

Omsorgsboligene A-F på Åsgårdområdet - Tromsø kommune

Kari Aarøen

Online-versjon (pdf)

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

ISBN:

ISSN:



Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, har på oppdrag fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har ledet et nasjonalt temanettverk med fokus på "Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester".

Denne rapporten er en av i alt 11 rapporter som er utarbeidet i forbindelse med dette oppdraget.

Forord

Takk til alle som har bidratt til denne rapporten.

Ansatte i Psykiatrisk boligjeneste, og Rus- og psykiatritjenesten i Tromsø kommune, og i Ambulant rehabiliteringsteam UNN(Universitetssykehuset i Nord Norge), som velvillig stilte opp til intervjuer.

Leder av Psykiatrisk boligjeneste, **Dirk Seraphim**, som har vært sentral for driften i boligene i mange år, og har bidratt med informasjon og organisering av datainnsamlingen. **Tore Ødegård**, Fagutviklingskonsulent i Rus- og psykiatritjenesten Tromsø kommune som knyttet kontakt mellom temanettverket (NAPHA) og samarbeidsprosjektet som foranlediget boligene i Åsgårdveien. Han satt som representant i storbynettverket tilknyttet NAPHA, og ønsket å få sett nærmere på og få dokumentert de erfaringene som var gjort i dette prosjektet. **Rebekka Alne** (UNN HF) som har deltatt i temanettverket som eneste representant fra samarbeidsprosjektet og som har bidratt med informasjon, research og nyttige innspill i arbeidet med avslutningen av rapporten. Og **Ragnhild Viken** og **Heidi Høie** som gjennom søknaden til samhandlingsprisen, har vært en svært sentral kilde for denne rapporten når det gjelder historie, framvekst, faggrunnlag og erfaringer i samarbeidsprosjektet.

Fredrikstad januar 2013

Kari Aarøen

Innhold

Forord	3
1. Innledning.....	7
2. Metode/datasamling	9
- Skriftlige kilder	9
- Møter	9
- Fokusgruppeintervjuene.....	9
3. Teoretisk perspektiv	11
3.1 Systemiske determinanter	11
3.2. Organisatoriske determinanter	12
3.3. Relasjonelle determinanter.....	14
- Relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter	14
- Relasjonene tjenesteyterne imellom	15
- Relasjoner til andre	17
4. Omsorgsboligene A-F på Åsgårdområdet i Tromsø.....	19
4.1. Målgruppen	19
4.2. Samarbeidspartnere	20
- Pårørende	21
- Nabolag.....	22
- Andre samarbeidspartnere	23
- Spesialisthelsetjenesten.....	24
4.3. Forutsetninger og rammer	27
- Forberedelsesfasen - utvikling av samarbeid.....	27

- Å «eie» sin egen bolig.....	31
- Mangfold.....	32
- Organisering av arbeidet.....	33
- Ansattes engasjement.....	35
4.4. Tilnærminger og arbeidsmåter/metoder.....	36
-Å bry seg/se den andre.....	37
- Tid og kjennskap til	38
- Nærhet og distanse.....	40
- Tilgjengelighet	41
-De gode opplevelsene	42
- Rehabilitering - “Å være hverdagen”	44
5. Oppsummering og konklusjoner	47

1. Innledning

Høgskolen i Østfold har fått i oppdrag fra NAPHA(Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) å etablere et nasjonalt nettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Målsettingen for nettverket er å få frem god praksis i forhold til målgruppen, og å løfte frem nyttig kunnskap og gode eksempler som kan bidra til bedre tjenester for brukerne.

Målgruppen er nærmere beskrevet i IS-1554, og omhandler mange ulike enkeltindivider med sammensatte lidelser. Til tross for store individuelle forskjeller i fht. problemer og behov er fellestrekkene deres at de har sammensatte behov, behov for særskilt tilrettelegging, og ofte er i en livssituasjon preget av ustabilitet.

Bolig er et sentralt element i alle menneskers liv. Det handler om å ha et sted å trekke seg tilbake, et sted å ha kontroll over livet sitt, det er en basis for andre tjenestetilbud, demper stigmatisering, og styrker selvstendigheten (Forchuk & al, 2006) (Borg & al, 2005)

Intensjonene i “Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006” var også at flere skulle få et verdig og selvstendig liv i egen bolig.

For mennesker med sammensatte behov pga. psykisk lidelse, og eventuelt samtidig rusproblematikk kan det å skaffe seg bolig, og å klare å bo, være en utfordring. Det har etter hvert blitt økt fokus på dette problemet, og over hele landet er det under utvikling og utprøving mange ulike bo-former, og bo-mestrings tiltak.

Det finnes etter hvert en hel del dokumentasjon i i forhold til hva som er viktig når det skal planlegges, bygges og drive bofellesskap. Og det er etter hvert etablert ulike typer tilbud til mennesker med sammensatte behov. I Tromsø kommune gir Psykiatrisk boligjeneste døgkontinuerlig oppfølging til 32 beboere med omfattende psykiske lidelser og/eller rusproblemer som har utstrakt behov for oppfølging, støtte og bistand. Disse 32 beboerne bor i sine egne leiligheter som er samlet i 6 hus på Åsgårdområdet.

For at andre tjenesteytere skal kunne hente inspirasjon og kunnskap fra det arbeidet som er gjort og gjøres i Tromsø, vil jeg i denne rapporten beskrive og diskutere faktorer som har betydning for at 32 beboere med omfattende tjenestebehov har fått et mer verdig og selvstendig liv i egen bolig.

Det helt spesielle ved disse boligene er veien frem til realiseringen av dem. Det skyldtes et unikt samarbeid mellom Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) og Tromsø kommune. Dette samarbeidet førte både til at boligene ble en realitet, og at overgangen fra institusjonsliv til egen bolig ble best mulig for beboerne. Dette var en prosess som varte i 6 år, og har hatt betydning for samarbeidet mellom tjenestenivåene også i dag. (Samarbeidsprosessen vedlegg 1 og 2)

Svært sentralt er også den grunnleggende faglige tenkning som påvirket samarbeidsprosessen og realiseringen av boligene. Målet var å legge til rette for at beboerne skulle få tilbake sin verdighet og ta del i samfunnets fellesgoder, som bolig, trygg økonomi, fellesskap, nettverk, arbeid, og aktivitet.

2. Metode/datasamling

- Skriftlige kilder

“Forslag til kandidat til samhandlingsprisen 2008”, som er ført i pennen av Ragnhild Viken og Heidi Høie, forteller i detalj historien om boligenes planlegging og realisering. Den beskriver også det faglige perspektivet for prosjektet som førte til realiseringen av boligene i Åsgårdveien. Prosjektets historie, og den faglige grunntanken, er viktig for å kunne vurdere og forstå forholdet mellom tjenesteytere og beboere i dag, og beboernes mulighet til å leve et mer verdig og selvstendig liv. Jeg har brukt dette dokumentet for å beskrive deler av prosessen.

- Møter

Jeg har hatt samtaler med Ragnhild Viken og Rebekka Alne, som begge var sentrale i samarbeidsprosjektet i Åsgårdveien, med leder for Psykiatrisk boligjeneste i Tromsø kommune Dirk Seraphim, og med teamlederne i boligene; hvor fokuset var å få informasjon om drift og organisering. Informasjonen jeg fikk i disse møtene finnes igjen i denne rapporten, slik jeg forstod den.

- Fokusgruppeintervjuene

En annen viktig kilde til data er fokusgruppeintervjuer med ansatte i omsorgsboligene, og ansatte i ambulant rehabiliteringsteam. Det er en intervjuform hvor man samler et antall informanter og diskuterer et tema. Styrken ved denne intervjuformen er at man får frem ulike sider ved det som diskuteres umiddelbart, det kan også virke mindre truende på informantene å diskutere et tema sammen, enn å bli intervjuet individuelt. (Tjora 2010) En fare ved gruppeintervjuer kan være at informantene påvirker hverandre slik at de

fremstår som enige, slik at informasjonen ikke blir bred nok. Her hviler det et stort ansvar på intervjueren.

Intervjuene tok ca.1.5 time, og foregikk på et sted informantene var kjent. Gruppene bestod av 4 og 5 informanter. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert av intervjueren. Det ble laget en intervjuguide som hjelp for å strukturere intervjuene. Temaene for intervjuene var kjent for informantene på forhånd, men ikke intervjuguiden.

Informantene ble valgt ut av ledere for tjenestene, alle var ansatte som hadde direkte kontakt med beboerne i omsorgsboligene.

Jeg bruker ikke bare sitater fra intervjuene for å få frem informasjonen fra de ansatte i Tromsø kommune, og UNN(Universitetssykehuset i Nord-Norge) Jeg beskriver også på andre måter innholdet i det som blir sagt i intervjuene. Sitater fra intervjuene finnes igjen i teksten i kursiv.

3. Teoretisk perspektiv

Det må innsats til på flere områder, for at mennesker med psykiske lidelser med behov for omfattende tjenester skal få et verdig og selvstendig liv i egen bolig. Det handler både om å få tilgang til bolig, og å få hjelp til å leve i denne boligen. Det involverer flere offentlige etater og hjelpeinstanser, og det er et stort krav til samarbeid mellom disse.

Tilbud og tjenesteytingen påvirkes, hemmes eller fremmes av determinanter på tre nivåer, systemiske, organisatoriske og relasjonelle (San Martin-Rodriguez & al 2005). Jeg vil i denne rapporten belyse det arbeidet som gjøres i boligene i forhold til alle tre nivåene.

3.1 Systemiske determinanter

Systemiske determinanter kan være politiske føringer som «Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006».

Det kan handle om sosiale system som f.eks. hvilket kunnskapsgrunnlag som har høyest status, eller spesialisthelsetjenesten kontra kommunehelsetjenesten, utdanningssystemer, profesjoner og generelle lover. Dette kalles det ytterste nivået, og setter rammer for determinanter på andre nivåer (San Martin-Rodriguez & al 2005).

I forbindelse med “Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006”, ble det mulig for kommunene å få økonomisk støtte gjennom husbanken til etablering av omsorgsboliger. Å ha mulighet til å bo i egen bolig var en statlig målsetting for mennesker med psykiske lidelser med omfattende behov for støtte og omsorg.

Det var et uttrykt ønske at kommunen, og ikke spesialisthelsetjenesten, skulle være hverdagsforankringen i folks liv. Å bo i egen bolig skulle gi den enkelte mulighet til å leve et liv “i pakt med sine ønsker, ressurser og forutsetninger”, og få et mer verdig og selvstendig liv(Viken & Høie 2008).

Til tross for økonomiske muligheter og politiske føringer, var det i 2001 ingen planer om bygging av omsorgsboliger i Tromsø kommune. Det var enighet om at behovene for boliger var det stor, men det var usikkert om kommunen ville klare å realisere boliger i løpet av perioden for opptrappingsplanen.

“Råd for psykisk helsevern, Tromsø og Karlsøy” ble konstituert våren 2001, og ble en pådriver for arbeidet med etablering av boligene. Etter oppfordring fra rådet ble det utviklet en prosjektskisse mellom UNN og Tromsø kommune om et omfattende samarbeidsprosjekt for å realisere boligene. I 2002 vedtok Tromsø kommune å innarbeide samarbeidsprosjektet i sin psykiatriplan (Viken og Høie 2008). Oversikt over samarbeidsprosjektets aktører, innhold og historikk se vedlegg 1 og 2. Arbeidet med å realisere boligene startet i 2001, og i 2007 var målet nådd, de 32 menneskene i målgruppen var etablert i egen bolig i Tromsø kommune.

3.2. Organisatoriske determinanter

Organisatoriske determinanter handler om den organisatoriske sammenhengen tjenestene foregår innenfor. Organisasjonsstruktur er en betydningsfull rammefaktor(Egeberg 2001, Holck 2005, Møller 2006 og Hansen 2007).

Hierarkiske linjeorganisasjoner er først og fremst bygd for å ivareta arbeidsdeling og kommunikasjon mellom overordnede og underordnede. Det kan være en utfordring for samarbeid om individuelt tilpassede tjenester for enkeltpersoner.

Et viktig spørsmål her er om organiseringen preger hvilket fokus tjenesteyterne har. Er tilbudet organisert etter hvilke oppgaver som skal løses, eller etter hvilke behov brukeren har? For mennesker med sammensatte omsorgsbehov har det vist seg at hvis vedtak om innhold i tjenestene avgjøres av andre enn de som utfører dem, så kan tjenestene bli dårligere (Bestiller-/utførermodellen) (Ramsdal & Hansen 2005, Hansen, Kirchoff & Ramsdal 2009).

Det er etterhvert en større forståelse for at om man skal yte et helhetlig tjenestetilbud til mennesker som har behov for omfattende tjenester, så er det problematisk med mange ulike oppgaveorienterte tilbud. Det etableres løsninger der man har en tjeneste som er individorientert og som tar ansvar for å sørge for at flere tjenester samarbeider om å få til et helhetlig tjenestetilbud.

Omsorgsboliger, eller andre boligsosiale tilbud har en slik organisering, hvor en koordinator eller primærkontakt samordner tilbudet. Om en slik organisering faktisk fører til et samordnet og helhetlig tjenestetilbud påvirkes av flere faktorer.

De ansatte i boligene i Åsgårdveien beskriver at det er beboernes behov som ligger til grunn for det arbeidet som gjøres i boligene. Den store friheten de har i arbeidet sitt, med vektlegging av «de gode opplevelsene» mer enn bare planlagte aktiviteter mener jeg støtter opp under dette. Det beskrives også en sterk samarbeidsvilje ifht. andre etater og omsorgsnivåer, noe som taler for at grunnlaget for et helhetlig tjenestetilbud er sterkt tilstede.

Organisatoriske determinanter setter rammer for neste nivå som er relasjonelle determinanter.

3.3. Relasjonelle determinanter

De relasjonelle determinantene handler om forholdet mellom tjenestemottakeren, tjenesteyterne og samarbeidspartnere.

Dette sentrale nivået gjør seg gjeldende i diskusjonene i hele kap.4 i denne rapporten.

Det relasjonelle nivået preges av en rekke ulike behandlingsteknikker – de fleste av disse er mest relevant for spesialisttjenestene og blir derfor ikke tatt opp her. Hubble & al (1999) konkluderer med at behandlingsteknikker er av underordnet betydning for terapieresultatet. De deler faktorene som har betydning for brukerens bedring inn i følgende fire kategorier:

- Utenomterapeutiske forhold (40% betydning)
- Relasjonelle forhold til behandlingsapparatet(30% betydning)
- Håp, tro og forventninger(15% betydning)
- Behandlingsteknikk/-modell (15% betydning)

I hvilken grad en slik inndeling prosentvis kan overføres til norske forhold er vanskelig å si, men det illustrerer at det må være fokus på flere forhold samtidig.

- Relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter

Den terapeutiske relasjonen er avgjørende for i hvilken grad tjenestene fungerer. Viktige elementer her er for eksempel individuelle holdninger blant tjenesteyterne. Det ser ut som om en del sentrale begreper som respekt, følelse av å bli sett etc. er avgjørende for i hvilken grad tjenestemottakerne kan nyttiggjøre seg det tilbudet de får. Relasjonelle forhold til behandlingsapparatet som omsorg, respekt, empati og brukermedvirkning har 30% betydning for bedringsprosessen (Hubble & al 1999)

“Gode hjelpere” kjennetegnes ved tilgjengelighet, likeverd, håp, å være snill, tålmodig, og ha humoristisk sans. I tillegg er det viktig at hjelperne er i stand til å gjøre uventede ting, at de kan avvike fra reglene dersom det er nødvendig. Det er ikke egenskaper ved tjenesteyter, eller tjenestemottaker som er avgjørende, det er det som skapes mellom dem (Borg & Kristiansen 2004) Håp, tro og forventninger har 15% betydning i forhold til bedringsprosessen. Opplevelsen av at noen virkelig vil hjelpe har også hjelpende effekt i seg selv (Hubble & al 1999).

Brønne(2007b) beskriver i sine rapporter om tilrettelagte boligtilbud til målgruppen, at beboerne gir klart uttrykk for at de etablerer gode relasjoner til biveilederne slik at de fungerer både som støtte i forhold til daglige utfordringer, og som koordinatorene overfor resten av tjenestene. I denne sammenhengen fremheves også fleksibiliteten til biveilederne – de er fleksible både i forhold til hvilke oppgaver de løser og i forhold til arbeidstid. Det siste bidrar også til at tilgjengeligheten oppleves som stor både fra beboerne og fra samarbeidspartnere.

Opplevelsen av å bli tatt på alvor skaper positive relasjoner hos brukeren (Borg & al 2005) Å legge til rette for brukermedvirkning er nå en del av den profesjonelle kompetanse (Helgesen og Hansen 2010)

- Relasjonene tjenesteyterne imellom

Forholdet mellom tjenesteytere har betydning for tjenestemottakernes muligheter til endring og bedring. Det fremheves at vilje til samarbeid, tillit til samarbeidspartnere, og kunnskap om samarbeidspartneres ansvar og arbeidssituasjon, er av sentral betydning.

Øvertveit (1996) beskriver 5 faktorer som virker hemmende eller fremmende på samarbeidet i personalgruppen:

	Fremmer helhet	Hemmer helhet
Integrasjon	Team som oppfatter seg som et fellesskap der man utformer beslutninger og behandlingsstrategi i fellesskap og der teammedlemmene føler seg forpliktet av de felles beslutningene og den felles strategien	Uforpliktende nettverksmøter der medlemmene møter når de kan og hvor de mer informerer hverandre enn avklarer en felles strategi. Noen ansvarsgruppemøter synes å fremstå på denne måten
Kollektivt ansvar	Alle teammedlemmene føler seg ansvarlig for at brukerne får de tjenestene som teamet i fellesskap skal yte.	Hvert teammedlem føler seg bare ansvarlig for de oppgavene som vedkommende har blitt tildelt
Medlemskap	Medlemmene i teamet er heltidsmedlemmer i teamet. Det er den strategi og de beslutninger som utformes i teamet som er avgjørende for hva hver enkelt skal gjøre.	Medlemskapet i teamet er et deltidsmedlemskap der medlemmene først og fremst er medlemmer i en linjeorganisasjon og har både lojalitet og sine forpliktelser i linjen.
Behandlingsforløp	Behandlingsforløpet skjer slik at flere teammedlemmer må yte et tilbud samtidig i form av et koordinert og helhetlig tilbud.	Behandlingsforløp kan avgrenses slik at det enkelte teammedlem har ansvar enten for hver sitt samtidige tilbud, eller at de gir tilbud suksessivt.
Ledelse	Teamleder har full instruksjonsmyndighet overfor de andre teammedlemmene i forhold	Teamleder har liten eller ingen myndighet overfor de andre medlemmene. Medlemmene står fritt til å

	til de tjenestene som teamet skal yte. Dette gjelder uavhengig av om medlemmene er heltids- eller deltidsmedlemmer i teamet.	gjøre som de vil eller som de blir instruert til av andre, for eksempel linjeledere
--	--	---

- Relasjoner til andre

Utenomterapeutiske forhold som bolig, arbeid, aktivitet og sosialt miljø har 40% betydning for bedringsprosesser (Hubble & al1999) Bolig er viktig fordi brukeren gis tillit og ansvar, og fordi den er en viktig arena for tjenestetilbud. Sosialt nettverk kan bestå av naboer, familie (selvhjelpsordninger), eller kanskje bare en bestemt person.

4. Omsorgsboligene A-F på Åsgårdområdet i Tromsø

Psykiatrisk Boligtjeneste i Rus- og Psykiatritjenesten i Tromsø kommune har ansvar for “Omsorgsboligene A-F på Åsgårdområdet i Tromsø”.

Det er 6 boliger med 32 leiligheter til sammen. Hver bolig har fellesarealer hvor beboerne kan være sammen med andre etter eget ønske. Fellesarealene består av stue med fjernsyn, og kjøkkenkrok. Bruken av fellesarealene varierer fra hus til hus, og over tid. Det kan også se ut som de ansattes innsats har betydning for variasjonene. Dynamikken i husene er veldig forskjellige. Forskjellene varierer i fht. om beboerne er i aktivitet, jobb, eller etter alder.

Beboerne i boligene har behov for varierende grad av døgntkontinuerlig oppfølging av faglige ansatte.

4.1. Målgruppen

Tromsø kommune(Rus – og psykiatritjenesten), og Universitetssykehuset i Nord Norge(Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, og Allmennpsykiatrisk avdeling), var hovedaktører i et samarbeidsprosjekt for å kunne realisere boligtilbud for 32 personer mellom 20 og 63 år.

Av disse 32 personene var det flest menn, hovedsakelig med schizofrenidiagnoser og hvor mer enn halvparten av dem hadde et samtidig rusmisbruksproblem. Alle hadde hatt innleggelser i spesialisthelsetjenesten, varierende fra korte opphold i ungdomspsykiatrisk institusjon, hyppige akuttinnleggelser ved Allmennpsykiatrisk avdeling, innleggelser i rehabiliteringsopplegg ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, og noen hadde hatt over 30 års innleggelse i psykiatrisk sykehus. I 2001 var det registrert

29 personer ved Universitetssykehuset i Nord Norge(UNN) med tilhørighet til Tromsø kommune som på grunn av boligmangel var innlagt ved Allmennpsykiatrisk avdeling eller Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn. Helt fra tidlig på 1990-tallet hadde enkelte av dem søkt kommunen om bolig.

Felles problemer var dårlig bo- evne, og ingen, eller dårlige boforhold, stor sårbarhet, og varhet for relasjonsbrudd og forandringer generelt, lavt funksjonsnivå, store og sammensatte bistandsbehov(Viken & Høie 2008)

De ansatte i boligene beskriver målgruppen slik:

“de mest skinnløse av de skinnløse”,

“mennesker nederst på rangstigen”

“Mennesker med rusproblemer og som har vært utsatt for grove overgrep”

Og problemene målgruppen har

“De har ikke-eksisterende selvaktelse og selvtillit”

“Psykose, angst, paranoiditet”

4.2. Samarbeidspartnere

Det er mange aktuelle samarbeidspartnere for beboere og ansatte. Sosialt miljø, som naboer, familie (selvhjelpsordninger), eller kanskje bare en bestemt person, er en del av de utenom terapeutiske forholdene som har 40% betydning for bedringsprosesser(Hubble & al 1999).

I arbeidet med å realisere og etablere boligene i Åsgårdveien, ble «utenomterapeutiske forhold» sterkt vektlagt.

- Pårørende

Filosofen Martin Buber (i Borg & Topor 2003) er opptatt av å skille mellom det mellommenneskelige og det sosiale. Familien regnes som å tilhøre det mellommenneskelige og handler om at partene har oppmerksomheten rettet mot hverandre, man er hverandres subjekt. Man er partnere i en livshendelse. Det betyr at støtte til pårørende/familie har direkte verdi for pasientens/beboerens bedringsprosess (Borg & Topor 2003)

Parallelt med byggingen av husene ble det innvilget Ekstramidler til et pårørendeprojekt som gikk over to år. Dette ble i utgangspunktet drevet av spesialisthelsetjenesten, men etter hvert i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Målsettingen var å etablere en egen arena for de pårørende. Dette resulterte i et stort engasjement for utviklingen av husene og miljøet rundt dem. Etter at ekstramidlene tok slutt, har dette engasjementet fortsatt, men i mindre skala. Det er nå pårørendesamlinger to ganger i året der målgruppen er utvidet til flere enn beboerne i husene. At de pårørendes engasjement har endret seg kan også ha sammenheng med at beboerne er kommet i forskjellige faser i livet, og har ulike behov og utfordringer. For eksempel er det noen som ruser seg mer, mens andre orienterer seg ut av huset. De ansatte fungerer ofte som «igangsettere» og «lim». Da pårørendeprojektet tok slutt påvirket også dette de ansattes engasjement.

Beboerne har nå varierende kontakt med pårørende. Et hus har egen pårørendegruppe som arrangerer dugnader og fester. Det er ganske godt oppmøte på disse arrangementene. Noen pårørende har kontakt seg i mellom. Andre kan ha telefonkontakt, delta i ansvarsgrupper, på fester, eller kommer på

besøk. Det virker som det er viktig for pårørende å møte andre pårørende. De diskuterer *“kampen mot systemet”* (spesielt for de beboerne med rus og schizofreni-problematikk)

De ansattes jobb overfor foreldrene er ofte å være

“en skulder å gråte på”

“å være skuldra”

Det kan også være en utfordring å samarbeide med pårørende. Noen pårørende *“saboterer opplegget”* og blir motarbeidere, mer enn medarbeidere. *«Dette kan skyldes sorg»*, mener noen av de ansatte.

Pårørende kan være veldig engasjerte også på en uheldig måte, hvor de blir medmisbrukere fordi de gir sin *“beboer”* penger til mer rusmidler. De *«spiller ikke på lag»* med de ansattes planer og tiltak.

Beboerne vet ofte hvilke knapper de skal trykke på for å få sympati fra sine pårørende. Derfor kan det være en utfordring å samarbeide med pårørende.

“Vi drar ikke alltid i samme retning”

- Naboskap

Det legges vekt på å legge til rette for å utvikle naboforhold i husene gjennom fester, turer, sammenkomster og dugnader. De ansatte understreker at de er bevisste på å være vår på relasjonsbyggingen mellom beboerne i fellesarealet. De lar den få utvikle seg av seg selv. Naboskap er en del av det naturlige miljø. Det kan representere sosial støtte, nærhet og vennskap (Hubble & al 1999) Borg & Davidson (2008) understreker at det er best å gi hjelp i naturlig miljø.

Det sosiale fellesskap handler om felles erfaringer, og et kollektivt samvær i grupper, som ikke nødvendigvis innebærer svært personlige relasjoner.

Mennesket er et sosialt vesen, og utvikler seg i sosiale sammenhenger i samspill med andre. Fellesskap kan representere befrielse fra ensomhet, fremmedgjøring og hjelpeløshet, noe som har betydning for bedringsprosesser (*Buber gjengitt i Borg & Topor 2003*) (Borg & Topor 2003)

Noen av de ansatte bemerker at noen hus ikke er satt sammen av beboere som passer sammen. Det mener de kan være grobunn for "hus"- konflikter. Slike konflikter kan bidra til læring og mestring av dagliglivet. Når de ansatte beskriver rehabiliteringsarbeid (kap.4.4.3 s.) beskriver de det som å «*være hverdagen*», og at dagligliv og hverdagsliv er en form for «*oppdragelse*» og læring. Det å lære seg å håndtere konflikter kan være en del av en rehabiliteringsprosess.

- Andre samarbeidspartnere

Alle beboerne har fastlege.

Støttekontakter er en viktig støttespiller og samarbeidspartner for beboerne og de ansatte, men er vanskelig å få tak i. Det understrekes at det burde satses mer på dette, og burde vært mer prestisje i å være støttekontakt.

NAV bistår, etter initiativ fra de ansatte i boligene i fht. arbeid og aktiviteter for enkeltbeboere. Det gjelder spesielt de yngre beboerne. Det har vært ønskelig å involvere NAV noe mer, men det har ikke vært mulig foreløpig. De bistår gjennom sine tiltaksleverandører som er ASVO, Tromsprodukter, og Musketerene (Samarbeidsprosjekt mellom kommunen, UNN og NAV), og delvis Fontenehuset. 5-7 stykker deltar i forskjellige aktiviteter gjennom disse tiltakene.

Hovedfokuset for Nettverket og NAPHA har vært å få beskrevet ulike boformer, og hvilke suksessfaktorer som bidrar til at mennesker lykkes i å få et mer selvstendig liv. Arbeid og aktivitet er en suksessfaktor i så måte, men har ikke fokus i denne rapporten.

Det ble tidlig etablert et godt samarbeid med politiet for å øke tryggheten for beboerne. Politiet kjører enkelte turer rundt i området, og har også gjennomført undersøkelser i enkelte leiligheter hvor det har vært mistanke om kjøp og salg av narkotika. Dette er åpenhet rundt dette temaet, og det har bidratt til trygghet for alle beboerne; også de som ruser seg.

Politiet ber ikke ansatte i boligene om å hente noen av beboerne hvis de finner dem i byen. Men de kan ta kontakt for at de ansatte skal vite at vedkommende som eventuelt er borte lever. Erfaringen er at beboerne selv klarer å komme seg tilbake til boligen når de har vært borte en stund

- Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner. Foruten akuttavdelinger, og akutt-teamet, som på dagtid er behjelpelig ved frivillige innleggelser, så er samarbeidet med fagkonsulentene i ambulanserehabiliteringsteam spesielt viktig. Det ligger statlige føringer til grunn for å opprette Ambulanserehabiliteringsteam i de distriktsspsykiatriske sentraene (DPS).

Mot slutten av samarbeidsprosessen, i forbindelse med at kommunen overtok det fulle driftsansvaret for husene, og spesialisthelsetjenesten trakk seg ut, ble Ambulanserehabiliteringsteam opprettet. Forløperen var rehabiliteringsavdelingen og treningsleilighetene (se vedlegg 1 og 2)

Ambulant rehabiliteringsteam kan regnes som sentral for beboernes bedringsprosesser fordi de representerer det som Hubbles & al(1999) kaller relasjonelle forhold (30% betydning), og behandlingsteknikk/modell (15% betydning).

De ansatte i ambulant rehabiliteringsteam kalles fagkonsulenter. De har en utadrettet virksomhet, hvor de møter brukerne på sin egen arena, i sitt eget hjem. De regner seg som et supplement til det arbeidet som ansatte i boligen gjør.

“Vi tar de oppgavene kommunen ikke rekker”

«Vi er brobyggere mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten».

Fagkonsulentene deltar i innleggelse i akuttavdelinger, og opprettholder kontakt med beboerne under oppholdet der. De blir noe trygt og kjent for pasientene/brukerne. Akuttavdelingene ser på fagkonsulentene som en ressurs, ved at de sikrer kontakt med kommunen før utskrivelsen. De ansatte i omsorgsboligene oppfatter fagkonsulentene som til god hjelp ved innleggelser og medisinerer, fordi de er godt kjent i sykehussystemet og kan åpne dører. Samtidig understreker de at det ikke er så ofte de tar kontakt med fagkonsulentene. De ansatte i boligene tar seg stort sett av innleggelsen selv.

Andre grunner til at ambulant rehabiliteringsteam blir kontaktet av de ansatte i omsorgsboligene kan være at beboere isolerer seg, at noen av dem har behov for mer eller flere aktiviteter, eller hvis kontakten mellom brukeren og de ansatte i boligen låser seg. Noen ganger er bestillingene klare, andre ganger må fagkonsulentene begynne “å rydde opp”, *«hvem, hvor mange, hvem skal inn, hvor lenge?»* Fagkonsulentene beskriver seg som både “Pådrivere, og støttespillere”

Fagkonsulentene har også ansvar for beboere i Åsgårdveien som har tvangsvedtak uten døgnopphold, etter Lov om psykisk helsevern § 3-5. En av de konkrete oppgavene kan være å sette injeksjoner.

Fagkonsulentene i ambulant rehabiliteringsteam, og de ansatte i boligene beskriver at

«Kommunikasjon mellom tjenestenivåene er viktig»

«Personlig kjemi er viktig»

«Bedre forhold til personer enn system»

«Fantastiske enkeltpersoner»

«Samarbeidsprosjektet bidro positivt fordi man kjenner ansatte i ulike deler av hjelpeapparatet»

De ansatte i boligene beskriver at de av og til sitter med en opplevelse av å bli sett på som annenrangs fagfolk av spesialisthelsetjenesten. Og det til tross for at de kan ha mest utdanning, erfaring, og best kjennskap til beboerne. Dette kan skyldes manglende anerkjennelse av kommunehelsetjenesten som tradisjonelt har lavere status enn spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten består av ulike sykehusavdelinger, akutt-team, poliklinikk og Ambulant rehabiliteringsteam.

En av de ansatte i boligene beskriver det slik

“Når jeg er i møter med spesialisthelsetjenesten må jeg forberede meg og gå inn i møter med selvtillit og tenke at jeg jo kjenner disse beboerne best, og jeg har kompetanse”

Når to tjenestenivåer jobber med de samme brukerne, på like måter, og mot samme mål, men har svært ulike ressurser; kan det virke hemmende på

samarbeidsklimaet. Også manglende forståelse for hverandres faglige arbeid, ulike rammer, byråkrati og ulik filosofi kan ha betydning.

Det vil være naturlig at brukerne har et mer positivt forhold til de som har best tid, tilbyr tjenester som ikke koster noe, og har avgrensede oppgaver som er ønsket av brukeren. De ansatte i boligene må arbeide målrettet også med å legge til rette for endringsprosesser som i øyeblikket kan oppfattes som krevende og negative av beboeren.

Fagkonsulentene understreker at de er oppmerksom på at de har en annen funksjon og andre arbeidsvilkår enn de ansatte i boligene. At dette tydeliggjøres for alle parter bidrar til forståelse for de andres situasjon og posisjon, det fremmer samarbeid mellom ansatte på ulike nivå.

Det at det er ulike dokumentasjonssystemer kan også hemme samarbeid, fordi ulike tjenestenivå sitter med ulik informasjon.

4.3. Forutsetninger og rammer

Her vil jeg fremheve noen viktige forutsetninger for at beboerne i omsorgsboligene får mulighet til å nå målet om et mer selvstendig og verdig liv.

- Forberedelsesfasen - utvikling av samarbeid

I samarbeidsprosjektet for å muliggjøre omsorgsboligene, så har det ikke bare vært fokus på økonomi, byggeplaner og det faglige tilbudet til beboerne. Det har også i planprosessen vært understreket at de ansattes evne til omstilling, endret rolleforståelse, holdning til det å få nye kolleger og samarbeidspartnere, både i spesialisthelsetjenesten (UNN/PSTO) og i kommunehelsetjenesten har vært en

uhyre viktig faktor. Og det beskrives som at dette har vært vellykket. I arbeidet med etableringen av omsorgsboligene har det vist seg at det er mulig med et tett og styrt samarbeid mellom sykehusavdelinger, mellom sykehus-sektoren og kommunal sektor. Det er mulig “å sprengte bort byråkratiske murer”(Viken & Høie 2008)

Samarbeidsprosessen mellom Tromsø kommune og spesialisthelsetjenesten er et unikt eksempel på at organisatoriske determinanter har stor betydning, og kan påvirkes av ny kunnskap og kreative personer med “ståpåvilje”.

De ansatte fra UNN, langtidsavdelingen, jobbet tett sammen med de kommunalt ansatt under avviklingen av langtidsavdelingen, og oppbyggingen/utviklingen av omsorgsboligene. Dette arbeidet foregikk i rehabiliteringsavdelingen, og i treningsleilighetene(se vedlegg 1 og 2). Hele 29 av pasientene ved langtidsavdelingen fikk tilbud om omsorgsbolig. Da omsorgsboligene ble helt overtatt og drevet av kommunen, ble langtidsavdelingen avviklet, og ambulant rehabiliteringsteam opprettet.

Samarbeidsprosjektet klarte noe så unikt som å innføre “Personalflyt” kontra “pasientflyt”. Personalet fra de ulike tjenestenivåene ble i samarbeidsårene flyttet mellom ulike sektorer og nivå for å følge pasienten/brukeren over i nye deler av hjelpesystemet. De ansatte klarte å omstille seg, endre rolleforståelse, endre faglig tilnærming, og å få nye kolleger. Dette bryter med den tradisjonelle praksis med «pasientflyt», hvor det er pasientene som flyttes mellom ulike instanser og nivåer innenfor helsevesenet.

Sektorinteresser har fått vike, organisasjonsgrenser og profesjonsgrenser har blitt overskredet, usynliggjort, og underordnet i forhold til verdier/faglige prinsipper som relasjon, kontinuitet, sammenheng og helhet(Viken & Høie

2008). Mange av de ansatte i ambulanserehabiliteringsteam kjenner derfor beboere og ansatte i omsorgsboligen godt fra samarbeidsprosjektet som varte i 6 år.

Til tross for overveiende positiv vurdering av konsekvensene av samarbeidsprosjektet, så kom det frem i intervjuene med fagkonsulentene fra ambulanserehabiliteringsteam at det nok kan ha vært vanskelig for enkelte av beboerne å forstå at ambulanserehabiliteringsteam og de ansatte i boligen har ulike oppgaver, muligheter og ansvarsområder. I perioder i utflyttingsprosessen har jo alle ansatte hatt de samme oppgaver og ansvar, for så å endres når samarbeidsprosjektet er over. Ambulanserehabiliteringsteam har derfor arbeidet for å bli tydeligere og klarere på sin funksjon. Det har gjort det lettere for beboerne å forstå hvem som har hvilke oppgaver og ansvarsområder.

I tre uker før beboerne flyttet inn satt de ansatte sammen for å diskutere ulike spørsmål og problemstillinger.

“Hvordan skulle beboerne møtes?”

“Hvordan skulle de “gripe det fatt” om beboerne ruset seg, solgte seksuelle tjenester, ble seksuelt utnyttet, eller ble borte fra boligene sine?”

“Hvordan vil vi ha det?”,

“hva er viktig for oss?”

“mye holdningsarbeid med oss selv vi holdt på med”

“Hva tenker vi når de kommer ruset hjem?”

“Hva gjør det med meg?”

Disse tre ukene beskrives som svært nyttige. De ansatte ble sammensveiset, godt kjent, de fikk diskutert holdninger og menneskesyn. På bakgrunn av diskusjonene ble det også laget konkrete planer for arbeidet. Øvertveit(1996) beskriver at det fremmer helhet for tjenestemottakerne, og samarbeid i

personalgruppen at ansatte utformer beslutninger og behandlingsstrategier i fellesskap.

I løpet av disse tre ukene ble de ansatte enige om at det første og viktigste de måtte gjøre var å jobbe med å utvikle de gode relasjonene med beboerne.

De ansatte fremhever også at de tre planleggingsukene gav dem en opplevelse av å bli sett og respektert. Å utvikle selvtillit som fagperson, kan bidra til opplevelse av kompetanse og mestring (Deci & Ryan 2008).

Klimaet for de gode diskusjoner mener de ansatte er bevart i det arbeidet som gjøres i boligene i dag. Og det er ikke problematisk å forkaste egne ideer hvis andre har bedre forslag. Det at de ansatte fikk tid og anledning til å bli godt kjent med hverandre beskrives som “*grunnmuren*” for det arbeidet som gjøres i dag.

De ansatte i et av teamene beskriver seg selv i dag som en “*stødig*” og “*stabil*” personalgruppe, som er trygge på hverandre. De andre teamene er på vei mot stabilitet, men det kan enda gjøres mye for å forminske fluktasjonen.

Trygghet i personalgruppen er viktig for å forebygge hyppig utskifting av personalet, noe som lett kan føre til uro blant beboerne. De ansatte opplever også at utrygghet kan “*smitte*” blant beboerne. Brukergruppen har stor sårbarhet og varhet, for relasjonsbrudd og forandringer generelt (Viken & Høie 2008).

Det fremheves både av de ansatte i boligene, og fagkonsulentene i ambulant rehabiliteringsteam at det å kjenne hverandre godt er positivt for samarbeidet. Samarbeidsavtalen og utflyttingsprosjektet har bidratt positivt til et godt samarbeidsklima.

- Å «eie» sin egen bolig

En bolig er et sted man lengter etter og drømmer om – de som mangler bolig ønsker seg en. Slike ønsker bidrar til at mennesker har håp om et bedre liv og blir opptatt av å benytte de mulighetene som oppstår (Borg & al 2005)

En viktig forutsetning for at boligene skulle gi mulighet til et verdig og selvstendig liv, var at beboerne kunne bo i boligen livet ut, ha anledning til å påvirke utformingen av sin individuelle leilighet, og få et individuelt, varig og tilpasset oppfølgingstilbud. Derfor ble det under planleggingen av boligene inngått livstidskontrakter med beboerne. Og de kunne være med å utforme sine egne boliger, velge badekar/dusj, belegg/parkett, peis/varmekabler etc. De kunne investere i utformingen og standarden etter eget ønske. Beboerne og pårørende har også deltatt i utformingen av utearealene rundt husene. Dette betyr ikke at fokuset på å komme seg videre, og eventuelt etablere seg i egneid bolig ble borte, men det kan skje på beboernes egne premisser, i deres tempo.

I dag får nyinnflyttere bare kortidskontrakter på 3 år. Det bekymrer ansatte og ledere, som mener at kanskje det viktigste vilkåret for at mange av menneskene i målgruppen skal kunne mestre det nye livet, nå blir borte. Forutsetningene for hele prosjektet har dermed endret seg.

Egen bolig er en viktig faktor innenfor de 40% av utenomterapeutiske forhold som man vet virker. Bolig har i alle fall to viktige dimensjoner, den er et uttrykk for at brukerne gis tillit og ansvar, og en det er en arena og basis for andre tjenestetilbud (Hubble & al, 1999, Smith 2005).

De ansatte i boligene opplever at den tryggheten det er for den enkelte å vite at leiligheten har man så lenge man vil, er en viktig mestringsfaktor i fht. å klare å bo. Beboerne har utviklet

“delaktighet og eierskap både til leiligheten og helheten”

Det gir en grunnleggende trygghet i fht. å ha et selvstendig liv. Boligen er et sted for vekst og utvikling, et sted for kontroll, og en base for balansering av privatliv og sosial deltagelse(Borg & al 2005)

- Mangfold

Det har vært et viktig prinsipp at de ansatte i omsorgsboligene skal ha ulik utdanning og bakgrunn.

Tverrfaglighet blant de ansatte kan bidra til at kunnskapsgrunnet for virksomheten har større sjanse til å bli diskutert og at tilbudet til beboerne kan bli mangfoldig. Flere grunnsyn og perspektiver kan ligge til grunn for de faglige begrunnelsene.

De ansatte i omsorgsboligene beskriver at det sees på som «*en ressurs å være forskjellig*».

I løpet av samarbeidsprosjektet skjedde det en overføring av kunnskap, arbeidsmåter og holdninger fra stabile, erfarne anker-personer i spesialisthelsetjenesten, til ny-ansatte i kommunen. Dette blir omtalt som en suksess-faktor, som har ført til gode samarbeidsformer. Det er likevel et tankekors at mange som arbeider i kommunalt psykisk helsearbeid har fått en utdanning som er tilpasset institusjonsbehandling av psykiske lidelser(Kolstad 2005) Dermed kan det være slik at den tradisjonelle bio-medisinske forståelsen av psykiske lidelser og behandling blir ledende også innenfor kommunalt psykisk helsearbeid. En faktor som påvirker tjenestetilbudet er hvilket kunnskapsgrunnlag som har høyest status, og dermed får størst betydning (San

Martin-Rodriguez & al 2005). Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten og den bio-medisinske modell høyest status. I takt med styrking av kommunalt psykisk helsearbeid, holder dette på å endre seg. Gjennom «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006» ble det bekreftet en sosiologisk kunnskapsforståelse av psykiske lidelser og de tiltakene som skulle gjennomføres, hvor normalisering, integrering og mestring var overordnede mål(Ramsdal 2010) Denne kunnskapsforståelsen og målene var klart uttalt fra starten av prosjektet og i gjennomføringen av bygging og utflytting.

Bøe & Thomassen (2007) sier at det er vanskelig å se for seg at enkelte faggrupper skal ha noen forrang i forhold til å definere kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid. Mennesker med psykiske lidelser bør møte mennesker fra ulike fagdisipliner, noe som gir mulighet for et mangfold av relasjoner. Relasjoner til behandlingsapparatet har 30% betydning for den enkeltes bedringprosess (Hubble & al, 1999)

Fagkonsulentene i ambulanserehabiliteringsteam er også en del av det mangfoldet beboerne møter. De er en del av spesialisthelsetjenesten, og har også ulik fagbakgrunn.

- Organisering av arbeidet

De ansatte er delt inn i ulike team som ledes av team-leder som går i turnus i full stilling, og deltar i det kliniske arbeidet. Hvert team har ansvar for to hus.

Det er døgnkontinuerlig bemanning i boligen. Boligen kan dermed være en base for andre tjenestetilbud hele døgnet, noe som har en dokumentert effekt ifht. bedringsprosesser(Smith 2005).

Alle kliniske stillinger jobber to-delt turnus, det er egne nattevakter. De ansatte jobber to-delt turnus, det er i tillegg egne nattevakter, tre team-ledere, og en leder. De ansatte er fast knyttet til de ulike husene, men hjelper hverandre ved behov. Det betyr at beboerne forholder seg til flere ansatte enn de som er knyttet til deres egen bolig.

Det at ansatte «hører til» husene i utgangspunktet gjør det mulig å danne nære relasjoner over tid. Beboerne blir godt kjent med de ansatte. Gode relasjoner mellom beboerne og boveilederne fører til at beboerne opplever slik støtte i forhold til daglige utfordringer, og boveilederne får et godt grunnlag for å kunne koordinere arbeidet overfor resten av tjenestene (Brønne 2007b)

I omsorgsboligene ledes arbeidet rundt den enkelte beboer av en koordinator som har oversikt og kontroll over hvem som er beboerens fastlege, ansvarsgruppemøter.

Koordinatoren har ansvar for planene for hvordan den enkelte beboer skal nå sine mål. Koordinator er en del av teamet rundt beboeren, og legger opp til diskusjoner, og kommer med forslag til tiltak.

I hverdagen samhandler alle ansatte med beboerne. Koordinator har ikke alltid det daglige ansvaret for å hjelpe “sin” beboer. Begrunnelsen for dette er at kontakten med beboeren ikke skal bli for nær. Ofte regner beboerne de ansatte som sine “nærmeste”, og for å redusere belastningen både for koordinator og beboer rullerer koordinator-rollen. Det er viktig at beboerne har flere gode relasjoner, som et ledd i det å lære noe om å ha relasjoner til flere. Da kan det være en fordel at boveilederne i de ulike husene hjelper hverandre, og at alle ansatte kjenner alle beboerne.

Det er variabelt hvilke forventninger beboerne har i fht. kontakt med koordinatoren “sin”. En av de ansatte beskriver det slik: «*Det avhenger av*

relasjonskade”. Noen av de yngre har bare telefonkontakt med koordinator, de er mest selvstendige.

De ansatte i boligen sier at det var en utfordring for samarbeid å være koordinator for beboerne i boligene. I starten opplevdes det som å være *“dritten i midten”* i fht å få til et samarbeid. Det var mye forvirring, ulike lovverk å forholde seg til, og mangel på erfaring i fht. å være koordinator.

«Nå har ting gått seg til».

At beboerne etter hvert har klart å overta mer ansvar selv, har ført til at koordinator-rollen har endret seg. Beboerne har fått et mer selvstendig liv, og har nådd små mål som har stor betydning, f.eks. å kunne bestille legetime selv. Trygge ytre rammer skaper rom for personlig mestring og vekst.

- Ansattes engasjement

I intervjuene kom det frem et stort engasjement for beboerne i omsorgsboligene.

Det å jobbe med denne målgruppen, og arbeide i deres eget hjem beskrives som motiverende i seg selv. De ansatte understreker at man må like målgruppen for å bli i jobben. Det er en stor bevissthet rundt det å velge å jobbe i menneskers eget hjem.

Det å ikke jobbe med symptomer, men med helhet og selvstendighet er en motivasjonsfaktor.

Det er stor frihet i denne jobben. Friheten er både organisatorisk, at man deltar i utforming av turnus, og av den faglige tenkningen gjennom diskusjoner og samarbeid med kollegaer. Også i det daglige arbeidet står den ansattes friheten

sterkt. Det er et uttalt faglig mål å gi beboerne gode opplevelser. Det betyr at det er aksept for at ansatte selv planlegger, eventuelt spontant griper sjansen, og gjør ting sammen med beboerne der og da.

Formell veiledning er et behov og et ønske fra de ansatte, men de har ikke hatt det de siste tre årene. Det har ikke vært mulig å få tak i veileder.

Fagdager bidrar til å opprettholde motivasjonen i arbeidssituasjonen.

Ønsketurnus er også noe som fremheves av de ansatte i forhold til å beholde motivasjonen for jobbe. De jobber hver 4 helg, har mye medbestemmelse og en veldig fleksibel jobb. Det å ha kontroll over arbeidstiden sin gjør at de ansatte får anledning til å planlegge fritiden sin.

Engasjementet som beskrives her kan knyttes til menneskets indre behov for kompetanse, selvbestemmelse og mestring, som igjen følges av følelsen av glede og tilfredsstillelse (Deci & Ryan 2008). Dette er følelser som gir lavt sykefravær, og arbeidspresentasjoner av høy kvalitet (Hackman & Oldham 1976)

Dette kan tyde på at de ansattes trivsel og engasjement, og deres forklaringer på det, er forhold som påvirker tilbudet til beboerne i omsorgsboligene på en positiv måte.

4.4. Tilnærminger og arbeidsmåter/metoder

Det er tre hovedpoeng som trer frem når de ansatte beskriver det arbeidet de gjør for å bidra til at beboerne skal få et mer selvstendig og verdig liv.

-Å bry seg/se den andre

Når de ansatte skal besvare spørsmålet “Hva gjør dere?”, så er det umiddelbare svaret:

“Vi bryr oss”

“se dem, være de som de kan bli trygg på “

Under hele prosessen med å få til utflytting fra sykehus til kommunen, og samarbeidsperioden har det vært understreket at menneskene som skal flytte inn i boligene er svært sårbare, de har historier og erfaringer som gjør inntrykk, og det er deres behov som skal styre tilbudet de får (Viken & Høie 2008)

Det ser ut som om en del sentrale begreper som respekt, følelse av å bli sett etc. er avgjørende for i hvilken grad tjenestemottakerne kan nyttiggjøre seg det tilbudet de får.

Den faktoren som ble mest fremhevet som sentral for den enkeltes bedringsprosess var at tjenesteyterne viste empati, respekt og generelt personlig engasjement (Borg og Kristiansen 2004).

«Å bry seg/å se den andre» beskrives også av de ansatte som

«Det er viktig å vise beboerne at de blir satt pris på».

«Det gjør man ved å stille krav, vise tro på at de vil klare ting».

«De vokser på det»

«Ha klare forventninger»

Den omsorgen og det engasjementet de ansatte har i fht beboerne handler også om å stille krav, ikke bare utøve betingelsesløs omsorg. Relasjonelle forhold til behandlingsapparatet som omsorg, respekt, empati og brukermedvirkning har 30% betydning for bedring (Hubble & al1999) Opplevelsen av å bli tatt på alvor skaper positive relasjoner hos brukeren (Borg & al 2005) Det sentrale synes å

være at man oppfatter et terapeutisk partnerskap bygget på likeverd (Borg og Kristiansen 2004)

De ansatte beskrives også at pasientene reagerer på “forskjeller”, eks. at noen blir kjørt til aktiviteter og andre ikke. Å se den andre handler om å kunne kartlegge og vurdere den enkelte beboers mestringsevne og behov ha fokus på individet, og arbeide med å bli kjent med hver enkelt.

«Å bry seg/å se den andre» som en første beskrivelse av hva arbeidet til de ansatte i boligen består av, tyder på at tjenestene i stor grad er organisert i forhold til den enkeltes behov, og ikke i forhold til oppgaveløsning, noe som kan tyde på stor grad av kvalitet på tjenestene. Hvis vedtak om innhold i tjenestene avgjøres av andre enn de som utfører dem, så kan tjenestene bli dårligere (Bestiller-/utførermodellen)(Ramsdal & Hansen 2005, Hansen, Kirchoff & Ramsdal 2009).

Også fagkonsulentene i ambulant rehabiliteringsteam har samme individuelle perspektiv. Grunnholdningen i det arbeidet de gjør handler om å se det mennesket man skal hjelpe, ikke ha fokus på diagnosen. Det er viktig å klare å ha to fokus, både på det som defineres som problematisk, ofte av andre enn brukeren selv, men også på de ønsker brukerne har.

“Vi kan jobbe med både problem (ofte ansattes beskrivelse) og drøm (brukerens beskrivelse av sine behov)”

- Tid og kjennskap til

Tid er noe som beskrives er en viktig faktor i forhold til å få gode relasjoner. Å bruke tid for å bli kjent med hverandre er en forutsetning for at alle parter kan ha realistiske forventninger til den grunnmuren samarbeidet og samhandlingene skal bygges på. For de ansatte betyr tid at de må ha tålmodighet i fht å forvente

synlige resultater eller tilbakemeldinger på sin innsats. For beboerne betyr det å virkelig bli møtt som det unike individet vedkommende er, noe som er beskrevet som grunnpilaren ifht målet om å få muligheten til å leve et selvstendig og verdig liv.

Det beskrives av de ansatte at deltagelse i samarbeidsprosjektet over så lang tid, gjør det lettere å samarbeide med beboerne også i dag. Det er lettere å vite hva som er riktig hjelp. Når man kjenner historien kan man vise mer ydmykhet og forståelse. Det er også lettere for beboerne å ta kontakt, fordi man har kjennskap til hverandre fra før.

Det å ha “*is i magen*” er en beskrivelse av en nødvendig egenskap hos ansatte. Dette kan være en beskrivelse av at å være tålmodig og bruke tid er viktig når man arbeider med målgruppen. Det kan også være et uttrykk for at det er viktig å holde seg tilbake, og ikke agere umiddelbart i fht. uttrykte behov. Skal man klare det må man ha kjennskap til den enkelte beboeren, og ha kontroll med egne følelser. Det krever kjennskap over tid.

Tillit henger sammen med opplevelsen av trygghet, og er ofte noe som trenger tid for å etableres. De ansatte beskriver at tillit “*gror frem over tid*”.

Mange av beboerne har brutte relasjoner bak seg, manglende erfaring med å oppleve å bli respektert.

Fokuset for arbeidet ambulant rehabiliteringsteam gjør er langvarig relasjonsbygging, ofte uten rammer for hvor lang tid de kan planlegge å ha en relasjon. Den stabiliteten og langsiktighet dette gir, er en viktige forutsetninger også for deres arbeid.

- Nærhet og distanse

Det å ha en relasjon over lang tid kan gi noen utfordringer. Beboerne knytter seg til personalet. *“Vi blir de nærmeste”* beskriver en av de ansatte det som. Og det beskrives som et stort ansvar for personalet.

Når ansatte slutter kan beboere tro det har noe med dem å gjøre. Derfor er det svært viktig at det er en balanse mellom nærhet og distanse i relasjonen. Riktig balanse gjør at de ansatte klarer å stå i relasjonen over tid.

“Jeg er ikke glad i deg som en venn, eller som familie, men jeg bryr meg om deg”

Det blir viktig å vise egne reaksjoner og være ærlig på egne følelser. Det kan være vanskelig å skjule sine egne følelser i vanskelige situasjoner. En av de ansatte mener at det ikke:

“nødvendigvis er riktig å skjule sine følelser. Man kan jo ikke det”

“Det er viktig med ærlighet mot seg selv og andre”

«Kjenne hverandre og beboere»

«Vet hva man kan forvente seg av hverandre»

Det er også viktig å ha et reflektert forhold til fysisk nærhet og distanse. Noen av beboerne kan ha et forvrengt forhold til egen kropp. Noen tenker feil i fht. nærhet *“spesielt damene, som kan ha vært utsatt for ubegripelige overgrep”*

Mannlige ansatte må

“være svært bevisste, være forsiktig med å være alene, for beskyldninger, mange har et forvrengt bilde...vi har hatt anklager”

- Tilgjengelighet

De ansatte i boligene beskriver at det er trygghetsskapende for beboerne at de kan ta kontakt med de ansatte hele døgnet. “Gode hjelpere” kjennetegnes blant annet ved tilgjengelighet (Borg & Kristiansen 2004).

Initiativet til kontakt bør primært komme fra beboerne. Tjenesteyterne må kunne forholde seg til tjenestemottakernes egne prioriteringer (Borg og Kristiansen 2004)

I sitt eget hjem kan man selv bestemme når man vil være for seg selv og når man vil ta kontakt med andre. Den følelsen av overvåking man kan oppleve på institusjon skal man kunne unngå i egen bolig (Borg & al 2005)

Likevel kan det være riktig å ikke alltid akseptere dette. Det er en målsetting å bryte en eventuell isolasjon, men det er viktig å “*trå forsiktig*”. I omsorgsboligen er det slik at den som ikke tar kontakt med de ansatte selv, blir oppsøkt. De ansatte vil vise at “*vi ser deg*”. Flere av de ansatte beskriver at dette er en viktig suksessfaktor i fht. å styrke selvbildet og selvfølelsen til beboerne.

Det er også mulig å bruke nødrett og låser seg inn i leilighetene hvis det er lenge siden man har hatt kontakt med beboerne. Dette er noe beboerne er klar over kan skje. Ved innflytting skriver beboerne under på en nøkkelavtale, som sier at ansatte kan låse seg inn når de er bekymret.

Før personalet går til det skritt å låse seg inn har de brukt tid på å forsøke å oppnå kontakt med beboerne. De oppsøker leiligheten, banker på, forsøker å få til en dialog gjennom den lukkede og låste døren. Det å “*bryr seg*”, og “*se*” beboeren gir signaler til den enkelte om at «*du er viktig*», og «*du er savnet*». I følge de ansatte setter beboerne pris på at de blir oppsøkt og er savnet.

Å være oppsøkende handler om at man er tilstede for beboerne. Det beskrives som å *“stå i det- ikke forlate-stå løpet ut”*.

Da boligene var helt nye var denne måten å *“bry”* seg på ikke innarbeidet i personalgruppen. Det har utviklet seg til en metode å arbeide på etter hvert. Det begrunnes med at de ansatte kjenner beboerne bedre etter hvert, og flere rutiner er på plass.

Å respektere beboernes eventuelle ønske om å ikke ha kontakt kan ha med den filosofien som har overlevd gjennom hele prosjektperioden, og gjennom alle prosessene som har pågått for å nå målet om utflytting til boligene

« å støtte beboerne der de er til enhver tid »

Selv om ambulansetjenestene er en del av spesialisthelsetjenesten beskriver de at de har lite byråkrati, kort ventetid, og er opptatt av uformell kontakt med beboerne og de ansatte i boligen. De ønsker også stor grad av tilgjengelighet, både for beboerne og de ansatte: *“Vi kommer forttere på banen, og unngår lang ventetid”*

-De gode opplevelsene

Det at alle ansatte kjenner beboerne, og at det ikke bare er koordinatoren som har ansvaret for *“sin”* beboer i det daglige gjør at det er stor fleksibilitet ifht. mer og mindre spontane aktiviteter i hverdagen.

Det er rom for kreativitet og spontanitet. De ansatte tar selv mange avgjørelser i fht. aktiviteter og gjøremål, og de har anledning til å være spontane. De forteller at de prioriterer opplevelser, ikke husvask, selv om det er få på jobb. En forutsetning for å få det til er at de ansatte i de ulike husene hjelper hverandre.

På kveldstid og i helger er det få på jobb, man kan være alene i boligen. Da tilbys alle i huset å være med på aktiviteter, hvis de ikke ønsker å være alene tilbake i huset.

Beboerne fremhever fleksibiliteten til boveilederne, at de er fleksible både i forhold til hvilke oppgaver de løser og i forhold til arbeidstid. Det siste bidrar også til at tilgjengeligheten oppleves som stor både fra beboerne og fra samarbeidspartnere (Brønne 2007b)

Mange av beboerne har hjelpeverge, så den enkeltes økonomi er blitt bedre. Det finnes ingen felles kommunale penger i til aktiviteter eller opplevelser, men alle har ledsagerbevis. Eksempelvis kino eller fotballkamp stoppes ikke av økonomi. Det kan kanskje sies slik at en tilleggseffekt av å få egen bolig kan være bedret økonomi. Det åpner jo også opp for at beboerne har større handlingsrom i fht. spontane aktiviteter.

For å kunne fått til enda flere av de hjelpende «gode opplevelsene» kunne det likevel vært ønskelig med en egen økonomi i husene, f.eks. i form av motivasjonspenger, velferdspenger eller lignende.

Borg og Davidson (2008) vektlegger at siden bedringsprosesser er vanskelig å planlegge, er det viktig å være åpen for de mulighetene som oppstår underveis. I mange tilfeller er det nettopp de mulighetene som det uventete har skapt som har vært sentrale i bedringsprosessen.

Det viktig at de ”gode hjelperne” er i stand til å gjøre uventete ting, at de kan avvike fra ”reglene” dersom det er nødvendig (Borg og Kristiansen 2004)

De ansatte i boligene sier det er svært viktig for beboerne å ha kontakt med andre enn dem. Spesielt de av beboerne som ikke har jobb eller andre aktiviteter utenfor boligen. De ønsker derfor at fagkonsulentene i ambulant rehabiliteringsteam «*kommer enda mer på banen*» og drar ut med beboerne og gir dem gode opplevelser. Det er noe de ansatte opplever at de har for lite tid til selv.

Fleksibilitet sammen med tid gjør at fagkonsulentene i ambulant rehabiliteringsteam opplever at de lett kommer i posisjon til et godt samarbeid med beboerne. Arbeidet preges lite av fasit-tenkning. Det som gjøres avhenger av hva som skjer i møtet mellom fagkonsulenten og brukeren. Det handler om å ha anledning til å gripe de mulighetene som dukker opp, i det øyeblikket de er der. Dette skyldes at de i arbeidet sitt har stor frihet under ansvar, noe som gir muligheter for fleksibilitet i forhold til kontakt og oppgaver. Det beskrives som en suksessfaktor i relasjonsbyggingen.

“Veien blir til mens man går”

Dette beskriver de selv med begrepet *“romslighet”*. Og at det illustrerer skillet mellom arbeidshverdagen for fagkonsulentene og de kommunalt ansatte i boligene. Romsligheten i kontakten med brukerne mener de skyldes både personlige egenskaper hos de ansatte, og ledelses-filosofien i organisasjonen.

- Rehabilitering - “Å være hverdagen”

Egen bolig beskrives som et sted for vekst og utvikling. Et sted å kunne trekke seg tilbake og ”lade batteriene”, hvor man har kontroll over livet sitt, og kan utfordre seg selv på å få til gode rutiner, stå opp om morgenen, holde orden etc. Når man får kontroll over slike forhold får man også troen på at man kan håndtere andre utfordringer. (Borg & al 2005)

De ansattes rolle i rehabiliteringsarbeidet kan være å representere de menneskene beboerne vil møte ute i samfunnet. Derfor må beboerne også møte de ansattes frustrasjoner og følelser. Det blir en form for “*oppdragelse*”, og «*læring*». Slik kan de ansatte «*være hverdagen*» for beboerne.

Rehabilitering handler om å forholde seg til menneskers dagligliv. Gode bedringsprosesser er i stor grad avhengig av at det tas hensyn til menneskers behov for deltagelse i dagliglivets gjøremål (Borg & Davidson 2008)

De ansatte mener at alle beboerne nå har etablert en “*grunntrygghet*” gjennom at de har livstidskontrakt på sin egen leilighet, de er blitt kjent med de som de bor sammen med, og personalet. Det danner grunnlaget for neste fase for de fleste: «*å tørre, ville noe, prøve, og å mestre*» De ansatte beskriver da at de må vise tro på mestring, ha tydelige forventninger, og finne balansen mellom krav og realistiske mål.

I denne fasen blir det ekstra viktig med den fleksibiliteten som beskrives at de ansatte har i fht å bidra til gode opplevelse, og å kunne spontant gripe fatt i den enkeltes ønsker og motivasjon i fht. å gjøre noe de kanskje ikke har gjort på lenge, for eksempel det å gå på fotballkamp.

I begynnelsen hadde flere av beboerne nok med bare å være i leiligheten sin, i eller rundt huset, og maktet bare å delta på aktiviteter rett utenfor døren. Ved utrettelig å fokusere på brukeren, og hans eller hennes forståelse av situasjonen, som det overordnede utgangspunkt, holdes mulighetene åpen for å finne løsninger som kan fremme rehabiliteringsprosessen (Viken & Høie 2008)

5. Oppsummering og konklusjoner

Det helt spesielle ved boligene i Åsgårdveien i Tromsø, er veien frem til realiseringen av dem, og det felles faglige fundamentet som lå og ligger til grunn for arbeidet i boligene. Det har hele veien vært en selvfølge at den overordnede målsettingen er å legge til rette for at beboerne skal få tilbake sin verdighet og ta del i fellesgodene som vårt samfunn byr på. (bolig, trygg økonomi, fellesskap, nettverk, arbeid, og aktivitet etc.)

Det unike samarbeid mellom Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) og Tromsø kommune varte i 6 år, og har hatt betydning for samarbeidet mellom tjenestenivåene også i dag. (Samarbeidsprosessen vedlegg 1 og 2) De ansatte i på ulike tjenestenivå kjenner hverandre. Og mange av beboerne kjenner også ansatte i spesialisthelsetjenesten fra tidligere. Dette blir fremhevet som en suksessfaktor i fht. å få til et mer verdig og selvstendig liv for beboerne i omsorgsboligene.

De ansatte i boligene fremhever også at den tiden de brukte til å forberede det faglige arbeidet før beboerne flyttet inn var veldig viktig for å lykkes med samarbeidet og det arbeidet som gjøres i fht beboerne i dag.

Å ha livstidskontrakt på leiligheten er noe de ansatte mener er en suksessfaktor i forhold til å mestre å bo, og ha et selvstendig og verdig liv. Det beskrives som bekymringsfullt at nye beboere bare får korttidskontrakter på 3 år.

Andre suksessfaktorer er ansatte med ulik fagbakgrunn, som gjør at beboerne får større anledning til å danne et mangfold av relasjoner, noe som har betydning for bedringsprosesser.

Ansattes engasjement for målgruppen, og det arbeidet som gjøres er noe som kommer tydelig frem i intervjuene. De ansatte begrunner dette selv med godt arbeidsmiljø, og en del viktige organisatoriske faktorer, som for eksempel ønsketurnus og stor frihet i det daglige arbeidet.

Det individuelle perspektivet de ansatte har i møte med beboerne beskrives som en sterk suksessfaktor. Det gjør at det er den enkeltes behov som er i fokus, ikke oppgaveløsning.

Relasjonsbygging over lang tid fremheves som både utfordrende, men også nødvendig for denne målgruppen.

De gode opplevelsene som mål for samarbeidet mellom beboere og ansatte er en suksessfaktor som fremheves flere ganger. Opplevelser beskrives som en av de viktigste faktorene for bedring, opplevelse av verdighet og selvstendighet. Igjen fremheves arbeidsvilkårene som en viktig årsak til at de ansatte kan vektlegge opplevelser som et terapeutisk tiltak.

Et annet viktig terapeutisk tiltak er at de ansatte representerer det de beskriver som «hverdagen» for beboerne. Gjennom dagliglivets aktiviteter, og ulike typer sosial kontakt prøver de ansatte å bidra til at beboerne mestrer dagligliv og hverdagsliv. Det beskrives som rehabiliteringsarbeid, og regnes som essensielt for å bidra til et verdig og selvstendig liv.

Litteraturliste

- Borg M & Davidson L (2008): The nature of recovery as lived in everyday experience; *Journal of mental health*, April 2008; 17 (2): 129 – 140
- Borg M & Topor A (2003) *Virksomme relasjoner* Kommuneforlaget AS, Oslo
- Borg M; Sells D; Topor A; Mezzina R; Marin I; Davidson L (2005): What Makes a House a Home: The Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness; *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8: 243 – 256
- Borg M & Kristiansen K (2004): Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services; *Journal of Mental Health*, October 2004; 13(5): 493-505
- Brønne Ingrid-Hanne (2007 a): BoSatt – gode bortespillere på andes hjemmebane – evaluering av prosjekt Bosatt Satellitt, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 3/2007
- Brønne Ingrid-Hanne (2007 b): Boligsosialt arbeid som helhet, samarbeid og individuell oppfølging – evaluering av prosjekt Bolig med nogo attåt, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 7/2007
- Bøe T.D & Thomassen A (2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*. 49 (3), 182-185
- Evans, Gary w., Wells, Nancy M. & Moch, Annie "Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique" *Journal of Social Issues*, Vol. 59, No. 3, 2003, pp. 475-500??
- Forchuk, Cheryl; Nelson, Geoffrey & Hall, Brent "It's Important to be Proud of the Place You Live In": Housing Problems and Preferences of Psychiatric Survivors" *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 42, No. 1, February 2006
- Hackman, J.R., & Oldham, G. R. (1976). "Motivation through design of work". *Organizational behaviour and human performance*. 16, 250–279
- Hansen, GV (2007): Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid, *Karlstad University Studies* 2007:15
- Hansen, G V; Kirchhoff, J; Ramsdal, H (2009): Bestiller/utførermodellen – økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? i Karlsson & Claussen (2009) *Den sköra balansen: arbetslivet och flexibilitetens tvetydigheter*, i skriftserien *Arbetsliv i Omvandling* Växjö Universitet

- Hansen, G V & Ramsdal H (2006): ”Ikke møtt” – En analyse av sosialmedisinske poliklinikkens konsultasjonspraksis, Halden, Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2006:1
- Helgesen, M K & Hansen, G V (2010): *Public Action Empowerment, Synthesis Report*, www.knowandpol.eu
- Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. IS-1554 Rapport Kolstad(2005)(s.13)
- Holck, G. (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver*, Oslo: Ph.D. avhandling, Universitetet i Oslo
- Hubble, Mark A. (Ed); Duncan, Barry L. (Ed); Miller, Scott D. (Ed), (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association
- Myrvold, T. M., M. K. Helgesen og L. Knudtzon (2009): *Evalueringen av storbysatsningen i psykisk helse*. NIBR-rapport 2009:24
- Møller, G. (2006): *Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport*, Rapport 231-2006, Bø: Telemarksforskning-Bø
- Opptrappingsplanen for psykisk helse
- Ramsdal H(2010) Fra helhet til ny oppsplitting? Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol.7 Nr.2 2010
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D’Amour, D. & Ferrada-Videla (2005): “The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies”, *Journal of Interprofessional Care* (May 2005), Supplement 1
- Smith, Joan”Housing, Homelessness and Mental Health in Great Britain” *International Journal of Mental Health*, vol 34, no.2, Summer 2005, pp 22-46.
- Tjora Aksel(2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Gyldendal Norsk forlag 2010
- Viken Ragnhild og Heidi Høie(2008) Forslag til kandidat til samhandlingsprisen 2008, Upublisert
- Øvretveit J (1996): Five ways to describe a multidisciplinary team, *Journal Of Interprofessional Care*, Vol. 10, No. 2, 1996

Vedlegg 1

Samarbeidsprosjektet

Aktører

Tromsø kommune

Universitetssykehuset
i Nord-Norge (UNN)

Rus- og psykiatritjenesten
(RoP)

Allmennpsykiatrisk avdeling

Psykiatrisk boligjeneste

Psykiatrisk senter for Tromsø

Stiftelsen Kommunale boliger

Landsforeningen for
pårørende i Psykiatri(LPP)

Ambulant rehabiliteringsteam
opprettet i 2007

De første boligene i
Åsgårdveien taes i bruk i
2006, prosjektet avsluttes i
2010 hvor 32 mennesker har
fått egen bolig.

“Råd for psykisk helsevern, Tromsø og Karlsøy”
Opprettet 2001, består av representanter fra Tromsø og Karlsøy kommune,
pårørende- og brukerforeninger, og spesialisthelsetjenesten
Rådets funksjon er “å sikre god informasjon og kontakt mellom aktørene,
påvirke utviklingen innen psykisk helsevern, og kan uttale seg om politiske
saker og tiltak som angår utviklingen av psykisk helsevern, og forhold som
dreier seg om nye samarbeidstiltak og lokaliseringer”.

Vedlegg 2

Samarbeidsprosjektet

Historikk

Tromsø kommune

- forpliktet seg til å bygge opp 26 boenheter i 5 like hus
- Stiftelsen kommunal boligjenester fikk i oppdrag fra Tromsø kommune å forestå arbeidet med oppføring og eierskap av 26 boenheter. Med lån og tilskudd gjennom Statens husbank gikk kommunen utenom begrensningene ved kommunens økonomiplan
- 2004 ble “Psykiatrisk boligjeneste” i kommunens Rus – og psykiatritjeneste opprettet, og kom inn i prosjektet med personalressurser(8 årsverk og avdelingsleder)
- Og oppbyggingen av basistjenestene kom i gang, i takt med overføringen av statlige midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse
- 2005 ble det enighet om at ytterligere et hus skulle bygges. Beboerne som skulle ha denne 6 boligen hadde ikke samme rehabiliteringstilbud og prosess som de som skulle bo i de 5 første planlagte boligene. Det skyldtes mangel på nødvendige ressurser.
- 2004-2006 arbeidet Psykiatrisk boligjeneste sammen med Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn om den daglige driften av rehabiliteringsarbeidet i de midlertidige leilighetene(det daglige driftsansvaret har Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn)
- 2006-2007 De nye boligene tas i bruk, og Psykiatrisk boligjeneste overtar det daglige driftsansvaret(men samarbeider med Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn)
- 2007 Tromsø kommune har fått bygd opp sine basistjenester i hht. samarbeidsavtalen

UNN

- Stilte vederlagsfrie heftetomter til disposisjon på sykehusets område
- bidro med personell slik at kommunen fikk “nødvendig armslag” til å bygge opp sine tjenester.
- Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn skulle i perioden for utflyttingsprosjektet gradvis omlegge sin oppfølging til varig ambulant virksomhet, korttidsopphold, poliklinisk behandling og veiledning.
- UNN hadde ordinær drift ved avdelingene frem til mars 2003, gjennom å drifte 12 leiligheter og en sengepost til rehabiliteringsformål
- Fra 2001 til 2006 utviklet UNN rehabiliteringstilbudet slik at 26 av 29 personer hadde vært i en normalisert boligsituasjon(Reorganisering av PSTO for å skaffe til veie mer egnet rehabiliteringsplattform for flest mulig)
- 2004-2006 hadde Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn det daglige driftsansvaret for rehabiliteringsarbeidet i de midlertidige leilighetene, men arbeider sammen med kommunen om daglig drift.
- 2006-2007 Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn overlater det daglige driftsansvaret for de nye boligene til Psykiatrisk boligjeneste, men deltar i det daglige arbeidet i boligene.
- I 2007 ser Ambulant rehabiliteringsteam dagens lys, (springer ut fra Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn og rehabiliteringsposten), og skal frem til 2008 primært ha oppfølging i boligene. Etter 2008 skal de også ha oppgaver overfor andre brukere i kommunen.