevde Husbanken som en profesjonell og faglig dyktig aktør.

I løpet av opptrappingsperioden for psykisk helse ble Husbanken regionalisert; flere oppgaver ble lagt til de seks regionkontorene og det ble innført en viss grad av arbeidsdeling mellom regionene. Ifølge våre informanter i Husbanken fikk regionaliseringen minimal, om noen, betydning for arbeidet med omsorgsboliger for psykisk syke. Hvert regionkontor arbeidet selvstendig med omsorgsboligsatsingen, men retningslinjene ble oppfattet som klare, og saksbehandlerne visste hvilke krav som skulle stilles til en omsorgsbolig. Det var rom for lokale tilpasninger i saksbehandlingen, og det var forskjeller mellom regionkontorenes håndtering av omsorgsboligbyggingen. Lokal tilpasning var imidlertid en del av Husbankens måte å arbeide på, og ble ikke oppfattet som en del av Husbankens regionalisering.

Satsingen på omsorgsboliger for psykisk syke fulgte rett etter en storstilt satsing på omsorgsboliger og sykehjem til eldre. I Husbanken ble disse to satsingene organisert sammen. Husbanken framhever denne samorganiseringen som en fordel; man kunne trekke veksler på erfaringene fra eldresatsingen i arbeidet med omsorgsboliger til psykisk syke. Evalueringen kan oppsummere at Husbanken i stor grad klarte å utnytte den kompetansen de hadde opparbeidet seg innenfor Handlingsplan for eldreomsorgen, samtidig som banken, i alle fall etter hvert, hadde tilstrekkelig fleksibilitet til å se hvilke distinkte behov som lå i målgruppen for Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Utbyggingen av omsorgsboliger til eldre la stor vekt på tilrettelegging for beboere med fysiske funksjonsnedsettelse som ville ha et pleie- og omsorgsbehov knyttet til fysisk svekkelse. Personer med psykiske lidelser hadde generelt helt andre hjelpebehov, som utløste andre utfordringer og diskusjoner med hensyn til utforming av boligene. I flere prosjekter ble retningslinjene og standardkravene for omsorgsbolig fraveket. De mest typiske eksemplene er at man kunne gå bort fra kravet om heis i tilpasning av eksisterende bygninger, og at det ble brukt mer plass til fellesarealer på bekostning av størrelsen på den enkelte boenhet.

Fleksibilitet i praktiseringen av retningslinjene førte også til at retningslinjene og normene for minstestandard i boliger ble endret.

Denne fleksible holdningen til praktiseringen av retningslinjene knyttet til boligbyggingen, blant annet innenfor Opptrappingsplanen innledet på sett og vis en ny epoke i Husbanken. Et av grunnprinsippene for omsorgsboligbyggingen og for mye av Husbankens arbeid ellers, er universell utforming; bolig og omgivelser skal utformes slik at de kan benyttes av alle⁷. Tilpasning av omsorgsboligene til ulike gruppers behov kan oppfattes å bryte med prinsippene for universell utforming. Men økt grad av tilpasningen har bidratt til å gi flere grupper en bedre bosituasjon (f.eks. Myrvold m.fl. 2009).

7.2 Normalisering og integrering

En grunntanke i Opptrappingsplanen for psykisk helse er normalisering og integrering. Psykisk syke skulle ut av institusjonene og bosettes i kommunene. Sann sett kan man si at boligsatsingen er en grunnstein i Opptrappingsplanen. Vi finner at tilnærmingen både i Husbanken og hos Fylkesmannen var en tydelig bolig-gjøring. Man skulle bygge og etablere boliger og ikke institusjoner. Det at Husbanken ikke uten videre gikk bort fra retningslinjene for omsorgsboliger, har etter vår vurdering bidratt til at det ble bygget boliger med høy standard og ikke en ny form for institusjon.

Evalueringen viser at svært få av boligene er spredt i den ordinære boligmassen. De aller fleste er bygget som bofellesskap eller er samlokalisert. Ut fra dette kan man stille spørsmål om satsingen likevel fikk et institusjonspreg, og at den ikke er helt i tråd med ønsket om integrering av psykisk syke i sitt lokalmiljø. Dette reiser et nytt spørsmål: Hva ligger i integrerings- og normaliseringstanken? Integrering kan bety integrering av boligene i den ordinære boligmassen, og at man blant annet unngår såkalte ”merkelapphus”, som skiller seg ut og signaliserer at dette ikke er ”vanlige” boliger til ”vanlige folk”.

En annen betydning er sosial integrering av menneskene. Psykisk syke mennesker kan ha problemer som blir en barriere mot sosial

⁷ Begrepet universell utforming ble tatt i bruk etter at Opptrappingsplanen hadde startet. Flere av informantene i evalueringen refererer imidlertid til universell utforming som et viktig element i omsorgsboligsatsingen i Opptrappingsplanen.

integrering og som medfører at de blir utestengt fra arbeidsliv, utdanning og andre viktige arenaer (den andre siden er at disse arenaene også utstøter psykisk syke). Det er ikke gitt at integrering av boligene, ved at de spres i den ordinære boligmasen, medfører økt sosial integrering av beboerne. Det kan like gjerne føre til økt sosial isolasjon. I Danmark brukes begrepet funksjonell hjemløshet om personer som har en leilighet men ikke kan bo der (Benjaminsen og Christensen 2007). I en undersøkelse av bostedsløshet blant psykisk syke personer i Norge fant Brodtkorb (2001) at noen av de som brukte tilbudene for bostedsløse hadde bolig, men at de oppholdt seg sjelden eller aldri i boligen.

Normalisering kan forstås som en annen side av integreringstanken. Begrepet normalisering brukes imidlertid på flere måter. Én retning hevder at normalisering innebærer at alle skal bo og leve "normalt". I boligsammenheng betyr det at folk skal bo i en vanlig bolig og på en måte som er allment akseptert som normal oppførsel i bomiljøet. Denne måten å bruke normalisering på oppfattes ofte som et krav om ensretting. En annen måte å definere normalisering på er å ta utgangspunkt i at folk har ulike behov, og at noen trenger hjelp og støtte for å kunne fungere i en bolig. Noen vil også ha store behov for en tilpasset bolig, enten det dreier seg om utforming, størrelse eller beliggenhet, og noen har store tjenestebehov. En del psykisk syke personer trenger en omsorgsbolig i nærhet av tjenester og i fellesskap med andre.

Vår oppfatning er at bofellesskap og samlokaliserte boliger ikke nødvendigvis er i strid med normaliserings- og integreringstanken. For noen kan et bofellesskap også gi mulighet for sosial integrering, mens en "integret" bolig kan føre til sosial isolasjon. Når psykisk syke bor samlokalisert i tette boformer med tilknyttede tjenester, vil det gjerne være en balansegang mellom det som kan defineres som "egen bolig" og det som bærer mer preg av å være institusjon. Hvorvidt boligen blir en institusjon eller en bolig har også sammenheng med organisering av tjenestene og tjenesteyternes tilnærming til sitt arbeid; om tjenesteyterne oppfatter at de arbeider i en institusjon eller yter tjenester til beboere i beboerens private bolig (Dyb 2005, Bjerke og Kvamme 2002).

Denne evalueringen har ikke sett på om omsorgsboligene innen psykisk helse har fått institusjonspreg. Våre funn underbygger at Husbankens retningslinjer for omsorgsbolig la vekt på boligbygging

og normalisering og var en viktig faktor i å motvirke institusjonspreg i boligene.

7.3 Ansvarsdeling og roller

Ulike aktører hadde klare ansvarsoppgaver knyttet til implementeringen av Opptappingsplanen. Samarbeidet mellom de ulike instansene ser ut til å ha fungert godt. Den klare ansvars- og arbeidsdelingen gjenspeiles blant annet i kompetansen i de to instansene. Husbankens kompetanse var dominert av arkitekter samt ingeniører og økonomer, mens svært mange av rådgiverne hos Fylkesmannen hadde utdanning innen pleie og omsorg og innen psykisk helse. Uklare eller overlappende ansvars- og rollefordelinger kan være en kilde til konflikter. Dårlige samarbeidsrelasjoner kan også oppstå dersom partene opplever at den andre ikke respekterer en gitt ansvars- og rollefordeling. I boligbyggingen innen Opptappingsplanen synes både ansvarsdelingen og aksepten av den andres kompetanse, roller og ansvarsområde å være klar og tydelig.

I dag er boligsosialt arbeid en viktig del av Husbankens arbeids- og ansvarsområde. Boligsosialt arbeid som fagligfelt er forholdsvis nytt og fremdeles under utvikling. Husbanken har en sentral rolle i å utvikle fagfeltet, blant annet gjennom støtte til boligsosiale utdanninger ved flere av landets høyskoler og utviklingsprosjekter i kommunene. Informantene fra Husbanken er samstemte i at boligsosialt arbeid ikke var tema under omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse. I etterkant kan man se at det lå en boligsosial tenkning bak fleksibilitet i saksbehandlingen og tilpasning av retningslinjene for omsorgsboliger, for å møte de ulike behovene til psykisk syke personer.

Det boligsosiale perspektivet innebærer en mer helhetlig tilnærning til ulike gruppers boligbehov. Utvikling av det boligsosiale feltet har gitt Husbanken mer helhetlige oppgaver knyttet til boliger for utsatte grupper, blant innen tjenester og oppfølging i bolig. Dette har to sider. På den ene siden kan dette medføre en bedre tilpasning av boligene og tjenestene til beboerne. Man kan tenke seg at dersom Husbanken hadde hatt en mer helhetlig rolle under omsorgsboligsatsingen, ville man kunne fått en bedre sammenheng mellom boligbyggingen og finansiering av tjenester. Evalueringen

viser at det var en viss ”konflikt” mellom finansieringen av boligene og finansieringen av tjenester i boligene. Manglende finansiering og planlegging av tjenester gjorde at noen av kommunene ikke ville bygge omsorgsboliger til psykisk syke. Evalueringen gir imidlertid ikke grunnlag for å si at dette ville blitt løst bedre dersom Husbanken hadde hatt et mer helhetlig ansvar.

Den andre siden er at ansvar for tjenesteyting til psykisk syke ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet og (i dag) Helsedirektoratet. Denne ansvars plasseringen er tydeligere når det gjelder personer med helseproblemer enn for eksempel den mer heterogene gruppen bostedsløse (som ikke er en sykdom, men som omfatter personer med betydelig tjenestebehov). Man kan også tenke seg at dersom Husbanken hadde hatt en mer omfattende rolle i omsorgsboligsatsingen, kunne samarbeidet og relasjonene til andre aktører blitt mer anstrengt. Forholdet slik det artet seg oppsummeres nå som svært godt.

Vi kan legge til at samarbeid – og samstyring – mellom ulike departement om tiltak for utsatte grupper er mer omfattende i dag enn det var særlig under første del av opptrappingsperioden. Det er grunn til å anta at det økte samarbeidet på departementsnivå er nødvendig for at etatene skal få til et helhetlig samarbeid. Ut fra en slik vurdering er det grunn til å anta at den tydelige rolle- og arbeidsdelingen mellom aktørene var viktig for å skape gode relasjoner, som man må anta har hatt positiv betydning for implementeringen av omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse.

7.4 Antall omsorgsboliger og boligbehov videre

Så godt som alle informantene våre framholder at det ble bygget altfor få boliger til psykisk syke personer. KS og brukerorganisasjonene mente det var behov for nesten dobbelt så mange boliger i forhold til kvoten på 3.400 boliger under Opptrappingsplanen. Senere undersøkelser har vist at kommunene samlet sett har behov for mellom 3.000 og 4.500 flere boliger til psykisk syke (Dyb og Nordlund 2006, Kalseth m.fl. 2008).

Fastsetting av kvotene og tallet på omsorgsboliger under opptrappingsperioden lå utenfor Husbankens ansvarsområde.

Kunne et mer helhetlig ansvar i Husbanken resultert i en mer tilpasset dimensjonering av tallet på boliger? Det er i høy grad et hypotetisk spørsmål. Omsorgsboligsatsingen var del av en omfattende reform innen psykiatri og psykisk helse. Oppfatningen av brukernes behov endret seg i løpet av opptrappingsperioden. Vi har i rapporten referert til undersøkelser som viser at spesialisthelsetjenesten i løpet av perioden i økende grad mente at pasientene hadde behov for et tilbud utenfor institusjon. Dette understreker at det ikke var enkelt å anslå behovet for omsorgsboliger i begynnelsen av opptrappingsperioden.

Omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse ble avsluttet i 2004 og den er ikke fulgt opp med en ny øremerket satsing. Kommunen skal nå benytte Husbankens generelle ordninger for anskaffelse av boliger til vanskeligstilte også til denne brukergruppen. Det er relevant å stille spørsmål om det er et stort udekket behov for omsorgsboliger, slik dette er definert, eller om det er behov for et bredt tilbud av ulike typer boliger til denne gruppen. I løpet av og etter omsorgsboligsatsingen i Opptrappingsplanen er det utviklet ulike boformer for grupper med en stor variasjon i behovet for bolig og oppfølging. Noe av dette har kommet i satsingene for å motvirke bostedsløshet. Feltet bostedsløshet, i den grad dette kan kalles et avgrenset politisk felt eller fagfelt, har på mange måter fått ta hånd om "restgruppene". En typisk "restgruppe" omfatter personer med dobbeltdiagnose (samtidig rus og psykiatri), definert ved at de verken blir akseptert i rusomsorgen eller i psykiatrien (Statens helsetilsyn 2000). Disse tilbudene er utviklet i samarbeid mellom kommunene, Husbanken og Helsedirektoratet (Myrvold m.fl. 2009; Dyb 2005). I tillegg til at Husbanken har fått en mer helhetlig rolle, er behovet for samarbeid mellom ulike instanser med ansvar for brukere med sammensatte problemstillinger blitt enda viktigere.

Ansvar for å framskaffe boliger og bosette personer som ikke klarer å finne en bolig på egen hånd er lagt til kommunene. Som påpekt i kapittel tre er retten til bolig svakt forankret i lovverket. Styrking av kommunenes evne og vilje til å framskaffe boliger er vesentlig for å dekke behovet til personer med psykiske lidelser. Evalueringen understreker imidlertid at det er tilsvarende viktig, og til dels en forutsetning for å få flere boliger, at kommunenes mulighet til å yte tjenester til beboerne styrkes. Husbankens rolle i en mer helhetlig sammenheng, og samarbeid med andre aktører

med et mer helhetlig ansvar for gruppen, kan bidra til å styrke kommunenes tjenesteyting.

7.5 Brukerinnflytelse

Evalueringen viser at brukernes organisasjoner i beskjeden grad var involvert i prosessen knyttet til bygging av omsorgsboliger innen Opptrappingsplanen. Husbanken sentralt og regionalt hadde svært liten kontakt med interesseorganisasjonene for brukere og pårørende. Tradisjonelt har Husbankens brukergrupper vært boligbyggelag, private boligbyggere og kommuner. Husbanken hadde også etablert en relasjon til brukerorganisasjoner for personer med fysisk funksjonsnedsettelse, og hadde opparbeidet en tradisjon for fysiske tilrettelegging av bolig og bomiljø. En forklaring på at det ikke ble etablert et samarbeid med brukerorganisasjonene innen psykisk helse kan være at de representerte grupper med en ny type behov.

En annen forklaring er manglende engasjement hos brukerorganisasjonene for utforming av boligene. Evalueringen viser at organisasjonene var opptatt av *antall* boliger, men at det i mindre grad var engasjert i *utformingen* av boligene. Mental Helse argumenterte for en større bredde i boligtilbudet og fikk til en viss grad gjennomslag for dette. Mental Helse uttrykker misnøye med at de ikke fikk gjennomslag for å øke antallet boliger. Husbanken hadde ingen innflytelse på omfanget av omsorgsboligsatsingen, og kravet om flere boliger var i realiteten rettet et annet sted. I senere prosjekter og satsinger har Husbanken samarbeidet (og samarbeider) med brukerorganisasjoner for vanskeligstilte grupper, som for eksempel WayBack (tidligere innsatte) og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO). Økt samarbeid med brukerorganisasjoner henger sammen med at boligpolitikken, og Husbankens oppgaver, i økende grad er målrettet mot vanskeligstiltes behov. Mangel på kontakt med brukerorganisasjonene under omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse kan forstås ut fra Husbanken så seg selv i en avgrenset rolle.

7.6 Avsluttende kommentar

I dette siste kapitlet har vi vektlagt noen funn i evalueringen og drøftet disse i forhold til Husbankens rolle under Opptrappingsplanen og i dag. Husbanken har fått utvidet sitt arbeidsfelt og fått en større rolle i senere satsingen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Husbankens oppgaver under omsorgsboligsatsingen innen psykisk helse var begrenset. Innenfor sitt fagfelt framsto Husbanken som en faglig dyktig og god samarbeidspartner for kommunene og Fylkesmannen. Evalueringen viser videre at Husbankens *bolig*fokus var viktig for å sikre at det ble bygget boliger og motvirker institusjonstenkning, som er grunntanken i Opptrappingsplan for psykisk helse.

Litteratur

- Askheim, O.P. (2003) *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal
- Benjaminsen, L. og I. Christensen (2007) *Hjemløshed i Danmark. National kortlægning. Rapport 07:22*. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd
- Bjerke, P. og E. Kvamme (2005) *Pleierne. Oppgaver, yrker og kompetanse*. Oslo: De Facto
- Brevik, I. (2003) *Handlingsplan for eldreomsorgen: Kommunenes vurdering av planen som redskap for utbygging av omsorgstjenestene*. NIBR-notat 2003:114. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Brodtkorb, E. (2001) *Bostedsløs i grenseland. Bostedsløst blant mennesker med psykiske lidelser i storby*. Oslo: Diakonhjemmets høskolesenter
- Dyb, E. (2003) *Prosjekt bostedsløse. Oppstartfas del 2. Evaluering av to kommuner og fire organisasjoner*. Prosjektrapport 358, Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Dyb, E., Solheim, L. J., Ytrehus, S. (2004) *Sosialt perspektiv på bolig*. Oslo: Abstrakt forlag
- Dyb, E. (2005) *Prosjekt bostedsløse – Evaluering av et fireårig nasjonalt prosjekt*. Byggforsk skriftserie 7, Oslo: Norges byggforskningsinstitutt

- Dyb, E. og K. Nordlund (2005) *Boligbehov i psykisk helsevern. Kartlegging av behov for tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser*. Byggforsknnotat 77, Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Dyb, E. (2006) *Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser. Vurdering av behovet 2006-2008*. Prosjektrapport 401, Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Dyb, E., M. K. Helgesen, K. Johannessen (2008) *På vei til egen bolig. Evaluering av nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet 2005-2007*. NIBR-rapport 2008:15, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Dyb, E. og K. Johannessen (2009) *Bostedsløse i Norge 2008 – en kartlegging*. NIBR-rapport 2009:17, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Daatland, S. O. (1994) *Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester*. Rapport nr. 1-94, Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Goffman (1967) *Anstalt og menneske*. København: Jørgen Paludans forlag
- Hagen, H. og T. Ruud (2005) *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne*. Trondheim: SINTEF Helse
- Hansen, T., M. Indset, T. Tjerbo og I. Sletnes (2009) *Fylkesmannen mellom lokalt folkestyre og statlig styring*. NIBR-rapport 2009:19. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Hovik, S. og T. M. Myrvold (2001) *Er der størrelsen det kommer an på? Små kommuners evne til å ivareta generalistkommunekravet*. Prosjektrapport 2001:8.. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Husbanken (2009) *Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. Drammen: Husbanken
- Husbanken (2007) *Kvartalsrapport 4. kvartal 2007*.
www.husbanken.no

- Husbanken (2007) *Eksempelsamling Universell Utforming*
<http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/1340/rapporten.pdf>
- Husbanken (1998) *Omsorgsboliger og sykehjem. En veileder for lokalisering, organisering og utforming*. Oslo: Husbanken
- Kalseth, J., I. Pettersen, B. Kalseth (2008) *Psykisk helsearbeid i kommunene. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsperioden*. Trondheim: SINTEF Helse
- Kalseth, J. (2003) *Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjon i tiltak og tjenester*. Trondheim: Unimed helsetjenesteforskning/SINTEF
- Lauvli, M. (1991) *Utbygging av serviceboliger i Norge*. Rapport nr. 1-94, Oslo: Norsk gerontologisk institutt
- Myrvold, T. M. (2004) *Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering*. Rapport 2004:12. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2005) *Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner*. Notat 2005:108. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Myrvold, T. M. (2006) *Kommunalt psykisk helsearbeid. Utviklingstrekk 2002-2005*. NIBR-rapport 2006:11. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2009) *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. NIBR-rapport 2009:4. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Myrvold, T. M., M. K. Helgesen, L. Knudtzon (2009) *Evaluering av storbysatsingen i psykisk helse*. NIBR-rapport 2009:24. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (under publisering)
- NOU 1992:1 *Trygghet – Verdighet – Omsorg*
- NOU 2001:22 *Fra bruker til borger*
- NIBR-rapport: 2009:25

- NOU 2002:2 *Boligmarkedene og boligpolitikken*
- Nørve, S., J. Christophersen, K. Denizou, D. Edvardsen, C. F. Øyen (2005) *Kunnskapsoversikt. Universell utforming og tilgjengelighet*. Prosjektrapport 392. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Reiersen, E. og E. Thue (1996) *De tusen hjem. Den Norske Stats Husbank 1946-1996*. Oslo: Ad Notem Gyldendal/Den Norske Stats Husbank
- Rundskriv U-10/2002 *Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold*
- Rundskriv I-4/1999 *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd til kommunene 1999*. Sosial- og helsedepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2003a) *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger IS-1127 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet m.fl. (2003b) *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006 IS-1128 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS-1332
- Steihaug, S. og M. Loeb (2007) *De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid – samhandling og organisering*. Trondheim: SINTEF helse/Oslo: KS
- Statens helsetilsyn (2000) *Personer med samtidig alvorlig psykiske lidelser og omfattende rusmisbruk*. Utredningsserie 10-2000
- St. meld. nr. 23 (2003-04) *Om boligpolitikken*
- St. meld. nr. 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*
- St. meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*

- St.meld. nr. 50 (1998-99) *Utjanningsmeldinga*
- St. meld. nr. 34 (1999-2000) *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*
- St.prp.nr. 63 (1997-98): *Opptrappingsplan for psykisk helse*
- St.prp. nr. 1 (1998-1999) (Sosial- og helsedepartementet)
- St.prp. nr. 1 (2001-2002) (Sosial- og helsedepartementet)
- St.prp. nr. 1 (2004-2005) (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sverdrup, S. (2002) *Evaluering: faser, design, gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sverdrup, S., T. M. Myrvold og L. Kristofersen (2007) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Sørensen, E. M., S. Hovik, H. Lorentzen, E. Nergaard og O. Rieper (2007) *Konsultationer og aftaler mellem stat og kommuner – i Norge og Danmark*, AKF Forlaget, Danmark
- Ulfrstad, L. M. (1997) *Bostedsløse i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet*. Prosjektrapport 216, Oslo: Norges byggforskningsinstitutt
- Weiss, C. (1998) *Evaluation*. New Jersey: Prentice-Hall
- Ytrehus, S. (1998) *Evaluering av tilskuddsordningen til bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Kommunal iverksetting*. Prosjektrapport 241, Oslo: Norges byggforskningsinstitutt

Vedlegg 1

Spørreskjema til kommunene

Norsk institutt for by- og regionforskning
Postboks 44 Blindern, 0313 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Kontaktperson: Evelyn Dyb
Prosjektnr.: O-2782



Respondentnummer

Kommunens erfaringer med bygging av omsorgsboliger for psykisk helse

Omsorgsbolig er betegnelsen på boliger etablert med tilskudd fra Husbanken. Målgrupper for omsorgsboliger er personer som har behov for tjenester og/eller behov for en tilrettelagt bolig. Målgruppene kan være eldre, psykisk utviklingshemmede eller, som i denne undersøkelsen, mennesker med psykiske lidelser. Innenfor Opptrappingsplanene for psykisk helse ble det satt av midler til bygging/anskaffelse av 3.400 boliger gjennom Husbanken i perioden 1999 til 2004.

Ikke alle kommuner har bygget eller anskaffet omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hvis din kommune *ikke* har benyttet seg av denne ordningen, vil bare et fåtall av spørsmålene i skjemaet være aktuelle å besvare. Vi ber likevel om at du fyller ut de relevante opplysningene etter beste evne.

Flere av spørsmålene dreier seg om forhold som ligger noen år tilbake i tid. Hvis ingen i kommunen er i stand til å svare på spørsmålene, vil vi gjerne ha beskjed om det. Kontaktpersoner ved NIBR er:

Forsker Evelyn Dyb, tlf. 22 95 89 75, epost: evelyn.dyb@nibr.no
Assistent Lisa Iversen Vrettos, tlf. 22 95 89 85, epost:
lisa.vrettos@nibr.no

1. Har kommunen bygget eller anskaffet omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse med midler fra Husbanken?

¹ Ja ² Nei Hvis kommunen ikke har bygget eller anskaffet omsorgsboliger, gå til spørsmål 15

2. Hvor mange omsorgsboliger har kommunen bygget innenfor Opptrappingsplanen med midler fra Husbanken, og når ble boligene bygget?

	1999- 2001	2002- 2004	2005- 2007	2008- 2009	Totalt
Antall boliger ferdigstilt					

3. Når søkte din kommune om å få midler til å bygge omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse første gang? Angi år

Årstall for første søknad om midler: _____

4. Fikk din kommune avslag på søknader om bygging av omsorgsboliger?

³ Ja ⁴ Nei

5. Ble boliger kommunen hadde fått tilskudd til forsinket?

⁵ Ja ⁶ Nei Hvis nei, gå til spørsmål 7

6. Hva var årsaken(e) til at ferdigstillelsen av omsorgsboligene ble forsinket? Angi årsakenes viktighet (ikke viktig, litt viktig, svært viktig)

	Ikke viktig	Litt viktig	Svært viktig
Manglende egnede tomter/bygninger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Problemer knyttet til å få omregulert tomter/bygninger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Sen saksbehandling innad i kommunen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Manglende økonomi til tjenester til beboerne i boligene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Innsigelser fra Fylkesmannen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Protester fra naboer til planlagte boliger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>

7. Har kommunen hatt direkte kontakt med Husbanken (regionkontoret) i forbindelse med bygging av omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse?

- ¹ Ja, flere ganger
² Ja, en gang/et par ganger
³ Nei Hvis nei, gå til spørsmål 9

8. Hvordan vil du karakterisere kontakten med Husbanken i forbindelse med bygging av omsorgsboliger innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse?

	Mindre god	God	Svært god
Kontakten med Husbanken har vært:	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>

9. Har kommunen hatt kontakt med representanter for Fylkesmannen (i starten Fylkeslegen) i forbindelse med bygging av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?

- ¹ Ja, flere ganger
² Ja, en gang/et par ganger
³ Nei *Hvis nei, gå til spørsmål 11*

10. Hvordan vil du karakterisere kontakten med representanten for Fylkesmannen i forbindelse med bygging av omsorgsboliger innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse?

	Mindre god	God	Svært god
Kontakten med representanten for Fylkesmannen har vært:	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>

11. Hva slags typer boliger har kommunen bygget innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse med midler fra Husbanken?

Boligtyper:	Antall
Bofellesskap (samlokaliserte individuelle boliger/boenheter med fellesareal for beboerne)	
Samlokaliserte boliger (individuelle boliger i samme bygning, oppgang e.l. uten fellesareal for beboerne – personalarealer o.l. holdes utenfor)	
Spredte boliger (enkeltboliger spredt i den ordinære bebyggelsen)	
Annet: (spesifiser):	

12. Hva slags kontraktsforhold eksisterer i de realiserte boligene?

	Antall
Ikke husleiekontrakt	
Husleiekontrakt med klausulering av boligen (Husleieloven § 11-1 og 11-2)	
Ordinær husleiekontrakt	

13. Er (noen av) omsorgsboligene til psykisk syke lokalisert sammen med boliger til andre grupper med omsorgsbehov?

	Ingen	Noen	Mange/ alle
Samlokalisert med omsorgsboliger til:			
Rusavhengige:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Psykisk utviklingshemmede:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Eldre:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Andre grupper: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

14. Hva har vært den tidligere bosituasjonen til dem som i dag bor i de omsorgsboliger som kommunen har bygget innenfor Opptrappingsplanen for psykisk syke. **Omtrent hvor mange** flyttet inn i omsorgsbolig fra:

	Antall
Egen ordinær privat bolig	
Fra trygdebolig eller annen bolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål	
Boinstitusjon knyttet til spesialisthelsetjenesten	
Sykehusavdeling	
Sykehjem	
Annen boform (spesifiser):	

For kommuner som **ikke** har bygget omsorgsboliger til psykisk syke under Opptrappingsplanen for psykisk helse:

15. Hva var årsaken(e) til at kommunen ikke bygget/anskaffet omsorgsboliger? Angi årsakenes viktighet (ikke viktig, litt viktig, svært viktig). Sette ett kryss på hver linje.

	Ikke viktig	Litt viktig	Svært viktig
Alle i den aktuelle målgruppen i kommunen hadde egnet bolig	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Kommunen hadde ingen brukere i den aktuelle målgruppen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Kommunen hadde tilstrekkelige boliger til den aktuelle målgruppen	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Kommunen hadde ikke økonomi til å yte tjenester til beboere i boligene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Tilskuddet fra Husbanken dekket for lite av kostnadene	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>
Kommunen hadde ikke egnede tomter	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>

16. Hva er kommunens vurdering av ulike sider ved Husbankens arbeid og ordninger? Vi ber deg ta stilling til følgende påstander ved å si deg helt uenig, uenig, enig eller helt enig.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Enig
Husbankens regler for bygging/anskaffelse av omsorgsboliger er ikke tilpasset behovene i vår kommune	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Husbankens veileder i bygging av omsorgsboliger har vært til stor nytte for kommunen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Husbankens regler for utforming av omsorgsboliger fungerer som en god norm for byggingen i vår kommune	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Husbankens normer for bygging av omsorgsboliger tar ikke hensyn til den store variasjonen blant psykisk syke	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Husbankens finansieringsordning for omsorgsboligbygging er en god ordning for kommunene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Finansieringen av driftingen av omsorgsboligene (tjenestene til beboerne) er for dårlig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Psykisk syke innbygges behov for bolig var allerede ivaretatt gjennom omsorgsboliger finansiert av Handlingsplanen for eldre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Opptrappingsplanen for psykisk helse burde ha avsatt mer midler til å utvikle tjenestene i det kommunale psykiske helsearbeidet og mindre til investeringer i boliger	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Takk for hjelpen!

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) er et uavhengig, samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt som utvikler og formidler forskningsbasert kunnskap til nytte for beslutningstakere og samfunnsborger

NIBR tilbyr handlingsorientert og beslutningsrelevant forskning og utredning for oppdragsgivere i offentlig og privat sektor og konkurrerer om oppdrag nasjonalt og internasjonalt. Instituttet legger vekt på være en konkurransedyktig bidragsyter til programforskningen i Norges forskningsråd og til internasjonale forskningsprogrammer, bl.a. i regi av EU. NIBR er en frittstående stiftelse, og realisering av instituttets forskningsmål forutsetter at driften går med økonomisk overskudd. Alt overskudd tilbakeføres til NIBR og brukes i tråd med instituttets formål.

NIBRs kjernekompetanse er by- og regionforskning. Dette er et bredt tverrfaglig og flerfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsfelt som bl.a. omfatter: analyser av samfunnsforhold og samfunnsendring i urbane og rurale samfunn og på tvers av regioner, sektorer og nivåer, analyser av regional utvikling og verdiskaping, areal- og boligplanlegging, forvaltning, demokrati og velferdsutvikling innenfor og på tvers av lokale samfunn, territorielle samfunnsanalyser koblet til studier av bærekraftig utvikling.

By- og regionforskning er et internasjonalt forskningsfelt, og NIBR engasjerer seg aktivt i internasjonal forskning på instituttets satsingsområder.

NIBR har 65 forskere med samfunnsvitenskapelig og planfaglig bakgrunn. Staben omfatter sosiologer, statsvitere, økonomer, demografer, antropologer, geografer, arkitekter, sivilingeniører og jordskifte-kandidater.



NIBR

Norsk institutt for
by- og regionforskning

Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Telefon 22 95 88 00
Telefaks 22 60 77 74
E-post nibr@nibr.no
www.nibr.no

Et institutt i Miljøalliansen