

# **Moldbakken bosenter og bofellesskap**

**Gunnar Vold Hansen**

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**

Denne rapporten er en av flere der Høgskolen i Østfold i samarbeid med et temanettverk av tjenesteytere beskriver og dokumenterer noen av de tjenestetilbudene som gis til brukergruppen: "Mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester". Dette temanettverket ble opprettet i 2010 og har i løpet av de tre årene det har eksistert koblet forskere fra høgskolen, kommunalt ansatte med erfaring for å yte tilbud til målgruppen og brukerorganisasjoner i et nettverk med et mål om å skape grobunn for en ny type kunnskapsutvikling. Erfaringene fra dette temanettverket er nå samlet i til sammen 11 rapporter.

En viktig ambisjon med disse rapportene er å utforme de på en slik måte at andre tjenesteytere kan bruke de erfaringene som presenteres i egen tjenesteyting. I denne rapporten legges det derfor stor vekt på å beskrive hvordan tjenestene ytes. I tillegg legges det stor vekt på å synliggjøre først og fremst de forholdene som bidrar å fremme gode tjenestetilbud, i tillegg vil vi også peke på noen av de utfordringene som finnes og som hemmer mulighetene for å gi gode tjenestetilbud.

Nettverket av tjenesteytere representerer flere av landets største kommuner og er finansiert av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NAPHA dekker utgiftene til drift av nettverket, prosjektledelse og noe forskningsarbeid.

Høgskolen i Østfold har etablert en forskergruppe som samarbeider med kommunene om å beskrive og dokumentere en del av de aktuelle tiltakene. De faglige evalueringene som presenteres i disse rapportene er det forskerne som står bak. Innsatsen til forskerne er i hovedsak finansiert av høgskolen.

Kommunene dekket selv sine utgifter til deltakelse i nettverket. I tillegg har de aktuelle tjenesteyterne bidratt med både muntlige og skriftlige beskrivelser av tjenestetilbudene. Nettverksdeltakerne har også tatt ansvar for å legge til rette slik at forskerne har kunnet få intervjuer både samarbeidsparter, pårørende og brukere. Kommunene har på denne måten vært en viktig bidragsyter i arbeidet med å lage disse rapportene. I tillegg har en rekke brukere og pårørende stilt opp og formidlet erfaringer og synspunkter på tjenestene.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Fredrikstad, januar 2013

Gunnar Vold Hansen

Prosjektleder

## **Innhold**

FORORD .....	3
Innledning.....	7
Bakgrunn.....	7
Kunnskapsstatus .....	11
Boligsosialt arbeid .....	11
Brukerperspektiv .....	15
Faglige retningslinjer .....	16
Datasamling.....	19
Moldbakken.....	21
Bosenteret.....	21
Medleverturnus .....	25
Recovery .....	27
Personlig økonomi .....	28
Bofellesskapet.....	29
Nettverk.....	32
Bolig.....	34
Trygghet.....	36
Sosialt nettverk.....	37
Arbeid.....	38
Litteratur.....	41





## **Innledning**

Høgskolen i Østfold har på oppdrag fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) ledet et nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Arbeidet i nettverket foregikk i tre år frem til utløpet av 2012. Deltakere i nettverket representerte kommuner, spesialisttjenestene og brukererfaringer.

Målsettingen med nettverket var å få frem eksempler på god praksis i forhold til målgruppen. Nettverket skulle være en arena der deltakerne kunne presentere sine erfaringer og få tilbakemeldinger med sikte på å videreutvikle sine tilbud. Nettverket skulle også være utgangspunkt for en skriftlig dokumentasjon av organisering og resultater av de ulike tilbudene.

## ***Bakgrunn***

Dette temanettverket ble opprettet av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NAPHAs oppgave er å samle, strukturere og formidle kunnskap om psykisk helsearbeid. Målsettingen med et nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid er å styrke fagfeltet og jobbe for bedre samhandling. Dette skal gjøres ved blant annet å løfte frem nyttig kunnskap og gode eksempler som kan bidra til bedre tjenester for brukerne. Viktige måter å jobbe på vil være å samle kommunene i lokale kompetansenettverk, å opprette nasjonale temanettverk og å utvikle en nettbasert kunnskapsbase.

Temanettverket hadde fokus på mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Denne målgruppen er nærmere beskrevet i IS-1554. Målgruppen er likevel ikke en homogen gruppe og både utfordringene og individene kjennetegnes ved at de er ulike fra person til person. Følgende

beskrivelser er derfor ikke en uttømmende liste, men representerer eksempler på hvem målgruppen kan omfatte:

- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har sonet dommer eller vært innlagt i sikkerhetsavdeling og som kan ha risiko for voldelig atferd
- Mennesker med flyktning- og/eller innvandrerbakgrunn og store psykiske lidelser
- Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse/dobbeltdiagnose
- Personer med ADHD og autistiske trekk med betydelige samhandlingsvansker
- Personer med alvorlige spiseforstyrrelser, selvskading og suicidalitet, personlighetsforstyrrelser eller psykisk utviklingshemming kombinert med alvorlig psykisk lidelse.

Det er altså mange ulike enkeltindivider med sammensatte lidelser. På tross av store individuelle forskjeller, kjennetegnes de personene som erfaringsmessig er i behov av særlig tilrettelegging, ofte av en livssituasjon preget av ustabilitet og at de har sammensatte behov. Det er også vanlig at disse personene har en rekke tilleggsutfordringer som:

- Problemer med egenomsorg, står i fare for å forfalle fysisk og psykisk.
- Har omfattende funksjonsnedsettelse, vanskeligheter med å mestre daglige aktiviteter som innkjøp, matlaging, renhold og økonomi.
- Tendens til isolasjon, nedsatt evne til involvering og relasjonsbygging.
- Avviser ofte kontakt.
- Manglende samhandling om avtalt behandling.
- Store konsekvenser ved tilbakefall, f.eks. psykosegjennombrudd.

- Utagerende eller truende atferd.
- Hyppige og ikke planlagte innleggelse.
- Forsinket utskrivelse på grunn av mangel på egnet bolig.
- Bostedsløshet eller problem med å opprettholde et botilbud.
- Rusmiddelmissbruk
- Problem med nabolaget
- Somatiske lidelser

Helsedirektoratet deler denne målgruppen inn i 3 grupper:

- Gruppe 1: Brukere som har tjenester hele døgnet – til sammen ca 4000 personer på landsbasis.
- Gruppe 2: Brukere som har omfattende tjenester, gjerne kommunal bolig, men ikke med døgnkontinuerlig tilsyn – til sammen ca 10000 personer på landsbasis
- Gruppe 3: Brukere med antatt underforbruk av tjenester i kommunen – til sammen ca 4000 personer på landsbasis.

Mennesker i denne målgruppen har ofte behov for tjenester både fra spesialisttjenesten og fra kommunen, men det er først og fremst kommunene som har utfordringene med å få plass et daglig og helhetlig tjenestetilbud.

Temanettverket hadde derfor et særlig fokus på hvordan kommunene kan organisere og yte sitt tjenestetilbud.



## **Kunnskapsstatus**

Fokus i denne rapporten er et boligtilbud til mennesker psykiske lidelser og rusbruk. Relevant nasjonal og internasjonal forskning om slike tiltak er noe uoversiktlig. Det skyldes flere forhold. Først og fremst er det klart at bolig og boligpolitikken er noe annerledes i Norge enn det vi finner mange andre steder. Et annet viktig skille er mellom den litteraturen som ser bolig for mennesker med psykiske lidelser som en del av et behandlingsopplegg, og den litteraturen som fokuserer på bolig som en del av den sosiale boligpolitikken. Til en viss grad kan vi også si at dette siste skillet er et skille mellom nasjonale og internasjonale publikasjoner.

### ***Boligsosialt arbeid***

Med boligsosialt arbeid menes det minst tre ulike tiltak. Først handler det om å skaffe bolig til dem som trenger det. Dernest handler det om å sikre beboerne økonomisk på en slik måte at de kan beholde boligen og i siste omgang handler det om å gi beboerne oppfølging i hjemmet for at de skal kunne fungere der (NOU 2011: 15). Bare en liten del av det boligsosiale arbeidet handler om mennesker som trenger oppfølging på alle tre måtene. Det innebærer at boligsosialt arbeid ikke bare har et helse- og sosialpolitisk perspektiv. Den nye NOU 2011: 15 Rom for alle - En sosial boligpolitikk for framtiden, er derfor en utredning som er avgitt til Kommunal- og regionaldepartementet.

Utredningen skisseres følgende utfordringer i boligpolitikken:

- Organiseringen av det boligsosiale arbeidet i staten og kommunene er fragmentert

- Det boligsosiale arbeidet er ikke godt nok forankret politisk og administrativt
- Boligsosiale handlingsplaner er ofte ikke integrert i øvrig planverk
- Utviklingstiltak blir ikke videreført i kommunenes drift når statlige tilskudd opphører
- Oversikten over boligbehovet til vanskeligstilte på boligmarkedet er utilstrekkelig
- Egnede boliger med oppfølgingstjenester er ofte en mangelvare
- Husbankens økonomiske virkemidler ses i for liten grad i sammenheng

For å håndtere disse utfordringene skisserer utvalget følgende suksessfaktorer:

- Suksessfaktor 1: Samordning
- Suksessfaktor 2: Forankring og eierskap
- Suksessfaktor 3: Overordnet strategi for arbeidet
- Suksessfaktor 4: Boligsosial kompetanse
- Suksessfaktor 5: Økonomiske ressurser

Dette innebærer at utvalget i kap. 12 kommer med en del konkrete forslag til hvordan det boligsosiale arbeidet kan styrkes. Disse forslagene er presentert under følgende overskrifter:

- Husbanken som statlig samordner
- Styrke boligsosialt kompetansetilskudd
- Lovfeste det kommunale ansvaret for å skaffe boliger til vanskeligstilte
- Rett til nødvendig bistand til å få et forsvarlig botilbud
- Tydeliggjøre ansvar for forsvarlig bosituasjon som del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester
- Boligsosialt arbeid som del av velferdsutdanningen

Denne utredningen bygger på en omfattende gjennomgang av tilgjengelig norske undersøkelser. Vi skal her bare kort trekke frem Barlindhaug, R. m.fl. (2011) som gjennom ulike scenarioer synliggjør at et langsiktig og aktiv boligsosialt tilbud som samordnes med andre tjenester i en del tilfeller vil være mer kostnadseffektivt enn kort og ad-hoc pregete løsninger.

Smith (2005) har laget en oversiktsartikkel der hun gjennomgår en rekke andre surveys fra Storbritannia. Hennes overordnede konklusjon er at bolig er en basis for andre tjenestetilbud og andre tjenestetilbud må utformes i tilknytning til boligen. En annen interessant oversiktsartikkel er Evans & al (2003) som etter en gjennomgang av 27 relevante artikler konkluderer med at høyere fysisk standard på bolig er korrelert med bedre mental helse.

Fra norsk virkelighet skal vi trekke frem Brønne (2007a & 2007b) som har gjort en interessant evaluering av boligtilbud i regi av Frelsesarmeen og Kirkens Sosialtjeneste. Begge tilbudene var bygget opp rundt tilrettelagte boenheter der tjenestemottakerne fikk en omfattende oppfølging fra en boveileder. I tillegg til de tjenestene som boveilederen ytet, så fikk også mange av beboerne ytelse fra kommunale tjenester.

Undersøkelsene bygger på intervjuer med beboere, boveiledere og kommunale tjenesteytere.

Rapportene fremhever en del faktorer som representanter for alle de intervjuete gruppene peker på. En av disse faktorene er relasjoner. Særlig beboerne gir klart uttrykk for at de etablerer gode relasjoner til boveilederne slik at disse fungerer både som støtte i forhold til daglige utfordringer og som koordinatorene overfor resten av tjenestene. I denne sammenhengen fremheves også fleksibiliteten til

boveilederne – 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 samarbeidsparter.

Tilslutt skal vi også trekke frem Borg & al (2005). Artikkelen fokuserer på hvilken rolle materielle ressurser, særlig bolig, har i bedringsprosesser for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Artikkelen bygger på data fra forskere i fire ulike land. Dataene er hentet fra individuelle intervjuer med et begrenset antall mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

På bakgrunn av disse intervjuene kategoriserer forfatterne hjem som bidro til bedringsprosesser med følgende fire beskrivelser:

- Et sted for vekst og utvikling – i hjemmet kunne informantene selv trekke seg tilbake og ”lade batteriene”. Et sted der de hadde fred, selv om det å få og opprettholde en hyggelig bolig kunne være en utfordring med små ressurser.
- Et sted for kontroll – hjemmet er en plass der de selv må ta kontroll over livet sitt. Det er der de må 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.
- Balansering av privatliv og sosial deltakelse – i 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 eller dersom man ikke har egen bolig unngår man hvis man har egen bolig.
- 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.



Konklusjonen i artikkelen er at bolig er mer enn en fysisk struktur.

Tjenestetilbud som tar sikte på å legge til rette for opptrening i eget hjem bør ha respekt for hvordan beboerne opplever boligen sin. Tjenesteyterne bør legge mer vekt på hvordan de kan fungere mer som veileder enn som instruktør. Fokus bør først og fremst være hvordan man benytte lokalmiljøet som en ressurs og hvordan man som tjenesteyter kan bistå en person i en slik strategi.

### ***Brukerperspektiv***

En stor utfordring i forhold til slike tjenestetilbud er formidling av brukernes (mennesker med psykiske lidelser og behov for omfattende tjenester) egne erfaringer med tjenestetilbudene. En spennende tilnærming til denne problemstillingen har Forchuk & al (2006). De gjennomførte omfattende fokussamtaler med brukere (til sammen 133 personer) i Ontario (i Canada) for å få svar på hvilke utfordringer de ser og hva som er viktig for dem? Sentral i deres resultater var 5 utfordringer og løsningene på disse:

- Utfordring 1: Stigmatisering, diskriminering og forskjellsbehandling gir en følelse av å være undertrykt – brukerne ønsker større forståelse for sin situasjon.
- Utfordring 2: Mangel på sosialt nettverk og hjelp. En vanskelig balansegang mellom uavhengighet og støtte og isolasjon. Brukerne ønsker støtte til å bygge opp sosiale nettverk, gjerne brukernettsverk.
- Utfordring 3: Tilrettelagte boliger. Brukerne ønsker attraktive boliger som de har råd til å ha og der de kan leve et liv slik de ønsker, for eksempel med egne husdyr.
- Utfordring 4: Bedre økonomi. Brukerne ønsker gode støtteordninger

- Utfordring 5: Selvstendighet. Prisen for uavhengighet kan være at man får mangelfull oppfølging ved kriser. Brukerne ønsker derfor god tilgang på ambulante tjenester og på transport til de som ikke er ambulante.

## **Faglige retningslinjer**

Helsedirektoratet har nå gitt ut "*Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*" (IS-1948). Disse retningslinjene retter seg inn mot alle aktørene som yter eller skal yte tjenester til denne målgruppen. Kommunene har i denne sammenhengen en sentral plass, og det påpekes derfor følgende:

*Kommunen er en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser.*

*Kommunenes ansvar omfatter blant annet*

- *kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer*
- *ruskartlegging og psykososial oppfølging*
- *forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)*
- *fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig*
- *sosial eller arbeidsrettet aktivisering*
- *arbeid med individuell plan*
- *generell oppfølging og veiledning*
- *henvisning til behandling*

(IS 1984, s75/76)

Dette utdypes nærmere med å beskrive nærmere en del sentrale kommunale ansvarsområder. Blant annet trekkes det frem følgende områder:

- *Utarbeiding av en individuell plan er et sentralt hjelpemiddel for å ivareta kommunens ansvar for å koordinere både egne tjenester og tjenester som ytes av andre.*
- *Brukerne skal ha et tilbud om varige og tilpassete botilbud. Det innebærer at brukerne skal ha tilbud om bolig som ikke er tidsbegrenset og at det skal være tilbud om ulike former for botiltak. For mange er det også en forutsetning at det er en form for oppfølging i boligen for at de skal kunne klare seg der.*
- *Det understrekes også at kommunen og NAV har et felles ansvar for å sørge for at brukerne får et tilpasset tilbud om arbeid og/eller annen form for aktivitet.*
- *Kommunen har også et ansvar for å følge opp brukernes somatiske helse, både i form av forebyggende helsearbeid og i forhold til behandling av somatiske lidelser.*



## Datasamling

Utgangspunktet for denne evalueringen er et ønske om både å dokumentere de tjenestene som ytes og å forklare hva som fremmer og hemmer den gode yrkesutøvelsen. Evalueringen bygger ikke på en ensidig kontroll av om tjenestenes mål er oppnådd, såkalt målevaluering, men ønsker i stedet å fokusere på hva slags positive og negative virkninger tiltaket samlet har, såkalt helsystemevaluering (Vedung 1998). En viktig intensjon med denne evalueringen er at de erfaringer som presenteres skal gi andre tjenesteytere grunnlag for å utforme tilsvarende tjenestetilbud.

Denne rapporten bygger i hovedsak på data som er samlet inn gjennom intervjuer og observasjon. Følgende intervjuer er gjennomført

- To intervjuer med virksomhetsleder
- Gruppeintervju med tre ansatte i bosenteret
- Ett intervju med en ansatt i bosenteret
- Gruppeintervju med to ansatte i bofellesskapet
- Individuelle intervjuer med fire brukere og en pårørende



## **Moldbakken**

Moldbakken består av to enheter. Det ene er et bofellesskap, det andre er et bosenter. I den videre presentasjonen vil de to enhetene bli beskrevet hver for seg, men de analysene som gjøres vil for en stor del gjelde begge enhetene under ett.

### ***Bosenteret***

I bosenteret har beboerne egen hybelleilighet, men disse mangler kjøkken. Beboerne her er stort sett personer som har opp til 20 års bakgrunn fra psykiatrisk sykehus, mange bærer derfor preg av å være sterkt institusjonalisert. Bosenteret følger reglene i sykehjemsforskriften, slik at mesteparten av beboernes penger går til drift av senteret – de har bare et mindre beløp til personlige innkjøp. Beboerne omgås hverandre i forbindelse med måltider som tilberedes av ansatte og spises i fellesskap, men beboerne selv har lite egeninitiert kontakt seg i mellom.

Beboerne kommer fra langvarige institusjonsopphold i spesialisttjenesten. Spesialisttjenesten anser dem som ”ferdigbehandlet”. Beboerne der får dermed ikke behandling i den forståelse at de gis et tilbud med sikte på å bli bedre. Derimot får de et omfattende omsorgstilbud som inkluderer medisiner og samtaler med personalet. De ansatte legger vekt på å respektere beboernes privatliv og går normalt ikke inn i hybelleilighetene uten at beboerne har sagt at de kan komme inn. Noen av beboerne klarer enkelt husarbeid, men i hovedsak får de bistand fra personalet til å holde sine hybelleiligheter.

Matservering foregår som fellesmåltider og det er ansatt en kokk som lager noen av måltidene, resten av måltidene lages av miljøpersonalet.

Bosenteret skal være et varig hjem for beboerne. Det innebærer likevel ikke at det anses utelukket at noen av dem kan bli så bra at de kan flytte til et annet og mer selvstendig boligtilbud.

Beboerne får eller bistand til ulike ADL-funksjoner, de ansatte tar dem med på tur, kafé og kino. De får hjelp til å gå i butikken for å kjøpe tobakk, klær og annet de har bruk for. De ansatte gjør mer eller mindre alt for beboerne. De lager alle måltider, de sørger for medisiner og dersom de har tid så har de støttesamtaler med beboerne. Få av beboerne har noe tilbud utenfor bosenteret. Det er heller ikke mange aktivitetstilbud i bosenteret, men dersom det er tid og interesse for det, så prøver de ansatte å dra beboerne med seg på ulike aktiviteter. En ansatt sier det slik:

*Vi ansatte har store ambisjoner om å få til ulike aktiviteter, men når det kommer til stykket har de som bor her mer enn nok bare med å bo. Vi lager tilbud om turer og andre aktiviteter, men beboerne evner ikke å nyttiggjøre seg tilbudene. Bosenteret disponerer en minibuss. Den brukes blant annet til å dra på bilturer – noe som er forholdsvis populært blant beboerne.*

Oppfølging av beboerne foregår etter faste ukeplaner der det for eksempel er satt av tid til innkjøp, stell av hybelleilighet og bistand med personlig hygiene. Medlevertturnusen gjør likevel at slike planer ikke må følges slavisk, men at en planlagt aktivitet kan utsettes til det passer uten at dette skaper problemer. Mye av det daglige arbeidet handler om ulike former for ADL-trening med beboerne. Noen av dem har bodd på institusjon i spesialisttjenesten siden de var 14-15 år gamle. Noen reell erfaring i å bo for seg selv, lage mat og ellers sørge for seg selv har de derfor ikke.



Prinsipper for tilbudet:

- Være synlige
- Leve med beboerne
- Skape et stabilt miljø
- Bygge opp tillit
- Skape trygghet

Bolig er viktig. Beboerne trenger å føle at de har sitt hjem. Hybelleilighetene er ikke optimale. De mangler kjøkken og beboerne må ut i felleskorridor for å komme inn i sitt personlige bad/wc. Selv om ingen av beboerne synes å være i stand til å lage egne måltider, så klager flere over at det ikke er en skikkelig leilighet så lenge de mangler kjøkken. Beboerne opplever det altså som viktig å ha en bolig som de kan være stolt av (jfr. Borg & al 2005) og ønsker derfor at denne skal være så ”normal” som mulig. Det er likevel åpenbart at det tilbudet beboerne får, er et klart fremskritt fra hva de har opplevd tidligere.

Utfordringen for beboerne i bosenteret er å få et tilbud der de føler seg trygge. Den første tiden etter at senteret ble åpnet var beboerne preget av at dette var nytt for dem og det tok noe tid før de ble trygg både på de andre beboerne og på personalet. To av beboerne hadde en slik atferd at de skapte utrygghet blant de andre beboerne. De ble derfor flyttet ut av bosenteret. Etter at disse beboerne flyttet ut, ble situasjonen for de andre beboerne klart bedret. Dette synliggjør hvor viktig et stabilt og trygt bomiljø er for denne målgruppen. En av de ansatte beskriver problemstillingen slik:

*To beboere var for syke til å bo her – etter at de flyttet er det blitt et mye roligere hus. Bedre tid til de andre – disse var for krevende og la for mye beslag på tiden til de ansatte slik at det ikke ble tid til de andre. Disse personene klarte ikke å bo sammen med 11 andre – men kan trolig klare*

*seg i sammenhenger der det bare er 2-3 personer i samme boenhet. Det er åpenbart behov for tilbud der beboerne er vesentlig mer skjermet enn i slike enheter. Roen og freden og ikke minst tryggheten for de andre som bor her er noe helt annet.*

De ansatte understreker at alle beboerne er ulike og har ulike behov. De legger derfor opp til at tilbudet til hver enkelt skal være mest mulig individuelt tilpasset. Det understrekes likevel at ressursituasjon er stresset og at mulighetene til individuell tilpasning av behovet derfor er begrenset.

Det er likevel klart at tilbudet skal ivareta ulike personer og ulike behov. I mange tilfeller kan nettopp ulikheten i bakgrunn og behov være en av faktorene som bidrar til suksess. Følgende historie understreker både dette og hvordan et trygt bomiljø kan bidra til positiv utvikling blant beboerne:

*En av beboerne har en tung rushistorie. Han har bodd på gaten, han har bodd på hospits og han har bodd på sykehus før han kom hit. Mange var skeptiske til at han skulle få plass på bosenteret, men etter hvert som han har blitt trygg og har glidd inn i miljøet på bosenteret er rusepisodene nesten forsvunnet. I begynnelsen hadde han også tendenser til utagerende atferd, men det er også ting som er mer eller mindre forsvunnet etter at han er blitt trygg. Det er viktig å understreke at han er den eneste vi har som har hatt et omfattende rusproblem – det er ikke sikkert at dette hadde gått så fint dersom vi hadde hatt flere med rusproblemer.*

Bosenteret har ansvar for ordinær utdeling av medisiner til beboerne. En del av beboerne har dessuten vedtak på at de kan få ekstra medisiner ved behov. Hvorvidt slikt behov foreligger bestemmer de ansatte for en stor del selv. Etter hvert som miljøet ved bosenteret er blitt stabilt og beboerne opplever trygghet,

er behovet for ekstra medisinerings blitt redusert. De ansatte opplever at beboerne i den perioden de har bodd på bosenteret har blitt vesentlig tryggere enn de var, og underbygger dette blant annet ved tydelig reduksjon i bruk av ekstra medisiner.

Bosenteret har et sterkt behov for tett samarbeid med spesialisttjenesten. Delvis innebærer dette veiledning, men det er også jevnlig behov for raskt å få på plass et tilbud om innleggelse. Dette kan handle om endring av medisinerings eller bare en kortvarig skjerming. Bosenteret opplever i dag at de har en bra oppfølging fra spesialisttjenesten. Det er også etablert en avtale med ansvarlig DPS om veiledning av de ansatte. Dette er først og fremst gjort for å få hjelp til å løse faglige utfordringer med bestemte beboere, men bidrar også til at det etableres felles og faglig forsvarlige rutiner i oppfølging av beboerne generelt sett.

### ***Medleverturnus***

For å skape stabilitet og trygghet for beboerne har man tatt i bruk medleverturnus. Det innebærer at personalet, 3 personer, går på vakt 48 timer sammenhengende. 12 ansatte i hele stillinger som går i turnus: 2 døgn på - 6 døgn av, dekker dermed hele vaktlisten. Alt i alt skal beboerne dermed bare forholde seg til 4 ulike team. Teamene består av en med høgskoleutdanning og to fagarbeidere. For beboerne gir dette stabilitet – der de raskt lærer seg turnusordningen og vet hvem som er på vakt og når de andre kommer.

Beboerne på bosenteret har behov for hjelp og støtte til å gjennomføre aktiviteter både inne og ute. Det innebærer at de for eksempel trenger hjelp for å gjøre husarbeid i egen hybelleilighet. Slike tiltak kan det kreves både en viss form for påminnelse og overtalelse til før man kommer i gang. Flere vaktskift i løpet av

døgnet gjør det vanskelig å følge opp beboernes ambivalens i en takt som passer dem. Medleverturnus bidrar dermed til at samme person kan følge opp en beboer som for eksempel trenger tid før vedkommende klarer å bestemme seg for å gå på tur eller delta i andre aktiviteter.

Utfordringen med en slik turnus er kommunikasjonen mellom teamene. I andre virksomheter er det normalt vaktskifte med overlapp mellom vaktene flere ganger i døgnet. Det er dermed større muligheter til å diskutere faglige utfordringer med hverandre enn det man har i en så stram turnus om medleverturnusen innebærer. Bosenteret har derfor satt i gang ulike tiltak for å bidra til bedre kommunikasjon mellom teamene og bidra til at alle teamene følger noenlunde samme opplegg. Først og fremst har virksomhetsleder som normalt bare jobber dagvakter, engasjert seg sterkere i det daglige miljøarbeidet. På denne måten blir hun en person som deltar i miljøarbeidet, men jobber på tvers av teamene. I tillegg har man planlagt at man jevnlig, for eksempel en gang i året, skal flytte en person fra hvert team over i et annet team. På den måten ønsker man å motvirke mulighetene for at det kan utvikle seg uheldige normer innen et team. Det er også etablert faste personalsamlinger, 3 timer hver femte uke, der man møtes og diskuterer faglige utfordringer i fellesskap.

Bosenteret har store fellesarealer med stue, spisestue og felleskjøkken. En del av beboerne oppholder seg der mye og der er det også minst en ansatt til stede. Personalet er stort sett sammen med beboerne hele tiden. Begrepet ”medleverturnus” beskriver ikke bare en turnus, men også en arbeidsform der de ansatte i størst mulig grad ”lever med” beboerne. En ansatt beskriver det på følgende måte:

*Når du lever med beboerne, deler ut medisiner, lager middag, snakker med dem og spiller kort over flere dager, så får du en annen ånd i huset enn det man vanligvis finner på en institusjon.*

Begrunnelsen for denne arbeidsformen synes å være knyttet til særlig to begreper: stabilitet og trygghet. Særlig trygghet er et begrep som benyttes av ansatte, pårørende og beboerne selv. Vi ser fra andre sammenhenger at dette er et viktig poeng ved vellykkete tiltak overfor denne målgruppen (EconPoyry 2011).

En del av stabiliteten og tryggheten forankres i at beboerne vet at dette er deres hjem. Her skal de være så lenge de ønsker. Det gir dem trygghet for hva som skal skje og de vet at deres utfordring er avgrenset til å håndtere den situasjonen de er i.

## **Recovery**

De som bor på bosenteret er ”ferdigbehandlet”. I det ligger det at spesialisttjenesten ikke lengre har et relevant behandlingstilbud til disse personene, men at noen av dem i begrenset grad kan få en viss poliklinisk oppfølging i tillegg til fast medisinerings. De ansatte legger stor vekt på at beboerne ikke skal oppleve forventninger om at de hele tiden skal bli bedre og at de skal klare nye og - for dem – utfordrende oppgaver. Det betyr likevel ikke at beboerne er ”gitt opp”. Heller tvert i mot - det synes klart at prinsippene bak medlevertturnus og fokus på trygghet og stabilitet er forankret i recovery-ideologien (Topor & al 2011). Horvath (2006) peker på at det etter hvert er en omfattende dokumentasjon på at hvilken behandlingsform som benyttes, ikke er så viktig som kvaliteten på den terapeutiske relasjonen. Selv om vi i denne sammenhengen ikke snakker om terapi, eller recovery som behandlingsstrategi,

så er det åpenbart at fokus på gode relasjoner er sentralt i det tilbudet som ytes i bosenteret.

Sentralt i en recovery-strategi er å bygge opp gode relasjoner der brukerne opplever at de møter andre som bryr seg om dem og er opptatt av hvordan det går med dem. Den måten de ansatte lever tett på beboerne, skaper trolig et godt grunnlag for å bygge opp gode relasjoner. Topor & al (2011) legger også vekt på at det er viktig å ha på plass gode materielle rammebetingelser, knyttet til bolig, økonomi og aktivitet. Dette skal også være godt ivaretatt i bosenteret. Et siste element i en recovery-strategi som skal trekkes frem her er tilrettelegging for at brukerne kan utvikle gode mestringsstrategier (coping – strategies). Interessant var det derfor at en av beboerne svarte slik på mitt spørsmål om hvordan han trodde det var å bo der for de andre:

*Jeg tror vi alle stort sett ”koper”, så godt som det er mulig*

*Hva mener du med ”koper”*

*At vi klarer oss – fra engelsk coping*

Jeg tolker dette som at beboerne, etter hans vurdering, stort sett hadde fått på plass brukbare mestringsstrategier.

### **Personlig økonomi**

En utfordring som både beboere og ansatte trakk frem var økonomien til beboerne. Beboerne betaler i utgangspunktet egenandel/vederlag etter reglene for langtidsopphold i ”Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.”. Reglene i denne forskriften synes å være mer tilpasset eldre på sykehjem enn

beboerne ved dette bosentret. Riktignok får beboerne beholde noe mer av sine trygdeytelser enn det kommunen har hjemmel for å trekke, men det er likevel et problem for noen av beboerne. Beboere som er i stand til å ha noe aktivitet utenfor huset og som også røyker, opplever lett at det er økonomi like mye som sykdommen som begrenser dem i forhold til å delta på ulike aktiviteter.

For noen medfører denne problemstillingen at familiemedlemmer stiller opp og yter tilskudd, for andre kan det bety at de blir mer passiviserte enn de ønsker. Her synes det som om det eksisterer en utfordring som dagens regelverk ikke er tilpasset. Etter hvert som samhandlingsreformen trer i kraft og kommunene tar på seg stadig større ansvar for flere grupper som har behov for langvarig opphold i kommunale institusjoner, så kan dette bli en aktuell problemstilling for flere grupper.

### ***Bofellesskapet***

Tilbudet på bofellesskapet er mye det samme, men det er behovet for oppfølging vesentlig mindre – beboerne klarer seg i mye større grad på egen hånd.

Bofellesskap er en bygning der beboerne (8 stk) har hver sin leilighet som de leier og betaler i henhold til egen leiekontrakt i tråd med regler i husleieloven. I dette bofellesskapet er det dessuten en serviceleilighet der det er ansatte døgnet rundt – nattevakten er riktignok sovende. De ansatte i serviceleiligheten har ansvar for utdeling av medisiner til beboerne og bistår ellers beboerne med tjenester etter behov. Beboerne kommer vanligvis innom serviceleiligheten når de skal ha sine medisiner og noen av dem blir da værende der en stund. I tillegg lages det jevnlig felles måltider som en stor del av beboerne deltar i. De fleste

beboerne er også med på å lage i stand til disse måltidene. Det er forholdsvis stor aktivitet i serviceleiligheten.

Beboerne i bofellesskapet er stort sett i aldersgruppen 20 og opp til 40 år. De fleste av dem har vært inn og ut av institusjon siden før de ble 18 og er i dag uføretrygdete. En del av beboerne omgås hverandre i det daglige, blant annet ved at de besøker hverandres leiligheter og f.eks. sitter sammen og spiller dataspill eller ser på TV. I tillegg arrangerer de ansatte ulike fellesaktiviteter som turer etc.

De ansatte følger opp med ordinære hjemmesykepleie/hjemmetjenester. Det vil si ulike former for ADL-trening/oppfølging. De deler ut medisiner og de følger beboerne til ulike avtaler eller hjelper dem å komme seg avgårde på andre måter. De ansatte følger beboerne opp tett slik at de både får oversikt over hva de klarer selv, hva de må ha hjelp til og hva de kan klare å lære seg opp til å gjøre selv. De arrangerer ulike former for fellesaktiviteter som turer. Bofellesskapet disponerer minibussen til bosenteret en dag i uken. Denne dagen sørger derfor de ansatte for at det blir arrangert utflukter. Denne minibussen kan man også få låne andre dager i uken dersom det er behov for det.

Noen av beboerne har foreslått at bofellesskapet skal reise på ferie sammen. Forslaget er blitt tatt seriøst av de ansatte, men hvorvidt det er praktisk mulig å gjennomføre var ikke avklart da intervjuene ble gjennomført.

De ansatte deltar i ansvarsgrupper med andre som yter tjenester til beboerne og de oppfatter at de blir hørt i disse sammenhengene. En av beboerne har Individuell Plan. De ansatte tar også initiativ overfor andre tjenesteytere dersom de opplever at det tjenestetilbudet som beboerne har ikke er tilstrekkelig eller at det bør endres av andre grunner.



Hver beboer har to primærkontakter. Disse samarbeider med beboeren om å lage ukeplaner og å følge opp med bistand i leiligheten. Vanlig bistand i leiligheten er husarbeid, eventuell trening i å gjøre det selv, oppfølging av personlig hygiene og vask av klær. Personalet opplever at beboerne setter pris på den bistanden de får.

Serviceleiligheten er sentral. Der kommer beboerne innom for å få sine medisiner, vanligvis to ganger for dagen. Flere kombinerer disse besøkene med å sette seg ned og lese avis, se på TV og/eller ta seg en kopp kaffe eller bare for å snakke med de ansatte. Av hensyn til brannsikkerheten er beboerne blitt oppfordret til å komme innom serviceleiligheten før de går ut eller kommer de kommer hjem. Dette gjør de fleste og det blir da gjerne en samtale med de ansatte om hva de skal og hvordan de har hatt det når de kommer hjem igjen.

Beboere og ansatte samles også serviceleiligheten to ganger i uken til fellesmåltider. Hver onsdag er det felles kveldsmat. Da bakes det gjerne brød eller rundstykker og beboerne tar selv med pålegg som alle deler på. Hver lørdag er det fellesmiddag. I tillegg serveres det kaffe gjerne med vafler eller noe lignende. Det er personalet som har ansvar for disse måltidene, men de får gjerne hjelp fra en eller flere av beboerne.

Intervjuer med ansatte og beboere ble gjennomført like før jul og dagen etter skulle bofellesskapet arrangere koldtbord for beboere og pårørende. Det var i den forbindelse interessant å registrere at en av beboerne som var blitt intervjuet og åpenbart følte seg ubekvem og utrygg i intervjusituasjonen, gikk rett fra intervjuet inn på kjøkkenet i fellesleiligheten. Der fremsto vedkommende som en helt annen person som raskt fant sin plass som likeverdig deltaker med de ansatte i arbeidet med å forberede matlagingen. For en utenforstående så dette ut

som om beboeren var så trygg både på stedet og personalet at vedkommende fungerte helt uten symptomer på sin sykdom.

Beboerne kommer gjerne innom i fellesleiligheten hvis de har behov for en samtale, for eksempel hvis de opplever angst eller tilsvarende. Slike samtaler føler personalet seg kvalifisert til å ta og de har klart inntrykk av at beboerne setter pris på disse samtalene og at de er til hjelp.

En del av beboerne omgås også seg imellom. Blant annet så besøker de hverandre for å spille dataspill og se på Tv/filmer. En av beboerne fortalte at samme dagen som vedkommende ble intervjuet så skulle vedkommende ha to av de andre beboerne til middag på svineribbe. Så omfattende matlaging var ikke vanlig, ellers gikk det mye i halvfabrikata. Personalet hadde likevel inntrykk at alle beboerne har et noenlunde godt og variert kosthold.

Ett år etter at bofellesskapet åpnet er det personalets vurdering at flere av beboerne har hatt en positiv utvikling og at de behersker flere oppgaver nå enn da de flyttet inn.

## **Nettverk**

Både ansatte og beboerne beskrev ulike former for nettverk og fellesskap mellom beboerne. Enkelte beboere beskrev dette som vennskap. I tillegg pekte ansatte på at den måten fellesmåltidene ble planlagt og gjennomført skapte samarbeid og fellesskap beboerne mellom. I det felles kveldsmåltidet som man hadde en gang i uken, måtte hver beboer selv bidra med pålegg som man delte på. I tillegg deltok beboerne i forberedelser og rydding etterpå. Beboerne ga også klare positive tilbakemeldinger disse måltidene og ga uttrykk for at det gjerne kunne være flere. Ønskene om å få til en felles ferietur må også ses på

som uttrykk for at beboeren oppfatter seg som et fellesskap. At ikke alle beboerne ønsket å delta på en slik ferietur, kan indikere at ikke alle føler seg like inkludert i dette fellesskapet. Personalet pekte på at normalt var det 6 av de 8 beboerne som deltok i felles aktiviteter. De to siste deltok lite.

De to beboerne som ble intervjuet beskrev at de hadde nettverk og venner utenom fellesskapet, men utenom familien var det bare andre som de hadde vært innlagt sammen med, de beskrev som venner. Dette må selvfølgelig ses på bakgrunn av at disse beboerne hadde en sykehistorie med innleggelser allerede fra 15-16 års alder. Vi vet fra tidligere at det kan være litt av en utfordring for mennesker med psykiske lidelser å etablere nye nettverk selv om de bor i boligkomplekser med mange andre friske mennesker (Hansen 1997). En av beboerne hadde søkt om støttekontakt med følgende begrunnelse: ”Jeg vil så gjerne ha kontakt med noen utenfor”. Denne søknaden ble avslått. Det er heller ikke sikkert at det hadde oppstått kontakter mellom beboerne i bofellesskapet dersom ikke det ble arrangert fellesmåltider og andre fellesaktiviteter. Det synes derfor som om det er behov for særskilt tilrettelegging dersom denne målgruppen skal kunne bygge seg opp et skikkelig sosialt nettverk.

Personalet har ikke medlevertturnus i bofellesskapet slik de har i bosenteret. I helgen går de to ansatte som er på vakt 13-timers vakter tre dager på rad; fredag, lørdag og søndag. Man vurderer å lage en tilsvarende ordning også de andre dagene. En av beboerne kommenterte denne ordningen på følgende måte:

*Lange vakter i helgen er bra. Da får vi tid til å finne på litt mer. I uken er det ikke bra med så lange vakter fordi da blir de så lenge fri etterpå. Det blir problemer med møter og andre ting som skal følges opp.*

Denne beboeren illustrerer to viktige poenger. Det en er at beboerne ved bofellesskapet har mye mer avtaler og aktiviteter i løpet av uken enn beboerne ved bosenteret. Primærkontaktene har en sentral oppgave med å hjelpe beboerne til å følge opp disse avtalene og aktivitetene. For beboerne er det viktig at de også gjør det. Når primærkontaktene ikke er tilgjengelige så blir det derfor et problem for beboerne. For beboerne er det derfor viktig at primærkontaktene er tilgjengelige når de trenger dem.

Det andre poenget denne uttalelsen illustrerer er at disse beboerne har behov for å se et skille mellom hverdag og helg. I hverdagene er det avtaler med leger, psykologer, fast trening etc. som er sentrale. I helgen derimot er det fritidssysler og andre aktiviteter som er sentrale. Da er langvakter attraktive fordi de skaper muligheter for å reise bort på dagstur eller noe lignende.

Dette må også ses i sammenheng med beboernes ønske om å ha et arbeidstilbud og å få et tilbud om å reise på ferie. Det er åpenbart at beboerne ønsker å ha en mest mulig ordinær syklus på sine aktiviteter. Dette styres nok delvis av behovet for å tilpasse seg omverden i form av eksterne tjenester og tilbud som følger en slik ordinær syklus, men det skyldes trolig også et ønske om å identifisere seg med ”vanlige folk” som følger en slik syklus. Dette behovet er kanskje aller størst for den gruppen av beboere som er i aldersgruppen mellom 20 og 40 år og som er så bra at de ser drømmen om et ”ordinært liv” som en reell mulighet.

## **Bolig**

Vi har foran pekt på at bolig er viktig som en basis for ulike tjenester (Smith 2005). Det gjelder også i dette tilfellet. Vi ser tydelig hvordan de ulike tilbudene beboerne har, er knyttet til at de har et skikkelig boligtilbud og en oppfølging fra ansatte i boligene slik at de kan nyttiggjøre seg de ulike tilbudene de har. Dette

er særlig tydelig for bosenteret som for flere av beboerne er det eneste tilbudet de har. I praksis er det å bo, i seg selv en av de største utfordringene for disse personene. For beboerne i bosenteret er det å ha et sted å bo der de kan føle seg trygge og der de klarer å mestre livet sitt en målsetting som er ambisiøs nok. For beboerne i bofellesskapet er boligen sentral som utgangspunkt både for de tjenester som andre yter og for å selv prøve ut hva slags aktiviteter de klarer å delta i på egen hånd. Får de problemer, kan de når som helst trekke seg tilbake til tryggheten i sin egen bolig (Borg & al 2005).

Til tross for at bosenteret har en rettslig stilling som et sykehjem, så er tilnærmingen noe annerledes enn det man ser på et sykehjem. En av de ansatte beskriver det slik:

*Selv om de ikke har kjøkken, så legger vi stor vekt på at hybelleiligheten skal oppfattes som beboernes hjem. Vi ringer på døren, og går ikke inn før vi har fått svar, vi prøver å motivere de til å delta i husarbeid både i fellesområder og inne i hybelleiligheten, men så er det de som ikke klarer noe av dette og da gjør vi det. Vi legger stor vekt på å lage allianser og avtaler med beboerne slik at når vi går inn og for eksempel rydder i en hybelleilighet så er det på grunnlag av avtale. Alle beboerne blir fulgt opp som følge av fellesmåltidene. Dersom en ikke møter opp går vi og ringer på døren og spør om det er noe som er galt.*

Evans & al (2003) konkluderer at standarden på boligen er viktig. Både beboerne på bosenteret og i bofellesskapet har kritiske merknader til standarden på boligene. I bofellesskapet er det særlig størrelsen og kald trekk om vinteren det klages over. At beboerne i bofellesskapet er kritiske til at hybelleilighetene ikke har kjøkken, er interessant. Selv om disse beboerne ikke selv lager mat, så er det fullt klar over at en ”skikkelig” bolig har kjøkken. Dette understreker noe

av det Borg & al (2005) er inne på – det er viktig å ha en bolig som man kan være stolt av. En bolig skal derfor ikke bare ivareta de kravene som beboerne har for å kunne fungere i boligen – det skal også være et sted som ivaretar de kravene som andre har til en bolig slik at den kan vises frem med stolthet.

Flere av beboerne understreker dessuten at boligen har en flott utsikt. Det er grunn til å tro at en forklaring på at dette fremheves, er at det er forbundet med status å ha utsikt. Boliger med god utsikt er det derfor grunn til å være stolte av. I tillegg er det grunn til å tro at fin utsikt er et av de elementene som bidrar til at høy boligstandard gir bedret psykisk helse (Evans & al, 2003). I bosenteret var det særlig tydelig at pasientene fant glede i å sitte og se utover sjøen.

## **Trygghet**

Et begrep som kommer igjen i nesten alle intervjuene er trygghet. Vi vet allerede at pasienter som er positive til tilbudet de får gjennom ACT-team, fremhever den tryggheten de opplever som en viktig suksessfaktor (Burns 2005, EconPoyry 2011). Paradokset i denne situasjonen er at disse beboerne har årelange opphold i spesialisttjenestens institusjoner, men fremhever at det er først i bofellesskapet og bosenteret de opplever trygghet. Dette kan selvfølgelig være uttrykk for en utvikling i sykdommen, at det er først nå de er så friske at de kan oppleve trygghet. Det er likevel grunn til å tro at det også har noe med boformene. Viktige faktorer er trolig størrelsen og antall ansatte de har å forholde seg til. Med 8 beboere i bofellesskapet og 12 i bosenteret er dette tilsynelatende håndterbare størrelser for beboerne. Antallet på beboerne, bidrar også til at personalet blir oversiktlig for beboerne. Medleverturnus med bare ansatte i hele stillinger er i så måte hensiktsmessig for beboerne.

Et annet poeng er at egen bolig gir muligheter for at beboerne kan trekke seg tilbake til eget ”revir”. De kan få en balansegang mellom sosial kontakt og privatliv (Borg & al 2005). Selv om de ved bosenteret blir fulgt opp på en mer omfattende måte enn ved bofellesskapet, så vet beboerne også ved bofellesskapet at når de går inn i sin egen hybelleilighet, så får de ikke besøk uten at de selv vil ha det.

## **Sosialt nettverk**

Det at beboerne ønsker et privatliv er ikke en motsetning til at de også ønsker sosial kontakt. Ved å ha sin egen bolig, kan beboerne velge å ha privatliv. Det å velge sosial kontakt er ikke like lett for denne gruppen mennesker. Vi vet fra før at det å etablere sosial kontakt i et bomiljø der man ikke kjenner noen fra før, kan være en utfordring (Hansen 1997). Det sosiale nettverket beboerne både i bofellesskapet og i bosenteret beskrev, besto av familie og venner de hadde fått gjennom felles opphold i behandlingsinstitusjoner. Disse botilbudene gir beboerne muligheter for å ha et sosialt nettverk og for å delta i dette.

Fellesmåltidene ved bofellesskapet fremheves om svært positive av beboerne der. Noen av beboerne har dessuten god kontakt utenom dette. At både beboere både ved bofellesskapet og bosenteret var opptatt av å få organisert felles ferieopphold, tyder på at de opplever det sosiale fellesskapet i boligene som viktig. Det synes som om disse beboerne har vansker med å etablere egen sosiale nettverk. Det henger selvfølgelig sammen med at de har bodd på institusjon i mange år, men det kan også knyttes til at de ikke deltar på de arenaene som andre bruker som inngangsport til sosiale nettverk, for eksempel arbeid og frivillige organisasjoner.

Sosiale nettverk er viktige blant annet fordi de gir oss trening i hva som er sosialt aksepterte normer for atferd. Normalt er dermed sosiale nettverk en god

hjelp i å gi oss trygghet for hvordan vi skal oppføre oss i gitte situasjoner (Fyrand 1995). Nettverk er også med på å gi oss sosial kontakt dersom vi ønsker det. For beboerne i disse boligene er det kanskje aller viktigst at sosiale nettverk kan bidra til å bygge opp sosial kapital (Putnam 1995). I denne sammenhengen oppfattes sosial kapital som den ressursen det ligger i at man har et nettverk der man både gir og får støtte til å møte utfordringer.

En viktig begrunnelse for å etablere boformer for flere beboere sammen, er å få til en effektiv utnyttelse av ressursene som benyttes til oppfølging av beboerne. Tøssebro & Kittelsaa (2011) peker på at store bofellesskap er problematiske, særlig for utviklingshemmede. Argumentene mot store bofellesskap knyttes både til at man samler mennesker som ikke passer sammen og at de blir for store til at beboerne klarer å forholde seg til det store antallet mennesker. 12 personer, slik det er i bosenteret, er etter forfatterens mening et forholdsvis høyt antall. I dette tilfellet kompenseres det nok av at man begrenser antallet ansatte å forholde seg til gjennom medleverturnusen, og at man har vært så tydelig på at man ikke kan ha beboerne som skaper uro i miljøet. Samtidig er det tydelig at det er behov for en viss størrelse på et boligtilbud for at det skal være muligheter for at alle beboerne kan skape seg et nettverk. Ulike former for felles botilbud synes derfor å være viktig for den pasientgruppen som ikke selv klarer å etablere et sosialt nettverk.

## **Arbeid**

For mange av oss er arbeidsplassen den viktigste arenaen for etablering av sosiale nettverk. Noen av beboerne i bofellesskapet har et arbeid, eller er i ferd med å få et arbeidstilbud gjennom NAV. Flertallet av beboerne både i bofellesskapet og i bosenteret er likevel ikke i stand til å ha en ordinær jobb. Tilbakemeldingene fra beboerne er likevel at de ønsker seg en jobb. Hammer og



Øverbye (2006) kaller arbeid for en identitetsmarkør. Personer beskrives ut fra hvilket arbeid de har og de som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet må gjerne bruke mye innsats på å rettferdiggjøre denne situasjonen. Å arbeide - å ta del i den samfunnsmessige produksjonen – blir vanligvis regnet som den mest grunnleggende forutsetning for at et menneske skal kunne fungere som et fullverdig medlem av samfunnsfellesskapet. Vi har allerede vært inne på at beboerne i bofellesskapet etterlyser kjøkken i hyblene sine fordi det er viktig med «riktige» leiligheter. På samme måte er det grunn til å tro at ønsket om arbeid også er et uttrykk for ønsket om å være «normale».

Hansen & al (2010) viser hvordan et tilbud om tilrettelagt arbeid var med på å bygge opp deltakernes sosiale kapital. Disse beboerne har et svært begrenset sosialt nettverk og tilsvarende lite sosial kapital. Et tilrettelagt arbeidstilbud kan dermed være en måte å bygge opp disse beboernes sosiale kapital.

Ose & al (2009) peker på at tilrettelagt arbeid kan være med på å bedre den psykiske helsen. Dette gjelder i alle fall de som har mindre alvorlige psykiske lidelser. Hvorvidt dette også gjelde de med så alvorlige psykiske lidelser som disse beboerne har, er uklart – her trengs det mer forskning. Det er likevel grunn til å være oppmerksom på at de som prøver seg i arbeid uten å klare det, kan oppleve store skuffelser. Arbeid kan, ut fra det vi har sagt så langt, trolig bidra til bedre selvfølelse, styrking av sosial kapital og bedring av psykisk helse. Alt dette forutsetter at beboerne tilbys arbeid som de faktisk kan mestre. Det er for de fleste beboerne helt åpenbart at de ikke kan mestre kravene i et ordinært arbeidsforhold. Det kan derfor være nødvendig å tenke helt nytt når det gjelder arbeid for denne gruppen. Spørsmålet er om man kan etablere arbeidsplasser som ikke har som mål å gjøre de ansatte kvalifisert for ordinært arbeid, men derimot først og fremst er til for at de ansatte som ledd i sin

behandling/rehabilitering skal ha tilgang til meningsfulle aktiviteter og sosialt fellesskap.

## Litteratur

Barlindhaug, R. m.fl. (2011): *Kommunal- og samfunnsøkonomiske effekter av boligsosial politikk*, NIBR-rapport 2011:8.

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

Brønne I-H (2007 a): *BoSatt – gode bortespillere på andes hjemmebane – evaluering av prosjekt Bosatt Satellitt*, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 3/2007

Brønne I-H (2007 b): *Boligsosialt arbeid som helhet, samarbeid og individuell oppfølging – evaluering av prosjekt Bolig med nogo attåt*, Diakonhjemmets høgskole, Rapport nr. 7/2007

Burns T, Catty J, Wright C (2006). Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand* 2006: 113 (Suppl. 429): 33–35. \_ 2006 Blackwell Munksgaard.

EconPoyry (2011): *Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evalueringen av forsøk med ACT i Mossregionen*. EconPoyry rapport 2011:013

Evans, G w., Wells, N M. & Moch, A (2003): "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, C; Nelson, G & Hall, B (2006)"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

Fyrand, L ( 1995): *Sosialt nettverk: teori og praksis*, Oslo, TANO

Goffman E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*, 2. utgave, Oslo, Pax Forlag

Hammer T, Øverbye E (red.) (2006) *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier*. Gyldendal Akademisk

Hansen, G V (1998): *Evaluering av prosjekt ettervern i Fredrikstad*, Høgskolen i Østfold, Halden, Arbeidsrapport 1998:1

Hansen, G V; Fugletveit, R & Arvesen, P (2010): «Pedalen»: *Sykkelverksted og sykkelparkering*, Høgskolen i Østfold, Halden, Oppdragsrapport 2010:4

Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. IS-1554 Rapport.

Helsedirektoratet (2012): *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser* (IS-1948).

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258-263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258

Johannessen, K (2008): *Et liv mellom bygningene - En kvalitativ studie av bostedsløse personers hverdag*, NIBR-rapport 2008:18

NoU 2011:15: *Rom for alle- en sosial boligpolitikk for framtiden*. Kommunal- og regionaldepartementet.

Ose, & al (2009) Psykisk helse og arbeidsliv - behov for nye tilnærminger I: *Søkelys på arbeidslivet 1/2009, årgang 26, 75-92* Institutt for samfunnsforskning.

Putnam R (1995): Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America, *Political Science and Politics*, Vol. 28, No. 4, 664-683

Redko C, Rapp RC, Elms C, Snyder M, Carlson RG (2007): Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers, *Journal of Psychoactive Drugs*, Volum 39 (3), September 2007.

Smith, J (2005): "Housing, Homelessness and Mental Health in Great Britain" *International Journal of Mental Health*, vol 34, no.2, Summer 2005, pp 22-46.

Topor, A; Borg, M; Girolamo, S Di; Davidson, L (2011) Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery *Int J Soc Psychiatry* January 2011 57: 90-99,

Vedung (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.