

Udekket behov for skjermede boliger for alvorlig psykisk syke med rusmisbruk

Bakgrunn. En del pasienter med kombinert alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk – ofte kalt dobbeltdiagnosepasienter – trenger bolig med bemanning. Omfanget av dette behovet var et av temaene for Statens helsetilsyns kartleggingsundersøkelse av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk i 1999. Boligdata fra den delen av kartleggingsundersøkelsen som ble gjennomført ved de psykiatriske avdelingene, legges frem i denne artikkelen.

Materiale og metode. Det ble gjort en tverrsnittsundersøkelse av pasienter med dobbeltdiagnose innlagt i psykiatriske avdelinger 27.1. 1999. I alt 310 slike pasienter ble registrert med bolig ved innleggelsen, planlagt bolig ved utskrivning og hva slags bolig som ville være best for den enkelte slik det ble vurdert av den kliniker som kjente vedkommende best – oftest en psykiater.

Resultater. 3 % av pasientene ble innlagt fra skjermet bolig, og 10 % ble planlagt utskrevet til slik bolig. Skjermet bolig ble antatt å være ideelt for 43 %. De fleste hadde behov for bolig med bemanning på dagtid, men en stor andel trengte også døgnbemannet bolig.

Fortolkning. Behovet for skjermede boliger for pasienter med dobbeltdiagnose er betydelig og representerer en stor utfordring for både kommuner og spesialisthelsetjenester.

Interessen for mennesker med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk – ofte betegnet som dobbeltdiagnosepasienter – har økt det siste tiåret. Det har vært en klar erkjennelse av at mange av disse menneskene lett faller mellom flere stoler og at de ikke har fått optimal behandling og oppfølging. En betydelig mengde forskningslitteratur har belyst disse problemene (1–5).

Pasientenes problemer blir ofte synliggjort gjennom deres vansker med å skaffe seg bolig og beholde denne over tid. Selv om friheten som er knyttet til en egen, selvstendig bolig i vår kultur er meget høyt verdsatt, kan slik bolig for mange med psykisk lidelse representere et tveegget sverd. Frihetens baksida kan være isolasjon og ensomhet (6).

I Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) *Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* påpekes behovet for omsorgsboliger for psykiat-

Knut Boe Kielland

knut.boe.kielland@eunet.no

Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål
Sanderud sykehus
2312 Ottestad
og
Hov legesenter
2860 Hov

Kielland KB.

Shortage of supported housing for patients with mental disorder and substance abuse.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2458–60

Background. Some patients with comorbidity of severe mental illness and substance abuse – often called patients with dual diagnosis – are in need of supported housing. The extent of this need was one of the aspects of a survey conducted by the Norwegian Board of Health in 1999. Findings concerning housing from one part of the survey, which included inpatients in psychiatric hospitals and clinics, are presented in this paper.

Material and methods. The survey was performed as a cross-sectional study of 310 dually diagnosed inpatients in Norwegian psychiatric institutions on 27 January 1999. Their housing at the time of admission, planned housing at discharge and ideal housing in the opinion of the clinician who knew the patient best – mainly a psychiatrist – were registered.

Results. At admission, 3 % were living in supported housing, while such housing was planned for 10 % on discharge. However, clinicians evaluated that 43 % ideally were in need of supported housing, most of them with support at daytime, but a substantial number needed support night and day.

Interpretation. The need for supported housing for patients with dual diagnosis is of significant magnitude and represents a challenge for communities as well as psychiatric services.

☞ Se også side 2428

riske pasienter (7). I Stortingsproposisjon nr. 63 (1997–98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006* forutsettes det at det skal bygges 3 400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, det vil si 7–8 boliger per 10 000 innbyggere (8). Gode boliger vil kunne være et av de viktigste kommunebaserte tiltakene når det gjelder opptrappingsplanen i psykiatri.

Gruppen av alvorlig psykisk syke pasienter med samtidig rusmisbruk hører med i dette bildet. I mange tilfeller er en form for kollektiv løsning mest aktuelt, enten ved samlokalisering av selvstendige leiligheter eller ved ulike typer kollektive leiligheter med bemanning på dag- eller døgnbasis. Bo-

liger med fast bemanning kalles ofte skjermede boliger. Slike boliger kan bidra til stabilisering og dermed økte muligheter for behandling, annen tjenesteyting, redusert rusmisbruk og bedret livskvalitet. Boligen kan i mange tilfeller være den sentrale arena for behandling.

Statens helsetilsyn utredet nylig behandlingsbehov og omfang av gruppen pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk (9). Som ledd i arbeidet ble det i 1999 gjennomført en kartleggingsundersøkelse hvor man tok sikte på å belyse en rekke forhold knyttet til ulike pasientgrupper karakterisert ved kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. I denne studien presenteres funn knyttet til den delen av kartleggingsundersøkelsen som ble utført i de psykiatriske avdelingene. Blant de forhold som ble undersøkt, var både aktuell bolig og hva slags boform behandlerne anså som ideelt for den enkelte pasient.

Målsettingen for artikkelen er å bidra til økt kjennskap til hva slags boliger denne gruppen pasienter har, samt hva slags type bolig behandlerne mener de trenger. Hva kjennetegner de pasientene som trenger bolig med bemanning, og hva er typisk for dem som i større grad kan klare seg selv?

Materiale og metode

310 pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig rusmisbruk ble kartlagt i en tverrsnittsundersøkelse ved landets psykiatriske avdelinger 27.1. 1999. Av 39 forespurte avdelinger deltok 28 (72 %) i undersøkelsen. Andelen av innlagte pasienter som ble registrert som dobbeltdiagnosepasienter var 14 %. Det kunne skjønnesmessig ikke registreres noen systematisk skjevhet når det gjaldt hva slags type psykiatriske avdelinger det kom svar fra.

Med alvorlig psykisk lidelse forstod man i denne undersøkelsen foruten psykose (affektiv eller ikke-affektiv) også alvorlig personlighetsforstyrrelse samt meget alvorlig depresjon, angst eller spiseforstyrrelse. Med alvorlig rusmisbruk forstod man misbruk som kom inn under definisjonene for enten skadelig bruk eller avhengighet i ICD-10 (10). Diagnoser og vurdering av misbruk var basert på klinikerens eller avdelingens oppfatning.

Pasientene ble kartlagt ved hjelp av et spørreskjema utarbeidet av forfatteren. Det ble spurt om hvilken type bolig pasienten hadde ved innleggelsen, hva slags bolig som var planlagt ved utskrivning og hva slags type bolig behandleren ville anse for å være ideell for pasienten. Behandleren skulle krysse av for ett av følgende svaralternativer:

- Midlertidig oppholdssted/bostedsløs
- Midlertidig bolig
- Bosatt hos nære slektninger
- Egen bolig
- Skjermet bolig med daglig tilsyn
- Skjermet bolig med døgnbemanning
- Ukjent
- Annet

Avdelingene ble bedt om at utfylling av spørreskjemaene ble utført av den behandleren som kjente pasienten best. Registreringene ble for 52 % av pasientene gjort av overlege, for 14 % av assistentlege, for 20 % av psykolog, for 7 % av sykepleier og for 7 % av sosionom.

Av de registrerte pasientene var 37 % kvinner. Hoveddiagnosene fordelte seg slik: 50 % hadde schizofrenilignende psykose, 20 % angst eller depresjon og 18 % alvorlig personlighetsforstyrrelse. Omkring 54 % ble oppfattet som rusmiddelavhengige, de øvrige hadde skadelig bruk. 40 % hadde alkohol som viktigste misbrukssubstans, 42 % illegale midler, 4 % benzodiazepiner og 13 % hadde blandingsmisbruk. Omkring 18 % hadde brukt sprøyter de siste seks måneder, 65 % hadde ikke gjort det og hos 17 % var dette ikke kjent.

Data er bearbeidet ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

Resultater

Type bolig ved innleggelse, utskrivning og antatt ideell bolig

Ved innleggelsen hadde 23 % av pasientene midlertidig bolig eller var bostedsløse (fig 1). Vel 20 % bodde hos nære slektninger og 53 % hadde en eller annen form for fast bolig. Bare 3 % bodde i skjermet bolig med bemanning på dag- eller døgnbasis.

Ved utskrivning var planen at noen flere skulle ha egen bolig og at færre skulle i midlertidig bolig eller bo hos nære slektninger. Andelen som skulle i skjermet bolig var steget til 10 %, hvorav de fleste i bolig med døgnbemanning.

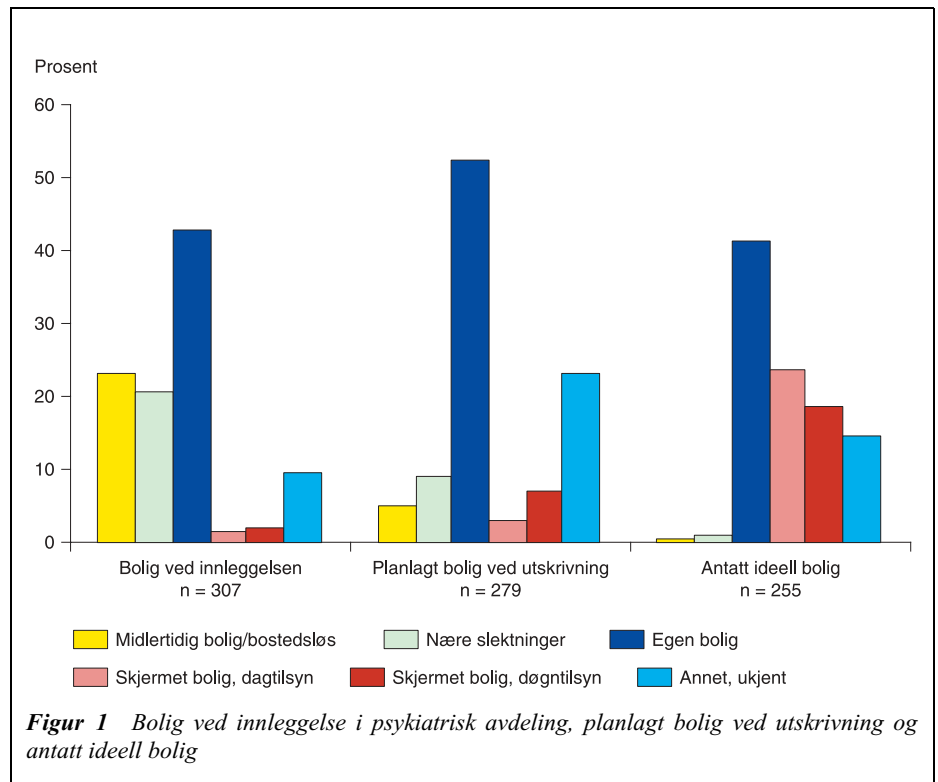
Ideelt mente behandlerne at 43 % av pasientene burde bo i skjermet bolig, og de fleste av disse trengte bolig med bemanning bare på dagtid. Andelen som ideelt sett burde bo i egen bolig, var noe lavere enn den delen dette var planlagt for ved utskrivning.

Bolig hos nære slektninger var vanlig ved innleggelsen, men ble nesten aldri ansett for å være noen god løsning. Slik bolig ble forsøkt unngått ved utskrivning, men det lyktes i bare vel halvparten av tilfellene.

Antatt ideell bolig etter boligtype ved innleggelsen

51 % av de pasientene som ved innleggelsen bodde midlertidig (inkludert bostedsløse) eller hos nære slektninger, burde ideelt sett fått tilbud om bemannet bolig. Slik bolig ble også antatt å være ideell for 35 % av dem som ved innleggelsen bodde i egen bolig.

Av de ni pasientene som allerede bodde i



Figur 1 Bolig ved innleggelse i psykiatrisk avdeling, planlagt bolig ved utskrivning og antatt ideell bolig

skjermet bolig, mente behandlerne at én (som var i skjermet bolig med dagtilsyn) heller kunne bo i egen bolig, mens de øvrige åtte fortsatt trengte en skjermet bosituasjon.

Av de 109 pasientene som ifølge behandleren ideelt sett burde ha skjermet bolig, hadde bare åtte (7 %) dette ved innleggelsen. For 22 (20 %) var skjermet bolig planlagt

ved utskrivning, for 16 av disse i bolig med døgnbemanning.

Bolig etter kjønn, diagnose og misbruk

For mennene planla man i større grad enn for kvinner utskrivning til skjermet bolig, men dette ble ansett for å være ideelt for en nesten like stor andel kvinner (tab 1).

Tabell 1 Skjermet bolig planlagt ved utskrivning fra psykiatrisk avdeling og skjermet bolig ansett som ideelt etter kjønn, psykiatrisk hoveddiagnose og hovedmisbruk

	Skjermet bolig planlagt ved utskrivning	Skjermet bolig ansett som ideelt	Antall totalt
	Antall (%)	Antall (%)	
Alle	23 (10)	103 (43)	242
<i>Kjønn</i>			
♂	18 (12)	67 (44)	151
♀	5 (5)	36 (40)	91
<i>Psykiatrisk hoveddiagnose</i>			
Schizofrenilignende psykose	20 (17)	75 (63)	120
Affektive lidelser og angstlidelser	2 (4)	11 (24)	46
Personlighetsforstyrrelser	1 (2)	9 (19)	48
<i>Hovedmisbruk</i>			
Alkohol	10 (10)	46 (47)	97
Opiat	2 (9)	5 (23)	22
Cannabis	9 (19)	23 (49)	47
Sentralstimulerende midler	1 (3)	14 (41)	34
Blandingsmisbruk	2 (6)	15 (46)	33

Spesielt pasienter med schizofrenilignende psykose trengte et skjermet botilbud, mens pasienter med affektiv lidelse, angst eller personlighetsforstyrrelse i større grad ble antatt å klare seg i egen bolig uten bemanning. 60 % av dem som ble innlagt etter § 5 i lov om psykisk helsevern burde ideelt sett hatt skjermet bolig, mens andelen var mye lavere (33 %) hos dem som ble innlagt etter § 3.

Bruk av sprøyter spilte i seg selv ikke noen avgjørende rolle for hva slags boligtype som ble ansett for å være ideell, men dette var forbundet med mangel på egen bolig ved innleggelsen.

Det var ingen sikker sammenheng mellom pasientens alder og behovet for skjermet bolig.

Diskusjon

Undersøkelsen indikerer at en stor andel av pasienter med kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ble utskrevet til boliger som ikke var ideelle ut fra deres forutsetninger og behov. Det var for få skjermede botilbud tilgjengelig i forhold til det behandlerne anså for å være ideelt.

Når det gjelder de pasientene som bodde hos nære slektninger, mente behandlerne at over 50 % burde bo i skjermet bolig. Sannsynligvis innebærer dette at pårørende har omsorgsoppgaver for sine psykisk syke og rusmisbrukende slektninger i en grad som verken er hensiktsmessig for pasient eller pårørende. Dette kan ha uheldig innflytelse på pårørendes helse (11). Det kan være rimelig å spørre om denne boformen også kan bidra til å vedlikeholde uheldige samhandlingsmønstre mellom pasient og pårørende.

En norsk studie fra 1997 viste at omfanget av bostedsløshet varierte sterkt med kommunestørrelse (12). Vår undersøkelse viste at både pasienter som bodde hos nære pårørende og pasienter klassifisert under «midlertidig bolig» – hvorav de fleste var bostedsløse – hadde spesielt stort behov for skjermet bolig. Behovet for slike botiltak er kanskje mest synlig hos de bostedsløse, som i hovedsak finnes i de større byene. Det er også stort, men kanskje mindre synlig, hos dem som bor hos nære slektninger.

Mye av det som internasjonalt er skrevet om boliger for psykiatriske pasienter med rusproblemer dreier seg om personer som også er bostedsløse, mens bare 14 % av dem vi her har omtalt, hører til i denne kategorien. Likevel er det grunn til å tro at mange av erfaringene fra forskning omkring bostedsløse psykiatriske pasienter også har relevans for dem som har en form for bolig. Noe av det vi fant, var jo nettopp at eksisterende bolig ofte ikke var ideell. Det gjaldt også en ikke ubetydelig andel av dem som faktisk hadde egen selvstendig bolig.

Et vanlig funn er at pasienter som i tillegg til alvorlig psykisk lidelse også misbruker rusmidler, har større vansker med å klare seg i egen bolig enn dem som ikke misbruker rusmidler (13, 14). Hurlburt og medarbeide-

re (13) fant at pasienter med alvorlig psykisk lidelse og stoffmisbruk hadde 2,7 ganger større risiko for ikke å oppnå stabil bolig enn personer som ikke misbrukte stoff. Tilsvarende overhyppighet ved alkoholmisbruk var 2,0. Goldfinger og medarbeidere (14) fant i en undersøkelse av hjemløse psykiatriske pasienter at rusmisbruk var den enkeltfaktor som sterkest disponerte for dager uten bolig.

Når det først foreligger en alvorlig psykisk lidelse, finner imidlertid noen forfattere at diagnosen ikke spiller noen avgjørende rolle for evnen til å klare seg i egen bolig (13). Dette er ikke tråd med vårt funn om at pasienter med schizofrenilignende psykose i større grad trengte skjermet bolig enn personer i andre diagnosekategorier. Vår undersøkelse inkluderte også pasienter som i utgangspunktet ikke var bostedsløse, men diagnosen hadde like stor betydning for boligbehovet i den undergruppen som før innleggelsen var bostedsløse.

Denne studien er basert på spørsmål til behandlere, ikke til pasientene selv. Dette kan være en svakhet. Det er sannsynlig at resultatet ville blitt annerledes dersom pasientene selv var blitt spurt. Når det gjelder vurdering av egnet bolig for bostedsløse viser flere studier at behandlere oftere foreslår kollektive boformer, mens pasientene selv foretrekker separat bolig (15). En amerikansk undersøkelse viser for øvrig at nettopp de psykiatriske pasientene som sterkest går inn for egen bolig, er de som også har rusproblemer. I etterundersøkelser har det vist seg at disse er de som klarer seg dårligst i en selvstendig bolig (16). De samme studier viser at det først og fremst er tanken på å bo sammen med andre psykiatriske pasienter som oppleves som negativt, ikke det at det er hjelpetiltak i form av personale knyttet til boligen.

Behandlers og pasienters ulikhet i preferanse når det gjelder type bolig vil sannsynligvis være en utfordring når boform for pasienter skal velges i praksis. Noen vil ønske seg en mer selvstendig bolig enn behandlere tror vil være realistisk. Andre vil føle at et mer kollektivt preget hjem med fellesfunksjoner og mindre isolasjon fungerer bedre. Spørsmål knyttet til skjermede boligers utforming, grad av toleranse i forhold til rusmisbruk og avvikende atferd, samt personalets størrelse og kvalifikasjoner, må tilpasses de enkelte pasienters behov og forutsetninger. Det er et klart behov for forskning på dette området.

Konklusjoner

Denne undersøkelsen viser at det er et stort behov for boliger med bemanning til psykiatriske pasienter med rusmisbruk. Å etablere gode boliger for denne typen pasienter er en utfordring ikke bare for kommunene, men også for psykisk helsevern, som nødvendigvis må delta i planlegging og oppfølging av pasienter i slike boliger.

Jeg takker Statens helsetilsyn som har stilt materialet til min disposisjon.

Litteratur

1. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 298–305.
2. Hall W. What has population surveys revealed about substance use disorders and their comorbidity with other mental disorders? *Drug and Alcohol Review* 1996; 15: 157–70.
3. Mueser KT, Drake RE, Noordsy DL. Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health* 1998; 4: 129–39.
4. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511–8.
5. Vaglum P. Psychopathology and substance abuse: clinical lessons from six Norwegian studies. *Psychiatria fennica* 1996; 27: 55–67.
6. Friedrich RM, Hollingsworth B, Hradek E, Friedrich HB, Culp KR. Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 509–14.
7. St.meld. nr. 25 (1996–97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
8. St.prp. nr. 63 (1997–98). Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
9. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. IK-2727. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
10. ICD-10. International classification of diseases. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
11. Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med* 1996; 42: 1691–701.
12. Ulfrstad LM. Bostedsløshet i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet. Prosjektrapport 216–1997. Oslo: Norsk institutt for byggforskning, 1997.
13. Hurlburt MS, Hough RL, Wood PA. Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 731–6.
14. Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS, Seidman L, Penk WE, Turner W et al. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 674–9.
15. Goldfinger SM, Schutt RK. Comparison of clinicians' housing recommendations and preferences of homeless mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 413–5.
16. Schutt RK, Goldfinger SM. Housing preferences and perceptions of health and functioning among homeless mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 381–6.