



Østbyen helsehus, avdeling Leistad

Ove Sandell

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
Del 1: Innledning	7
Boligsosialt arbeid	9
Kortfattet teoretisk bakteppe	10
Determinanter	11
Del 2: Bakgrunnsdata for Trondheimsregionen	15
Trondheim kommune	17
St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern	20
Informasjon om helsetjenestene i Trondheim	22
Del 3: Presentasjon av synspunkter på virksomheten	23
Bakgrunn	23
Mål for tiltaket	23
Individuelle målsettinger for brukere	24
Pasientplasser	24
Retningslinjer	25
Varighet og grunnlaget for retningslinjer	25
Prosedyre	26
Overføringsmøte	26
Innkomstsamtale	27
Nettverksmøte	27
Utskrivningsmøte	27
Trygghetsplasser	28
Kartplasser	29
Informasjon om ansatte og om faglig kompetanse	29
Møtevirksomhet	30
Utnyttelse	30
Revidert sjekklister og nye kriterier	30

Egenbetaling	30
Om samarbeid og samarbeidspartnere	31
Endring av inntaksprosedyrer.....	32
Informasjon om virksomheten på helsehuset.....	33
Formelle relasjoner.....	34
Hemmende faktorer	34
Om myndiggjøring	37
Informasjon knyttet til brukere uten egen bolig	38
Informasjon om ytringer fra nærmiljøet og frivillige foreninger.....	40
Informasjon om brukerevaluering.....	40
Del 4: Teoretisk drøfting	41
Tradisjonsbasert kunnskapsforståelse	41
Implisitt kompetanse eller taus kunnskap	43
Kompetanseoverføring i praksis.....	45
Evalueringsav korttidsoppholdet ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad	46
Oppgaveorganisering og personfokus.....	46
Myndiggjøring og brukermedvirkning.....	47
Individuell plan.....	48
Verdsettende veiledning	48
Del 5: Praktisk drøfting og praktiske føringer av korttidsoppholdet	53
Ulike perspektiver på innholdet i arbeidet	53
Perspektiv 1	53
Perspektiv 2	54
Perspektiv 3	54
Konklusjon	56

Del 1: Innledning

Høgskolen i Østfold har fått i oppdrag fra NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) om å etablere et nasjonalt temanettverk for mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Nettverket skal fungere frem til slutten av 2012. Deltakere i nettverket skal representere kommuner, spesialisttjenestene og brukererfaringer. Målsettingen er å få frem eksempler på god praksis. Nettverket skal være en arena der deltakerne kan presentere sine erfaringer og få tilbakemeldinger med sikte på å videreutvikle sine tilbud. Nettverket skal også være utgangspunkt for en skriftlig dokumentasjon av organisering og resultater av de ulike tilbudene.

Temanettverket er opprettet av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NAPHA's 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, noe som gjøres gjennom å løfte frem nyttig kunnskap og gode eksempler som kan bidra til bedre tjenester for brukerne.

Temanettverket har fokus på mennesker med psykiske lidelser som har behov for omfattende tjenester. Målgruppen er nærmere beskrevet i IS-1554.

Målgruppen er ikke homogen. Følgende beskrivelse representerer eksempler på hvem målgruppen kan favne:

- 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 også vanlig at representanter for målgruppa har en rekke tilleggsutfordringer:

- Problemer med egenomsorg, står i fare for å forfalle fysisk og psykisk, 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, for eksempel 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 tredeler målgruppa:

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

Målgruppa har ofte behov for tjenester fra spesialisttjenesten, men det er først og fremst kommunene som har utfordringene med å få plass et daglig og helhetlig tjenestetilbud.

Boligsosialt arbeid

Med boligsosialt arbeid menes det minst tre ulike tiltak: (1) Å skaffe bolig til dem som trenger det. (2) Å sikre beboerne økonomisk på en slik måte at de kan beholde boligen. (3) Å gi beboerne oppfølging i hjemmet for at de skal kunne fungere der (NOU 2011:15).

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

Kortfattet teoretisk bakteppe

Psykisk helsearbeid knyttes ikke til en bestemt diagnose som definerer hvilke tjenester som skal ytes og hvordan. Temanettverket for mennesker med behov for omfattende tjenester tar utgangspunkt i beskrivelse av profesjonell virksomhet i tre prosesser: Datainnsamling, analyse og tiltak (Abbott 1988).

Datainnsamlingen handler om å få frem grunnlaget for tjenestetilbudet. I forskrift om individuelle planer skisseres det særlig tre datasett for innsamling: Mål, ressurser og behov. Det kreves ofte et omfattende samarbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker for å få fram håndterbare mål. Målformuleringer skal være realistiske og konkrete slik at målene framstår som en reell rettesnor for et mest mulig helhetlig tjenestetilbud. Tjenestemottakerens egne ressurser kan danne utgangspunkt for egen innsats samt å få anledning til å utvikle seg i tråd med egne ressurser. Behovene vil for den aktuelle gruppa være omfattende og sammensatte. Tjenestemottakerne innenfor temanettverket har rett på en individuell plan.

En skikkelig kartlegging av tjenestemottakerens mål, ressurser og behov danner utgangspunkt for analyse. Profesjonell analyse er en vurdering av hvilke tiltak som bør iverksettes for å gi brukere et best mulig tjenestetilbud. Vurderingen skal bygge på tjenesteyternes faglige erfaringer og kunnskap. For målgruppa er det særlig to utfordringer: Den første utfordringen knytter seg til

kunnskapsgrunnlaget. Helsesektorens tilbud knyttes i stor grad til evidensbasert medisin, noe som etter min vurdering ikke er en tilstrekkelig tilnærming. Den andre utfordringen knytter seg til at målgruppa er definert til å skulle ha et omfattende tjenestebehov; et faktum som innebærer at det er behov for å gjennomføre analysen i samarbeid mellom flere tjenester og ulike yrkesgrupper. Organisering og gjennomføring av de enkelte tiltakene er siste ledd i prosessen. Hvordan skal tjenestene ytes? Skal de bli gitt av en eller flere tjenester? Ytelse i eller utenom ordinær arbeidstid?

Determinanter

Tjenesteytingen påvirkes av mange forhold som fremmer eller svekker ønsket resultat. Forholdene (determinantene) som påvirker tjenesteytingen kan med fordel deles inn i tre nivåer (San Martin-Rodriguez & al 2005):

Systemiske determinanter kan være politiske føringer. Opptrappingsplanen er en politisk føring som fremmer og gjør mulighetene for å gi et godt tilbud til mennesker med psykiske lidelser bedre. Politiske føringer trekker ikke alltid i samme retning. En annen systemisk determinant er det sosiale systemet. Statusforskjeller mellom biomedisinsk og sosiologisk tilnærming kunne eksempelvis kunne gjøre det vanskeligere å få gjennomslag for argumenter om at et tjenestetilbud må bygges på lokale erfaringer og en individuell vurdering av hver enkelt tjenestemottaker. Andre systemiske determinanter kan være utdanningssystemet, profesjonene og generelle lover i samfunnet.

Organisatoriske determinanter har betydning for tjenestene. Offentlig forvaltning i Norge er stort sett bygget opp som hierarkiske linjeorganisasjoner. Hierarkiske linjeorganisasjoner er primært bygget for å ivareta arbeidsdeling og kommunikasjon mellom over- og underordnede. Det blir utfordrende for en slik

organisasjon å få til et godt samarbeid på tvers innenfor organisasjonen og mellom ulike organisasjoner.

Organiseringen av tjenestetilbudene varierer i forhold til ulike dimensjoner. En dimensjon er om tjenesten er individorientert eller oppgaveorientert. En oppgaveorientert tjeneste er organisert i forhold til hvilke oppgaver tjenesten skal yte. Oppgaveorientert tjeneste har vært den klassiske måten å organisere norske kommuner. Ulike avdelinger utfører bestemte og avgrensede tjenester. Målgruppa mottar tjenester fra hjemmesykepleie, hjemmehjelp, sosialkontor, for psykisk helsearbeid, undervisningsetat og kulturkontor. Hver avdeling har ansvar for avgrensede tjenester. Tjenestemottakerne har selv i betydelig grad hatt hovedansvaret for å sørge for at tjenestene utgjør en nødvendig helhet.

En individorientert tjeneste forsøker å ta ansvaret for at brukerne får dekket sine tjenestebehov. Målsettingen er at et tverrprofesjonelt sammensatt ACT-team skal kunne løse en rekke oppgaver som ellers er fordelt på flere avdelinger. Internasjonalt utvikles en del andre modeller som ivaretar de samme prinsippene (Borg & al, 2009). Det etableres løsninger med en individorientert tjeneste som tar ansvar for å sørge for at flere tjenester samarbeider om å få til et helhetlig tjenestetilbud.

Den klassiske modellen med oppdelte og spesialiserte tjenester overlater til brukerne å sette sammen et tjenestetilbud som dekker behovene. Den individorienterte hovedmodellen bygger på at brukeren først og fremst forholder seg til en primærkontakt som samordner tjenestetilbudene. Den individorienterte hovedmodellen inkluderer en rekke forskjellige organisatoriske løsninger. I hvilken grad en ordning med primærkontakt faktisk skaper et samordnet og helhetlig tjenestetilbud blir påvirket av flere faktorer. Øvretveit (1996) trekker

fram integrering, kollektivt ansvar, medlemskap, behandlingslinje og ledelse. Organisering av tjenestene handler også om kontorbaserte og om oppsøkende tjenester. Oppsøkende tjenester som er vesentlig lettere tilgjengelige og mer ressurskrevende enn kontorbaserte.

En grunnleggende forutsetning for utvikling av gode helhetlige tjenestetilbud er at de som skal samarbeide, virkelig ønsker å samarbeide. Tillit er en sentral faktor. Relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Relasjoner tjenesteyterne imellom. Individuell kompetanse er en annen relasjonell determinant. De relasjonelle determinantene handler om forholdet mellom tjenestemottakeren og yterne, men også relasjonene mellom tjenestemottakeren og andre deler av eget nærmiljø. Individuelle holdninger blant tjenesteyterne blir betydningsfullt. Sentrale begreper som respekt og følelse av å bli sett synes å være avgjørende for i hvilken grad brukerne kan nyttiggjøre seg tilbud.

Det relasjonelle nivået preges av ulike behandlingsteknikker. Hubble & al (1999) konkluderer med at behandlingsteknikker er av underordnet betydning for terapieresultatet. Betydningsfulle faktorer deles inn i følgende fire kategorier: (1) Utenomterapeutiske forhold, (2) relasjonelle forhold til behandlingsapparatet, (3) håp, tro og forventninger og (4) behandlingsmodell. Utenomterapeutiske forhold viser til bolig og sosialt miljø, sosial støtte og til sosial kapital. Boligitilbud formidler at brukerne blir gitt tillit og ansvar; et ansvar mange brukere ivaretar. Hjemmet blir via ambulante tjenester en arena for tjenestetilbud. Arbeidsrelaterte aktiviteter synes å være viktig. Brukernes nettverk har betydning. Relasjonelle forhold handler om hvordan brukerne opplever omsorg, respekt, empati. Håp, tro og forventninger handler om brukernes egen tro på at behandling og annen bistand kommer til å hjelpe; noe

som kan innebære en form for placebo- eller Hawthorneeffekt.

Behandlingsmodell refererer til ulike teknikker knyttet til behandlingssamtaler

Del 2: Bakgrunnsdata for Trondheimsregionen

I en masteroppgave skriver Eirik Roos (2010:1ff.) om «*Samhandling – Et tilsiktet eller utilsiktet resultat?*». Masteroppgaven gir en omfattende redegjørelse for bakgrunnsdata og bakgrunnsteppet som ligger til grunn for oppretting av helsehus. Innholdet er svært relevant for aktivitetene som finner sted ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad.

Masteroppgaven sammenfattes på følgende måte:

«Oppgavens problemstilling handler om samhandling mellom sykehus og kommunehelse-tjenesten, og er avgrenset til utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern. Litteraturstudier viser at ca. 4 -500 000 oppholdsdøgn (2008) innen psykisk helsevern i Norge kan klassifiseres som utskrivingsklare. De siste års helsereformer peker fortsatt på behovet for bedre og tettere samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten. Statlige myndigheter har pålagt partene å inngå avtale som regulerer samarbeid om utskrivingsklare pasienter. Avtalen er evaluert av Sintef Helse og denne peker på flere utfordringer knyttet til utviklingen av god samhandling, bl.a. likeverdighet, økonomiske forhold og systemproblemer. En undersøkelse fra OECD-land (2009) viser at Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggelsesrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet.

Utskrivingsklare pasienter er et omfattende problem, både for pasientene og for partene som skal samhandle om å effektivisere helsesektoren. Jeg har formulert min problemstilling på følgende måte:

HVA ER ÅRSAKER TIL AT UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN MÅ VENTE PÅ UTSKRIVNING, OG HVA KAN GJØRES?

For å svare på problemstillingen er det formulert fire forskningsspørsmål:

- 1. Hvor lenge må utskrivingsklare pasienter vente på kommunale tjenester og hva er samfunnskostnadene? Hvilke tjenester venter de på?*
- 2. På hvilket grunnlag foretar sykehusansatte vurderinger av kommunale omsorgsbehov og på hvilken måte formidles disse til kommuneansatte?*
- 3. På hvilken måte blir brukerdata om omsorgsbehov kvalitetssikret av kommuneansatte og hvordan omsettes disse til en kommunal kontekst?*
- 4. Hvordan kan kommunalt helsehus være en ny arena for kunnskapsutvikling?»*

Roos (Ibid) formidler at 26 utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern måtte vente i gjennomsnitt 10,6 måneder på tjenester fra Trondheim kommune etter at behandlingen var avsluttet. Pasientene utgjorde en samlet sykehuskostnad på 40,3 millioner kroner.

Masteroppgaven synliggjorde en betydelig forskjell i omfanget av tildelte omsorgstjenester før og etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. En gjennomgang av seks utskrivingsklare pasienter synliggjorde at sykehusansatte mente at pasientene trengte ny bolig med tilgang på tjenester hele døgnet selv om samtlige hadde egen bolig før innleggelse og hjelp en gang i uka. Kommuneansatte kopierte deretter bestillingene framfor å vurdere alternative omsorgstjenester.

Fagpersoner i Trondheim kommune kopierer bestillinger på bakgrunn av spesialisthelsetjenestens posisjonsmakt. Det synes som om kommuneansatte benytter en samarbeidsstrategi for å opprettholde en god relasjon i stedet for å utøve tildelt makt.

Funn fra etterbehandling i kommunalt helsehus viser at pasientene utskrives innen fire uker til egen bolig med omtrentlig samme nivå på omsorgstjenester som før innleggelse. Det er kommunens ansatte som både vurderer pasientens omsorgsevner og tildeler individuelle omsorgstjenester. Etterbehandling i helsehus gir følgelig en betydelig kostnadseffektivitet sammenlignet med dagens modell ved færre oppholdsdøgn i sykehus-/DPS og reduserte kostnader til omsorgstjenester.

Roos (Ibid) anbefaler at ledelsen i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune, helse og velferd, avvikler brukermøter inne i sykehus-/DPS som arena for å vurdere omsorgstjenester etter utskriving, videreutvikler Leistad helshus som forum for kunnskapsutvikling - kartlegge omsorgsbehov ved utskriving og sørger for at leder/fagansvarlig ved Leistad helsehus tilføres nødvendig kompetanse.

Trondheim kommune

Det var i følge Roos (Ibid) 1. januar 2010 registrert 170.936 innbyggere i Norges tredje største by. Trondheim kommune er en stor arbeidsplass med omtrent 12.500 ansatte, noe som krever et velsmurt maskineri for å administrere organisasjonen Trondheim kommune. Kommunen innførte allerede i 1998 en to-nivå modell med en strategisk ledelse bestående av rådmannen og seks kommunaldirektører med ansvar for byutvikling, finans, helse og velferd, kultur og næring, organisasjon samt oppvekst og utdanning. Rådmannsinstituttet har egen rådgiverstab med omtrent 60 rådgivere. Rådgiverne jobber på tvers av områdene, men er samtidig inndelt i faggrupper etter fagområdet til den enkelte kommunaldirektør. Rådgiverstaben har ansvar for saksbehandling, for å

utarbeide saksfremlegg for politisk foresatte, tjenesteutvikling og å skulle opptre på vegne av rådmannen i ulike saker.

Det andre ledernivået består av omtrent 250 enhetsledere. En enhetsleder kan ha ansvar for en skole, en barnehage, helse og velferdssenter, hjemmetjenesteenhet, byggesakskontor eller byplankontor. Enhetsledere har budsjett-, personal- og fagansvar innenfor sin enhet. Kommunaldirektør for helse og velferd har ansvar for 78 enhetsledere. Hver leder har ansvar for 30 til 100 årsverk.

Bystyret i Trondheim kommune har vedtatt et mål- og resultatstyringssystem basert på lederavtaler mellom rådmannen og enhetsleder. Rådmannen inngår årlig lederavtale med hver enkelt enhetsleder for å sikre gjennomføring av politiske vedtak. Det er rådgiverstaben som legger til rette for prosessen med å utvikle og fastsette resultatmålene i lederavtalen, samt å vurdere måloppnåelse. Vurdering av individuell måloppnåelse er knyttet til budsjett-/regnskap, medarbeidertilfredshet, brukertilfredshet og faglige resultat.

Trondheim kommune har også innført en bestiller – utførermodell (BUM-modell). Helse og velferdstjenesten har opprettet fire helse- og velferdskontorer med ansvar for å vurdere om beboere oppfyller kriteriene for å motta hjelp og deretter vurdere hvilke tjenester som beboeren må ha for å kompensere for funksjonstapet. Det fattes lovfestete enkeltvedtak på retten til nevnte tjenester. Fagpersoner ved de fire helse- og velferdskontorene deltar i brukermøter inne i sykehus-/DPS om utskrivingsklare pasienter basert på delegert myndighet til å fatte forvaltningsvedtak om kommunale tjenester (bestiller). Det psykiske helsearbeidet i kommunen utføres av flere enheter.

Enhet for Oppfølgingstjenester tilbyr helse og omsorgstjenester til omtrent 1500 registrerte brukere som har rusproblemer og eller psykiske lidelser. Enheten sysselsetter rundt 50 årsverk med høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell.

Enhet for Boveiledning gir hjelp og bistand til omtrent 200 brukere og sysselsetter rundt 40 årsverk. Ansatte har flerfaglig kompetanse og arbeider i turnus.

Enhet for Botiltak, psykisk helse, har rundt 60 årsverk med flerfaglig kompetanse som yter tjenester til personer med psykiske lidelser; brukere som bor i tilrettelagte kommunale boliger. Brukerne har tilgang på helse og omsorgstjenester hele døgnet og alle dager. 120 brukere mottar tjenester fra enheten.

Østbyen helsehus, avdeling Leistad har 10 årsverk som drifter følgende tiltak:

- 10 etterbehandlingsplasser
- 2 trygghetsplasser
- 2 krise-/nattplasser
- 1 plass for flyktninger
- 1 kriseplass for menn som er utsatt for vold og overgrep

Til sammen 16 plasser

Hjemmetjenesten, enhet for kultur, ergoterapi- og fysioterapitjenesten, legevakt og helsehus yter også hjelp til personer med psykiske lidelser.

Trondheim kommunes plan for psykisk helse (2007 – 2010) har som mål at antallet utskrivingsklare pasienter ikke skal overstige ti, og at ingen skal vente på kommunale tjenester i mer enn seks uker.

St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern

St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern skal gi befolkningen i hele Sør-Trøndelag psykiatrisk behandling på spesialisthelsetjenestenivå (Roos 2010).

Psykisk helsevern består av sykehuset avdeling Østmarka som har øyeblikkelig hjelpfunksjon og spesialavdelinger, Regional sikkerhetsavdeling Brøset, tre distriktpsikiatriske sentra (DPS) som betjener hver sin del av Sør-Trøndelag fylke og Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk.

Østmarka sykehus, Nidaros DPS og Tiller DPS. Østmarka sykehus består av åtte poster eller avdelinger. Akuttpost 1, 2, 3 og 4 ivaretar akutt-/øyeblikkelig hjelpfunksjonen. Hver av postene har ti senger. Postene vil først og fremst behandle akutt krisetilstand og forsøke å kartlegge videre behandlingsbehov. Etter akuttbehandlingen henvises pasientene til egnede behandlingsopplegg ved samarbeidsparter som kommunene, DPS og langtidsposter ved avdelingen. Miljøkontaktene vil sammen med den enkelte pasient og behandler planlegge behandlingen under oppholdet ved postene. Behandlergruppa består av overlege (psykiater), leger og psykolog. Sosionom er tilknyttet postene. Overlegene har det medisinske ansvaret.. Avdelingssykepleier er ansvarlig for sykepleietjenesten ved posten.

Spesialpost 3 er en døgnavdeling med 16 plasser for unge nysyke personer med psykoseproblematikk og som også kan ha rusmisbruk. Innleggelsestiden vil være tre til ni måneder. Spesialpost 4 er en korttids rehabiliteringspost med 16 døgnplasser. En psykolog leder spiseforstyrrelsesprosjektet. Før utskrivning kan pasientene få tilbud om dagpasientstatus i omtrent to uker. Posten kan også tilby kort poliklinisk kontakt i påvente av videre tilbud.

Spesialpost 6 er en aktiv, utviklingsorientert og utadrettet post for utredning og behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, sammensatt problematikk og varig funksjonssvikt. Posten er en lukket sengeavdeling. Under oppholdet vil det etableres samarbeid med DPS og kommunen for å tilrettelegge for oppfølging etter utskrivning. Behandlingen bygger på medisinsk og miljøterapeutiske prinsipper. Spesialpost 7 er en rehabiliteringspost med seks plasser primært rettet mot personer med alvorlig sinnslidelse. I tillegg er det seks plasser i «Gulhuset» som ligger i en bygning vis a vis sykehuset. «Gulhuset» blir brukt som en overgang for pasienter som er på vei ut i samfunnet og fungerer som en gradvis tilnærming til et selvstendig liv i egen bolig. Hovedmålet er å tilby et stabilt og faglig høyt nivå på behandlingen til mennesker i en fase av livet hvor de trenger støtte og ekstra oppfølging til å takle hverdagen. Støtten innbefatter læringsfokuserte strategier for å takle livet utenfor en institusjon. Posten har også målsetting om arbeidstrening, samt å skulle kartlegge og øke funksjonsnivået ved observasjon i et lite arbeidsmiljø med individuelt tilrettelagte arbeidsoppgaver.

Nidaros DPS er et nytt distriktpsikiatrisk senter som består av døgnavdelinger, poliklinikker og psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam (PART).

Tiller DPS er et distriktpsikiatrisk senter som består av døgnavdelinger, poliklinikker og et aktivt oppsøkende støtteteam (assertive community team). I tillegg er det et ambulant akutt team som tilbyr samtaler i poliklinikk, hos samarbeidspartnere eller ved hjemmebesøk. Teamet kan følge opp den enkelte pasient i inntil tre uker. Dersom det skulle være behov for ytterligere behandling, så vil pasienten bli henvist til spesialisthelsetjenesten eller bli fulgt opp av kommunal helsetjeneste.

Informasjon om helsetjenestene i Trondheim

Helsetjenestene i Trondheim kommune er oppgaveorganisert. Ulike avdelinger eller enheter utfører sine spesialiserte tjenester. Østbyen helsehus, avdeling Leistad, fungerer som en støttefunksjon i overgangen mot egen bolig og kan fremme et personfokus gjennom å anbefale vedtak om at brukeren skal få en kommunalt ansatt å forholde seg til. Vedtaket blir avgjørende. Det er i følge ledelsen ved helsehuset viktig å finne brukerståstedet så tidlig som mulig, for så å gjennomføre møter med aktuelle samarbeidspartnere.

Respondenten fra kommunal sentralledelse formidler at det koster kommunene egenandeler eller dagpenger å ha somatiske pasienter ventende på sykehus etter at de er ferdig behandlet. Det koster merkelig nok ingenting innenfor psykiatri. DPS burde i følge respondenten være i kommunal regi.

Trondheim kommune arbeider med å utvikle egen hjemmetjeneste for personer mellom 18 og 67 år; det vil si for brukere med psykisk lidelse og eller med rusproblematikk, psykiatri og psykisk syke der en fagansatt vil ha hovedansvaret for den aktuelle brukeren. Det arbeides med å utarbeide handlingsplaner for mennesker mellom 18 og 67 år. Psykiatri, psykisk helse, og somatikk bør i følge respondenten etableres på samme måte. Årsrapport for helse og velferd synliggjør at ventedøgnene var vel fem måneder i 2009 og i 2010; ventedøgn etter at behandlingen var ferdig. Ventedøgnene la beslag på tjue behandlingsplasser. Psykisk helsevern viser betydelig tålmodighet, samtidig som presset er betydelig.

Del 3: Presentasjon av synspunkter på virksomheten

Bakgrunn

Rune Sundal (2011) fra ledelsen ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad, formidler i et skriv at bakgrunnen for helsehustilbudet kan knyttes til Samhandlingsreformen; en reform som legger føringer for økt ansvar til kommunene og bedre samhandling mellom 1.- og 2.- linjetjenesten. Ideen om å opprette helsehus oppsto som et svar på utfordringen knyttet til at et betydelig antall utskrivningsklare pasienter forble inneliggende i Psykisk helsevern.

Mål for tiltaket

Målsettingen med etterbehandling på Østbyen helsehus, avdeling Leistad er først og fremst å kartlegge individuelle behov for tjenester fra kommunen for å skulle tilrettelegge for at brukeren skal mestre å bo i eget hjem med nødvendig bistand. Med Østbyen helsehus, avdeling Leistad, Leistad, flyttes vurderingene og kartleggingen av behovet for kommunale tjenester fra spesialisthelsetjenesten over til en kommunal arena. Alternativet har tradisjonelt vært at kommunale tjenester bestilles fra spesialisthelsetjenesten og vedtas av kommunens forvaltning før pasienten blir skrevet ut fra sykehuset.

Virksomheten hadde sommeren 2011 fungert i halvannet år. Dagsaktuelt fokuseringsområde er å få flere «*pasienter*» inn og «*fortere*» ut enn nåværende praksis. Østbyen helsehus, avdeling Leistad har inntil mai 2011 vært et rusfritt tiltak uten muligheter til skjerming. Prosedyrene er de samme som for helse- og velferdskontorene. Mange brukere har rusproblemer.

Individuelle målsettinger for brukere

Samarbeidet med brukerne bygger på en individuell tilnærming. Et sentralt fokus er hva som kreves for å mestre å bo i egen bolig. I praksis innebærer fokuset at helsehuset inviterer brukeren til et samarbeid for å komme i kontakt med nødvendige etater i kommunen og med andre offentlige instanser. Ansatte ved helsehuset kan eksempelvis hjelpe til med å innhente skjemaer eller være med pasient til møte med Nav. Videre er det viktig å introdusere pasienten for ulike treffsteder i kommunen. Ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad kan følge pasienten til første møte med treffstedet. Ansatte ved helsehuset tilbyr seg å delta i et hjemmebesøk for å forberede pasienten på å flytte hjem til egen bolig. Tilbudet er et sentralt ledd i motivasjonsarbeidet på veien hjem og gir muligheter for å avdekke behov.

Før Østbyen helsehus, avdeling Leistad ble realisert, så dro brukerne direkte fra institusjon til bolig eller til alternative botilbud organisert av kommunen. Det var alltid samtale om tjenester forut for utskriving, samt opprettelse av individuell plan. Brukerens ønsker sto og står i fokus. Det foregikk et aktivt arbeid blant samarbeidsinstanser for å sikre brukeren det han trenger.

Pasientplasser

Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Avdeling Leistad er et korttidsopphold for:

- Innlagte pasienter i psykisk helsevern (10 plasser) med opphold inntil 4 uker.
- Hjemmeboende brukere som har benyttet etterbehandlingsplass (2 plasser) med opphold inntil 3 døgn.
- Hjemmeboende brukere som opplever å være i en akutt psykisk tilstand (2 plasser) med opphold inntil 3 døgn.

Retningslinjer

Under planleggingen av Østbyen helsehus, avdeling Leistad ble det nedsatt en ressursgruppe internt i kommunen. Det ble også opprettet en mandatgruppe bestående av representanter fra Psykisk helsevern og kommunen. Målet var å utarbeide tjenesteinnhold og retningslinjer for tilbudet ved hjelp av fastlagte kriterier.

Ett fokusert kriterium stilte krav om at pasienten må ha egen bolig å flytte tilbake til forut for overføring til Leistad.

Varighet og grunnlaget for retningslinjer

Etterbehandlingen på Østbyen helsehus, avdeling Leistad, har en varighet på inntil fire uker. Tildelingen av kommunale tjenester skal være vedtatt og iverksatt ved utskrivning til eget hjem.

Den presenterte fireukersregelen er i følge respondenten fra kommunal sentralledelse gyldig for framtidige brukere uten bolig og for brukere med bolig. Det blir større hjelpebehov med ny brukergruppe, men *«neppe større ressursbehov på Leistad!»*. Østbyen helsehus, avdeling Leistad skal koordinere. Andre kommunale instanser skal ivareta brukeren. Trondheim kommune har et oppgavefokus. Østbyen helsehus, avdeling Leistad koordinerer; andre skal handle. Kommunalt ansatte er eksperter på kommunale hjelpetiltak: *«Helsehuset er kommunal ekspert, noe som er selve poenget.»*

Helsehuset har ingen åpning for pleiekultur. Skjerming er uaktuelt. Brukerne er i slike tilfeller ikke utskrivingsklare. Problemet er imidlertid at mange psykiatriske pasienter blir i institusjon fordi de ikke har et tilrettelagt kommunalt tilbud.

Respondenten fra kommunal sentralledelse understreker at det relasjonelle er nedfokuset på Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Det blir viktig ikke å etablere for sterke relasjoner til helsehuset. Relasjoner skal reetableres i nærmiljøet. Hjemmetjenester må på banen. Brukere kan selvsagt ha hatt for lite hjelp tidligere.

Ansatte kan dra på hjemmebesøk allerede første eller andre oppholdsdag. Hjemmebesøk favner å skulle kunne overnatte en dag hos brukere for å skape trygghet. Brukerne skal fylle dagene med noe. Ansatte skal kartlegge. Andre ansatte og familie eller venner kan med fordel trekkes inn i utskrivingsprosessen.

Suksesskriteriene for helsehuset er redusert behandlingstid i psykisk helsevern og redusert reinnleggelse. Brukerne trenger trygghet. Flere brukere får tilbud ved effektiv behandlingstid.

Prosedyre

Prinsippene for pasientforløpet fra henvendelse fra sykehus til pasienten har flyttet tilbake til eget hjem:

Overføringsmøte

Psykisk helsevern melder om aktuell pasient til Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Det utarbeides avtale om overføringsmøte i Psykisk helsevern der ansatte fra Østbyen helsehus, avdeling Leistad møter og orienterer pasienten om etterbehandlingstilbudet. I møtet blir kriteriene og utarbeidet sjekkliste for inntak gjennomgått sammen med Psykisk helsevern og pasient. Samtalen vektlegger pasientens egen motivasjon for opphold i helsehuset.

Innkomstsamtale

Ved overføring til Østbyen helsehus, avdeling Leistad gjennomføres en kort innkomstsamtale der brukeren blir presentert for huset og får informasjon om husreglene. Målsettinger for oppholdet og forventninger om hva Østbyen helsehus, avdeling Leistad kan tilby blir avklart. Betydningen av at brukerne har opphold i eget hjem blir presisert. Pasienten blir orientert om et kommende nettverksmøte med saksbehandler fra kommunen innen en uke etter innkomst.

Nettverksmøte

Ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad avtaler med saksbehandler om tidspunkt for nettverksmøtet. På møtet orienterer saksbehandler om rettigheter og tjenestetilbud i kommunen. Arbeidet med tildeling av kommunale tjenester iverksettes. For noen pasienter er dette første møte med kommunalt hjelpeapparat. Flertallet har imidlertid fått vedtak om kommunale tjenester allerede før innleggelse i Psykisk helsevern. Møtet gir dermed muligheter for å gjennomgå eksisterende tjenester og evaluere hvordan tilbudet har fungert for pasienten. Pasientens primærkontakt fra Østbyen helsehus, avdeling Leistad deltar i møtet som støtteperson for pasienten. Pasienten blir orientert om fordelene med å opprette individuell plan.

Utskrivningsmøte

Det utarbeides avtale om et utskrivningsmøte for pasienten med saksbehandler til stede før nettverksmøtet avsluttes. Utskrivningsmøtet avholdes i fjerde uke. Hensikten er å gjennomgå brukerens opphold ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad og å kvalitetssikre iverksettelsen av de kommunale tjenestene. Møtet gir også mulighet til å foreta justeringer og endringer i tjenestetildelingen på bakgrunn av observasjon og dialog med brukeren gjennom oppholdet. I

utskrivingsmøtet kan kontaktpersoner være til stede for å etablere kontakt med pasienten forut for hjemreise.

Pasientene får tilbud om legetilsyn hver tirsdag av helsehuslege; noe som er et viktig bindeledd mellom Leistad og fastlegene.

Trygghetsplasser

Etter endt etterbehandling avgrenset til fire uker, så har brukeren et tilbud om å komme tilbake til helsehuset på trygghetsopphold på inntil tre døgn.

Trygghetsplasser er et lavterskeltilbud bestående av to sengeplasser der pasienten selv definerer sitt behov. Hensikten med trygghetsplasser er å gi pasienten mulighet til å komme tilbake til Østbyen helsehus, avdeling Leistad i perioder når livet blir vanskelig. Brukerens tilstand kan ikke være av en slik karakter at sykehusinnleggelse vil være nødvendig. Alle som får opphold på helsehuset blir gitt et løfte om at det skal være trygge og rusfrie omgivelser. Det stilles krav om at brukeren skal være rusfri.

Østbyen helsehus, avdeling Leistad har to trygghetsplasser. Trygghetsplassene blir benyttet. Plassene er på mange måter brukerstyrt. «*Pasientene definerer selv sine behov.*» Brukerne kommer på eget initiativ inntil ett år etter ordinært opphold.

En intervjuet respondent formidler uoppfordret at Østbyen helsehus, avdeling Leistad «*fungerer flott med hensyn til trygghetsplasser*». Andre respondenter bekreftet synspunktet.

Kartplasser

KART er en kommunal ambulant rus- og psykiatritjeneste som ble opprettet under opptrappingsplanen for Psykisk helse. I samarbeid med Østbyen helsehus, avdeling Leistad disponerer KART to plasser til kriseopphold begrenset til tre døgn. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom Østbyen helsehus, avdeling Leistad og KART med kriterier for oppholdet. Ett kriterium stiller krav om at brukerne er rusfri ved inntak. Det skal videre være vurdert alternative løsninger som innleggelse i sykehus. Tilbudet er rettet mot kjente brukere av KART.

Informasjon om ansatte og om faglig kompetanse

På Østbyen helsehus, avdeling Leistad er tverrfaglighet tillagt stor betydning. De ansatte har ulike fag- og realkompetanse. Det er ansatt helsearbeidere med treårig helsefaglig utdanning som vernepleiere og sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsevern, pedagoger med videreutdanning, hjelpepleiere med videreutdanning i rehabilitering og sosionomer. Østbyen helsehus, avdeling Leistad har egen helsehuslege fem timer i uka.

Samlet status er 10 årsverk fordelt på omtrent 15 stillinger. Det er bare to menn i hel stilling; pluss to menn i helgestilling. Alderssammensetningen er førti år pluss. Yngste ansatte er 23 år. Mange studenter har praksisperioder ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Helsehuset har to eller tre ansatte på dagtid; fire ansatte to dager i uka. To ansatte jobber på kveldstid, i tillegg er det en nattevakt.

De ansatte er i følge ledelsen det viktigste kriteriet for å skulle lykkes med målsettingen. Alle fortsetter, noe som i følge ledelsen skyldes gode rutiner pluss *«bevissthet om egne roller pluss å kunne få lov til å være seg selv»*. De ansatte har blitt flinke til å diskutere brukerståed. Østbyen helsehus, avdeling Leistad

har i følge ledelsen utviklet en kollektiv kompetanse som består av individuelle kompetanser hos ei tverrfaglig sammensatt helse- og sosialfaglig faggruppe, samt pedagoger. De ansatte ved helsehuset ønsker å bli tatt mer med på råd når aktuelle målgrupper blir vurdert i kommunen.

Møtevirksomhet

Ledelsen formidler at Østbyen helsehus, avdeling Leistad har turnusmøte annenhver onsdag. Fellesmøter finner sted med fire uker pluss, «*men helst innenfor fire uker*».

Utnyttelse

Østbyen helsehus, avdeling Leistad har inntil sommeren 2011 hatt et belegg eller en utnyttelsesgrad på førti prosent. Prosenten vil i følge samtlige respondenter øke ved hjelp av reviderte kriterier for overføring av pasienter fra Psykisk helsevern til helsehuset.

Revidert sjekklister og nye kriterier

Det er utarbeidet en redusert sjekklister i forhold til rus og i forhold til egen bolig. Nye kriterier vil gi større utnyttelse. Igangsettelse fra 1. juni 2011.

Egenbetaling

Egenbetalingen er fra 1. januar 2011 kroner 129 pr døgn. Brukere kan søke om og motta kommunal støtte.

Det er i følge flere respondenter problematisk at brukerne fra 2011 må betale for seg. Døgnpris på 129 kroner er mye for mennesker med dårlig økonomi. Summen er en betydelig merkostnad selv om flere kan søke kommunal støtte

slik at noen slipper å betale. Opplegget er også byråkratiserende fordi potten egentlig er den samme.

Om samarbeid og samarbeidspartnere

Østbyen helsehus, avdeling Leistad, har etablert et samarbeid med Mental Helse. Mental Helse har fast kontortid og er tilgjengelig for pasientene to dager i uka. Pasientene får mulighet til å bli presentert for kontaktpersoner og aktivitetstilbudene til Mental Helse. Samarbeidet vurderes som et viktig skritt på veien i nettverksbygging. For mange brukere gir oppholdet på Østbyen helsehus, avdeling Leistad en gunstig mulighet i nettopp det å få støtte i nettverksbygging der alternativet er å oppsøke aktiviteter på eget initiativ og ved egen hjelp.

Østbyen helsehus, avdeling Leistad ønsker å legge til rette for et godt samarbeid med pårørende og familie til pasienten under oppholdet. I samarbeid med pårørende kan oppgaver som familie har tatt ansvar for bli videreført gjennom det kommunale hjelpeapparatet.

Ledelsen ved helsehuset vurderer bemanningssituasjonen som rimelig, men understreker at nye pasientgrupper uten egen bolig vil kunne kreve flere stillinger. Samarbeidet med Enhet for boveiledning og Enhet for botiltak blir viktigere med nye kriterier. Samarbeidspartnere er først og fremst helse- og velferdskontorene fordelt på fire bydeler.

Gode samarbeidsavtaler ligger i følge ledelsen for helsehuset i bunnen for å skulle kunne lykkes, og Østbyen helsehus, avdeling Leistad har gode samarbeidsavtaler med sine samarbeidspartnere. Samarbeidspartnerne snakker godt sammen og *«tar ting underveis»*. Godt samarbeid med KART framheves. Samarbeidet endres og utvikles underveis. Mandatet og avtaler skaper gode

relasjoner i forhold til Sykehuset. Positivt samarbeid handler om «*ønsker om å skulle lykkes*». Samarbeid handler om vilje til å fremme forandring når forandring virker rimelig. Fleksibilitet er stikkordet.

«*Sykehuset*» synes i følge ledelsen ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad å være tilfreds med samarbeidet med kommunen, noe som kan skyldes vektlegging på personlige oppmøter. Østbyen helsehus, avdeling Leistad viser fleksibilitet og stiller til møter på kort varsel ved henvendelser fra Psykisk helsevern. Videre har helsehuset forpliktet seg sammen med Psykisk helsevern om å gjennomføre faste ukentlige møter mellom fagkoordinator og kontaktperson i Psykisk Helsevern.

Maksimal oppholdstid på fire uker stiller krav om effektivitet i saksbehandlingen internt i kommunen. Helse- og velferdskontorene og Østbyen helsehus, avdeling Leistad har utarbeidet en forpliktende samarbeidsavtale.

Endring av inntaksprosedyrer

Den opprinnelige inntaksprosedyren på ti punkter har blitt endret. Se vedlegg 1. De viktigste endringene innebærer at boligbesittelse ikke lenger er et kriterium for inntak. Rusfrihet er ikke lenger et absolutt kriterium. Inntaket baserer seg på ei liste over mulige pasienter som velges ut basert på ei sjekkliste med bestemte kriterier. Sjekklista virker styrende ved eventuell uenighet med 2.-linjetjenesten.

Første pasient uten egen bolig er ankommet i mai 2011. Ledelsen ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad tror endret inntaksprosedyre vil kunne føre til omfattende endringer. Alternativet er vanlig kommunal bolig med KART-oppfølgning; noe som innebærer oppfølging fra ambulant rus- og psykiatritjeneste.

Ledelsen ved helsehuset hevder at 2.-linjetjenesten er glad for nye kriterier. Ventetida for utskrivingsklare pasienter har vært og er et betydelig problem, noe som ikke fremmer normalisering. Det blir derfor viktig å kunne utnytte kapasiteten som finnes utenfor institusjonene.

Informasjon om virksomheten på helsehuset

Etableringen i 2009 sammenfalt med nye føringer fra staten om samhandling. Østbyen helsehus, avdeling Leistad er på mange måter et pionertiltak. Det har i følge respondenter følgelig forekommet uforutsette hendelser i etableringsfasen til tross for klare retningslinjer for overføring av brukere. Mye tyder på at de uforutsette hendelsene skyldes mangel på informasjon mellom 1.- og 2.linjetjenestene. Et løsningsorientert fokus og drøfting av konkrete erfaringer har økt kvaliteten på samarbeidet enn å virke konfliktskapende.

Siden Østbyen helsehus, avdeling Leistad ikke tilbyr et bredt utvalg av faste aktiviteter på huset, så vektlegges en miljøterapeutisk tilnærming med fokus på at pasientene skal få en opplevelse av å bli sett og hørt i løpet av dagen. Pasientene motiveres til å benytte seg av ordinære aktiviteter som kommunen kan tilby, eller av ordinære aktivitetstilbud som er tilgjengelig. Målsettingen er basert på tanken om et tilnærmet likt aktivitetstilbud som vil kunne bli forventet i eget hjem.

Erfaringer tilknyttet trygghetsplassene viser at noen brukere får dekket sitt behov for omsorg og trygghet i vissheten om at tilbudet er tilgjengelig dersom behovet skulle melde seg, noe som ser ut til å ha hindret unødvendige innleggelse i DPS.

På bakgrunn av kort driftstid, så vurderer ansatte og ledelsen tilbudet ved helsehuset som et godt alternativ etter endt opphold i Psykisk helsevern. Ansatte og ledelsen ser nytten av å fokusere på motivering til opphold i eget hjem fra starten av oppholdet for å skulle støtte en gradvis overføring til egen bolig.

Formelle relasjoner

Ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad forholder seg i følge respondenter til faser i utskrivingsprosessen. Relasjonene skal være formelle og avtalebasert med lite knytting. Brukerne skal delvis bli overlatt til seg selv. Fokuset skal være egen bolig fra første dag. Det er hjemmebaserte tjenester som skal være tett på brukeren. Det er for respondentene generelt sett problematisk at ulike utøvere har avgrensede tjenester. Ansvarer blir fragmentert. Brukere vil generelt tjene på å skulle forholde seg til færre fagmennesker.

Hemmende faktorer

Høyt sykefravær blant ansatte ved helse- og velferdskontorene hemmer samarbeidet. Sykdom og fravær blir et problem i forhold til å skulle gjennomføre viktige møter i løpet av tidsramma på fire uker.

«Alle ideer er ikke like gode.» En samarbeidspartner formidlet uoppfordret innsigelser mot for stor åpenhet i nettverksmøter og i utskrivingsmøter. *«Privat sfære skal være privat.»* Det er viktig å kunne skille ut og å formidle hva som er relevant for møtedeltakerne. Ansatte ved helsehuset har i følge respondenten ikke vært tilstrekkelig profesjonelle.

Intervjuete samarbeidspartnere formidler tydelige og rimelig entydige meldinger: *«Skal de jobbe bra, så må helsehuset tilføres ressurser!»* Det blir eksempelvis problematisk når primærkontakten på helsehuset er på ferie og alt

utsettes ei uke. «*Helsehuset trenger flere ressurser.*» Mer ressurser forstått som fagpersoner. Flere fagpersoner. «*Flere ansatte vil kunne utvikle tilbudet og føre til tettere oppfølging.*» Det trengs for eksempel flere ansatte for å kunne følge opp brukere gjennom å overnatte i bolig for å skulle skape trygghet; et tilbud som er blitt utprøvd.

Respondentene verdsetter tilbudet. Kontakten med Østbyen helsehus, avdeling Leistad er direkte, men de samme respondentene formidler uavhengig av hverandre at kommunen ikke synes å ha forstått psykisk helsevern fullt ut med hensyn til pasienter med langvarige kroniske lidelser. Behovet for lang overgangstid er ikke blitt forstått. Nye regler fra første juni 2011 vil kunne gi god læring i hvordan de aktuelle pasientene med kroniske lidelser skal møtes. Skoen kjennes av brukeren. Respondentene formidler at de ansatte på Østbyen helsehus, avdeling Leistad fort vil finne ut noe om sin egen kompetanse. Psykiatribakgrunn og økt bemanning vil rimeligvis måtte bli aktualisert. Behovet for å fylle ut dagene med meningsfulle aktiviteter vil bli vesentlig større. Det må arbeides betydelig mer med individuell tilrettelegging for å kunne bo i ny leilighet. Aktivitetstilbudet vil favne vidt. Det gjelder å finne ressursene til hver enkelt bruker. Finne interesseområder; hva brukere holdt på med tidligere. Fysiske aktiviteter, trening og miljøarbeid blir betydningsfulle stikkord.

Respondenten finner mye bra med tiltaket. Ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad har mottatt tilbud om å hospitere i 2-linjetjenesten. Det er viktig å bli bedre kjent; viktig for de ansatte på helsehuset å erfare hvordan ansatte i 2.-linjetjenesten jobber. Samarbeid er et gjennomgående stikkord. Det blir viktig å finne felles arenaer. Det blir mulig å frigjøre ressurser gjennom å gjøre noe sammen. Poenget er å utvikle mer samarbeid enn i dag.

Respondentene har stor tro på å videreutvikle samarbeid. «*Det gjelder å skape felles mening.*» Den siterte respondenten ser ingen systemiske hindringer som hindrer samarbeid; inkludert tvangsproblematikk. Det er likevel en utfordring at kommunen og psykiatrien har forskjellige elektroniske pasientjournaler og dermed mangler tilgang til hverandre. Å kunne overføre behandlingsplan/individuell plan ved overføring til Østbyen helsehus, avdeling Leistad er grunnleggende for å skulle kunne lykkes.

Som svar på spørsmål om alternativ organisering formidler respondentene at fire uker ikke bør være et kriterium. De formidler ønske om mer ressurser, flere «*fagfolk*». En respondent antyder en alternativ organisering med to uker inne på helsehuset. Deretter noe hjemme i egen bolig med tett oppfølging. Tilbake til helsehuset. Fire uker og gjerne fire uker pluss etter behov. Noen brukere har familie; andre har det ikke. Det bør utarbeides klare regler for virksomheten ved helsehuset.

Ressursmangel er viktigste innvending mot nåværende organisering.

Respondenter foreslår at andre tjenester i større grad kan trekkes inn. Møter med flere deltakere, med kommunalt ansatte og andre. Viktige kontaktpersoner vil være familie og venner; alle som kan bidra til å gi brukerne et bedre liv.

Respondentene gjentar stor tro på trygghetsopphold. Hjemmesykepleien kan være til stede på helsehuset. Mer samarbeid med alle kommunale instanser vil kunne utvikle tilbudet.

En intervjuet samarbeidspartner formidler at Østbyen helsehus, avdeling Leistad bare har hatt 50 prosent belegg inntil juni 2011. Det kommer nye retningslinjer

fra 1. juni. Respondenten hadde nettopp mottatt regelverket. Belegget vil øke når Leistad skal ta imot mennesker som ikke har egen bolig. Nye pasientgrupper vil rimeligvis måtte føre til noe endret innhold. Funksjonsnivået kan bli vesentlig endret med flere kronisk syke mennesker. Tettere oppfølging vil ganske sikkert bli nødvendig. Respondenten understreker betydningen av at 2.-linjetjenestene blir hørt etter som de ansatte i psykiatrien ofte samhandler med pasientene over lang tid. Respondentene formidler at samarbeidet med ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad generelt sett er bra.

Nye grupper med svakere funksjonsnivå tilsier framtidig behov for flere og/eller andre fagansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Behovet vil øke for å tilsette flere med videreutdanninger innenfor psykisk helsevern. Respondenten forespeiler seg en kompetansediskusjon. Spenningen blant samarbeidspartnere er generelt sett knyttet til personalfaktoren.

Respondenten formidler i tillegg at helsehuset med fordel vil kunne tatt seg av polikliniske pasienter; pasienter som trenger psykososial oppfølging fram for innleggelse på institusjon. Problemet er generelt sett mange utskrivingsklare pasienter som hele tida venter på å få tildelt bolig; pasienter som blir ytterlige institusjonalisert gjennom mange måneders ventetid.

Om myndiggjøring

En respondent formidler at kommunalt ansvar er en god tanke i en overgangsperiode etter som tiltaket fremmer avinstitusjonalisering. En annen respondent formidler at hun møter på Østsiden helsehus hver annen måned eller litt oftere. Temaet er nettverksmøter om brukere. Respondenten vektlegger empowermentperspektivet; at brukerne blir gitt anledning til å ta styring over

eget liv. Respondenten problematiserer som en av flere at flere brukere sier nei til helsehustilbud fra 1. januar 2011. «*Omlegging fra 01. 01. 2011 tilsier betaling fra hver bruker. Vedtakskriteriene er i mai måned 2011 fremdeles ikke avklart.*»

Hovedoppgaven for helsehuset blir i følge den sistnevnte respondenten å skulle kartlegge brukernes behov. Det handler om å innvilge tjenester. Ofte også søknad om kommunal bolig. Det er en praktisk rettet virksomhet. Det skal utarbeides en individuell plan sammen med brukeren. Jo flere tjenester som blir innvilget, desto flere fagpersoner har brukeren å skulle forholde seg til. Det blir for noen brukere viktig med en kontaktperson. Kartleggingen har et uttalt personfokus.

Respondentene formidler at små fagressurser begrenser kartleggingen. Maten blir handlet inn av ansatte. Brukerne har felles middag tilrettelagt av ansatte. De andre måltidene må brukerne tilberede selv.

Informasjon knyttet til brukere uten egen bolig

Østbyen helsehus, avdeling Leistad skal med jevne mellomrom skaffe bolig og kartlegge oppfølgingsbehovet til 15 pasienter. Etter endret inntaksprosedyre vil mange brukere være uten egen bolig; noe som i følge respondenter vil kunne innebære at foreskrevet tilbud på fire uker oftere vil kunne bli forlenget. Mange pasienter har lange institusjonshistorier. Flere enn tidligere vil være relasjonssvake; mennesker som trenger noe lenger tid for å kunne fungere i egen bolig.

Enhet for service og interne tjenester, ESIKT, blir i følge en respondent en sentral samarbeidspartner for å få tak i bolig. Utføreransatte hos NAV,

barnevern og psykiatri blir det samme. «*Forholdet til NAV er utmerket.*» Familie og hjelpeverger blir viktige ikke-kommunale samarbeidspartnere. Det er spesielt viktig å ta hensyn til barn og familie ved planleggingen av boligtilbud. «*I våre dager må brukere ta til takke med det ene tilbudet som de får.*» Det var i følge respondenter større valgmuligheter i gamle dager: «*Boligproblematikken er omfattende. Det er stort behov for flere boliger med base; boligtilbud med heldøgns omsorgsplasser. Boligpolitikken for de aktuelle brukerne er et stort og «stadig økende problem».*

En respondent har ukentlige møter med faglig leder ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad der de samtaler om utfordringer og avklarer misforståelser. Temaene vil ofte være hva brukere sliter med. Fokuset er ellers utskrivingsklare pasienter. Pasienter med langvarige kroniske lidelser er utfordrende og krevende. Mange er kontaktsvake og vil trenge lang tid i mellomstasjon forut for egen bolig. Det har vært problematisk at Østsiden helsehus har operert med tilbud begrenset til fire uker. Fire uker blir kort tid for mange kronikere. Det tar ofte lang tid å vende brukere til ny bolig. Fem sengeposter ble fra 1. juni 2011 forbeholdt pasienter uten bolig.

Mange fra den nye pasientgruppen vil ha behov for egen bolig med base. Nærhet til basen er svært viktig; helst med fellesrom i samme bygg. Det blir viktig for brukere å kunne forholde seg til de samme yrkesutøverne. Kommunen ønsker tilknytning til base selv om boligene er spredt ut over et større nærområde. Trondheim har i følge flere respondenter grunnet nedbygging for få boliger med base. Ambulante team dekker ikke alle grupper; ambulante team favner ikke alle. Den tyngste gruppa trenger basal trygghet.

Informasjon om ytringer fra nærmiljøet og frivillige foreninger

En lokal støtteforening for mennesker med psykisk utviklingshemming har kritisert Østbyen helsehus, avdeling Leistad offentlig. Poenget var institusjonspreg.

Informasjon om brukerevaluering

Brukerundersøkelse for Østbyen helsehus, avdeling Leistad, ble utsendt 5. mai 2011. 66 spørreskjemaer er sendt ut. Ledelsen har mottatt sju svar forut for purring. Se vedlegg 2 som redegjør for gjennomført brukerundersøkelse i 2011.

Oppmerksomhet og fysiske rammebetingelser

Ledelsen ved helsehuset formidler at mishagsytringer fra brukere stort sett handler om begrenset oppmerksomhet. Ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad foretrekker å avtale tid for samtale og for felles aktiviteter. Den formelle linja samsvarer med hva pasientene vil møte når de har flyttet ut til eget nærmiljø.

De fysiske rammebetingelsene vurderes å være gode. «*Pasientene omtaler rommene som hotellrom. Huset er bra. Rammene er fine.*»

Del 4: Teoretisk drøfting

Jeg ønsker som uavhengig aktør og deltakende medfortolker å gi noen teoretiske føringsforslag for hva som etter min vurdering i nær framtid med fordel kan bli undersøkt, diskutert og bearbeidet av yrkesfaglig ansatte i 1.- og 2.-linjetjenesten som har med korttidsoppholdet ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad å gjøre; en virksomhet som etter min vurdering med fordel vil kunne favne brukerrepresentanter, foresatte og representanter for frivillige organisasjoner. Utgangspunktet er (noe spissformulert) omorganisering for å redusere antall ventedøgn for utskrivingsklare mennesker i institusjon. Ventetida var i Trondheim vel fem måneder i 2009 og det samme i 2010; ei ventetid som la beslag på 20 behandlingsplasser. Det har ikke kostet kommunale egenandeler å ha utskrivingsklare psykiatriske pasienter ventende på sykehus; en inntil våre dager med nytt lovverk klar systemisk determinant sammenliknet med somatiske pasienter.

Tradisjonsbasert kunnskapsforståelse

Egenerfaring tilsier yrkesfaglig åpenhet om ulike bakgrunnstepper som vil virke styrende på hvilke tiltak ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad den enkelte yrkesutøver og samarbeidspartner vil anse å kunne være rimelig. Bakteppet tilsier at de finnes ulike perspektiver og forskjellige erfaringsgrunnlag for hva som virker bra.

Tradisjon refererer til historiens gang og til overføring av informasjon, forestillinger og vaner, ikke sjelden med begrenset tilgang på skriftlig instruksjon. Innholdsmessig dreier tradisjon seg etter min vurdering om

tankemønstre og/eller handlingsmønstre; en konvensjon eller en samling konvensjoner representative for ei gruppe mennesker som resulterer i overført kompetanse og institusjonsoppbygging. Konvensjoner refererer til forestillinger og leveregler bestående av påbud, forbud, tvang eller takknemlighet; leveregler og forestillinger som er blitt utviklet ved hjelp av felles språkbruk, systematisk artikulert kunnskap og felles handlingsforståelse.

Når en nyutdannet helse- og sosialfaglig yrkesutøver lærer i praksis, så blir vedkommende innvidd i tradisjonen til etablerte profesjonsutøvere. En nyutdannet helse- og sosialfaglig yrkesutøver får seg forelagt et ordinært praksistilbud der hun følger erfarne yrkesutøvere på ordinære arbeidsplasser og utfører reelt arbeid.

Michael Polanyi (1958a) hevder det bare er mulig å lære ved å underkaste seg tradisjonen etter som ungdommen sosialiseres inn i en kultur og et språk preget av felles vurderinger. Den yngre generasjonen har få muligheter til å kunne vurdere kunnskapen før tradisjonsformidlet kunnskap er blitt internalisert. En begjæring om innsikt og begrunnelse forut for innvielse i kunnskapstradisjonen vil neppe kunne bli innfridd. Tradisjonsoverført kunnskap vil sjelden være fullstendig verbalisert. Tradisjonsoverført kunnskap er med andre ord ikke eksplisitt formidlet eller fullstendig synliggjort.

Den nyutdannet helse- og sosialfaglige yrkesutøveren tilegner seg gradvis profesjonens konvensjoner. Mesterlæring kjennetegnes ved læring gjennom deltakelse i et faglig fellesskap. Eldre generasjoners kunnskap overføres til yngre generasjoner ved hjelp av personlig kontakt. Kontakten skaper sosiale bindinger og sosialt sanksjonert kunnskap.

Implisitt kompetanse eller taus kunnskap

Polanyi (1967) understreker at det finnes innforstått kompetanse eller taus kunnskap; kompetanse som enkeltmennesker og yrkesutøvere vanskelig eller ikke vil kunne gjøre språklig rede for. Å gjenkjenne et ansikt i en menneskemasse dreier seg om en ikkekumulativ kunnskapstilegnelse etter som aktøren gjenkjenner helheten og ikke spesifikke trekk.

Polanyi (op.cit.) forutsetter altså at kunnskap ikke blir begrenset til det språklige, men betoner noe utenomspråklig ved å vise til eksempler fra håndverkkunnskap og laugtradisjoner.

Den nyutdannede helse- og sosialfaglig yrkesutøveren tilsluttes et sosialt fellesskap som verner om og utvikler kulturen. Fellesskapet utvikler seg til en kontrakt mellom generasjonene; en kontrakt grunnlagt på gjensidig tillit mellom yrkesutøverne. Det er et poeng for Polanyi (Ibid) at den nyutdannede helse- og sosialfaglig yrkesutøveren først etter lengre tids kulturtilegnelse vil kunne sette pris på tradisjonens verdier. Det dreier seg om verdsettelse underkastet tradisjonens målestokk; en prosess som går forut for kritisk bedømming. En yrkesutøver forutsettes med andre ord innviet i en tradisjon før hun vil være i stand til å vurdere tradisjonen kritisk.

Den nyutdannede helse- og sosialfaglig yrkesutøveren må kunne skille det vesentlige fra det uvesentlige og tilegne seg vesentlig forståelse for tradisjonsbasert kunnskap før hun igangsetter kritisk utprøving av den samme kunnskapen. Uansett vil kritikken delvis forholde seg til og bygge på tradisjonsbasert tilegnet kunnskap.

Tradisjonsbundne ferdigheter går utover språklige regelsystemer. Det finnes i følge Polanyi (1967) en tradisjon som faller utenfor språket. Språkkledd kunnskap synes å forutsette en handlingsforståelse utenfor språket. Denne implisitte, tause, utenomspråklige handlingsforståelsen viser seg ofte i utført handling. Møtet med tradisjonen og tradisjonens språk blir derfor et møte mellom et personlig du og et personlig jeg. Et møte der du ´et med språket som redskap forventes å skulle kunne formidle en ikkespråklig virkelighet.

Tradisjonsformidlingen fokuserer ikkespråklige forståelser som kulturformidleren kan anvende fordi handlingen er blitt personlig integrert.

Polanyi (1958b) peker på håndverkkunnskap som vanlig språkbruk ikke klarer å beskrive: Ferdigheter, forståelse og kunnskap favner noe utover en tilsynelatende fullstendig språklig gjengivelse. Polanyi viser til profesjonenes praksisutøvelse, til kulturoverføring knyttet til personlig kontakt mellom mester og lærling. Det samme gjelder etter min vurdering for helse- og sosialarbeidere uansett faglig bakgrunn.

Michael Polanyi (op.cit) synliggjorde uartikulert kunnskap ved begrepet «*tacit knowledge*»; taus kunnskap eller synonymet innforstått kompetanse. Den innforståtte kompetansen og verbalisert kunnskap utfyller hverandre. Polanyi benytter sykling og svømming som eksempel på kompliserte kompetanser. Yrkesutøvere kan besitte kunnskap (kompetanse) uten fullt ut å kunne forklare eller argumentere for den samme kunnskapen (kompetansen). Mye innforstått kompetanse vil kunne verbaliseres og utsettes for kritisk refleksjon, og under spesielle forhold forankres som personlig, synliggjort kunnskap.

Polanyis begrep personlig kunnskap knytter sammen det subjektive med intersubjektivitet. Begrepet gjør menneskene til kulturvesener og fungerer

forsonende i konflikten mellom tradisjon og fornuft, en konflikt som kan spores tilbake til opplysningstiden (Sandell 2002).

Tradisjonsbasert kunnskapstilegnelse refererer til noe utover ren imitasjon. Den uerfarne yrkesutøveren vil vanskelig kunne vite hva hun skal imitere uten språklig formidling. Den uerfarne yrkesutøveren er avhengig av forståelige begrep for å kunne tilegne seg erfarne yrkesutøveres ferdigheter, handlingsforståelse og kompetanse.

Kompetanseoverføring i praksis

Mange organisasjoner synes i følge Røvik (2007) å undervurdere betydningen av å kunne «oversette» når ny informasjon eller nye ideer skal bli iverksatt. Røvik viser til god og mindre god oversettelse av litterære tekster og hevder at noe tilsvarende gjelder for å skulle lykkes med kunnskapsoverføring. Roos (2010:89) anvender Røvik (op.cit.) i beskrivelse av botilbudet ved helsehus. Det blir etter min vurdering viktig at alle impliserte samarbeidspartnere blir gjort kjent med hva kommunal organisert etterbehandling i Østbyen helsehus, avdeling Leistad faktisk innebærer.

Fagansvarlige ved helsehuset har et utvidet ansvar og bør på forhånd tilføres kompetanse for å kunne bli dugelige oversettere. Fagansvarlige skal kunne formidle innhold og avgrensninger på en måte som alle impliserte instanser forstår.

Det blir like viktig å formidle tydelig og presisert informasjon om og forståelse for innholdet i hva samtlige samarbeidspartnere faktisk gjør; å avklare og å tydeliggjøre hvilken konkret funksjon ulike enheter og etater har i samspillet.

Det gjelder også å skape egnede møteplasser der fagpersoner fra ulike enheter og etater, brukere og andre frivillige får anledning til å drøfte og utvikle tilbudet.

Evalueringsav korttidsoppholdet ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad

Vedlegg 2 og innspill fra Roos (2010) synliggjør at brukerundersøkelser basert på vanlige vitenskapelige kriterier allerede er iverksatt og vil fortsette med jevne mellomrom; et faktum som får meg til å fravelge videre utdypning.

Utviklingsarbeidet bør med jevne mellomrom evalueres ved hjelp av vitenskapelige metoder (Jacobsen 2005).

Jeg vil likevel anbefale ledelsen ved Østbyen helsehus å sende ut et spørreskjema til samtlige yrkesfaglige samarbeidspartnere med noen få fullstendig åpne spørsmål om hvilke forventninger den enkelte yrkesutøveren har til korttidsoppholdet. Poenget vil være å skulle skaffe seg bredest mulig oversikt.

Oppgaveorganisering og personfokus

Trondheim kommune tilbyr oppgaveorganiserte tjenester, mens Østbyen helsehus, avdeling Leistad på Leistad har et tydelig personfokus.

Forskjellen mellom oppgaveorientering og personorientering er belyst av Abbott (1988) og av Hansen (2007). Ulike tiltak bygger på enighet om individuelle behov, ressurser og målsetting for hver enkelt bruker. Med et oppgaveorientert utgangspunkt blir problemet i neste omgang å utvikle et best mulig helhetlig tjenestetilbud tilpasset den enkelte bruker uten på forhånd å skulle standardisere målgrupper der yrkesutøvere har tydelige rammer for hvem som skal kunne bli tilbudt hjelp.

Østbyen helsehus, avdeling Leistad vil kunne bli et viktig tilbud for profesjonell yrkesutvikling; et tilbud som basert på rimelig vidtfaende retningslinjer og romslige sjekklister vil kunne utfordre og kompensere for den etablerte oppgaveorienteringen og samtidig fremme tydelige personorienterte og helhetlige tjenestetilbud.

Utfordringen blir å skulle utvikle homogene team som utarbeider og yter helhetlig tjenestetilbud uten samtidig å skulle standardisere brukere av Østbyen helsehus, avdeling Leistad i ulike grupper. Med hensyn til standardisering, så vil færrest mulige grupper etter min vurdering være nest beste målsetting.

Myndiggjøring og brukervedvirkning

Mange respondenter har gjort rede for og fokusert på myndiggjøring av brukere; et faktum som får meg til å fravelge videre utdypning.

Empowerment og deltakelse blir etter min vurdering sentrale begreper når målet er å involvere mennesker slik at de tilegner seg større innflytelse og makt over egne liv. Det er også viktig å være oppmerksom på at helhetlige tjenestetilbud vil kunne bli begrunnet i et myndighetsperspektiv.

Askheim og Starrin (2008:16ff. og 189ff.) gjør rede for ulike sider av empowerment eller myndiggjøring. Askheim (Ibid:21ff.) synliggjør ulike begrepstilnærminger overfor empowerment og (189ff.) utfordringer innenfor det sosialfaglige arbeidet. Starrin (Ibid:59ff.) skriver om empowerment som livsinnstilling, om emosjoner og om (154ff.) empowerment som deltakerbasert forskning. Rønning (Ibid:34ff.) skriver om empowerment og brukervedvirkning.

Yrkesutøvere vurderer stort sett empowerment eller synonymet myndiggjøring som noe positivt, ikke sjelden uten å kunne presisere innholdet i hva som er positivt og bra. Det positive knyttes ofte til konkrete situasjoner, til kontekstuelle forhold og til yrkesfaglig praksis. Synliggjøring av hva (innhold) og hvordan (metode) myndiggjøring fremmes konkret og på best mulig måte, blir etter min vurdering en arbeidsoppgave for samtlige yrkesutøvere, brukere og andre som er involvert i aktivitetene knyttet til Østbyen helsehus, avdeling Leistad.

Individuell plan

Et flertall av respondentene viste uoppfordret til betydningen av å utarbeide individuelle planer. Hansen (2007) formidler at muligheten for brukermedvirkning i forhold til individuell plan er avhengig av brukerens forståelse av hva planen er, og hva planen vil kunne bidra til. Individuell plan blir framforhandlet mellom bruker og tjenesteutøvere, men gir ikke automatisk rett til tjenestene. Brukeren deltar ikke direkte i beslutningsprosessen, noe som ofte svekker konkrete avgjørelser. Individuelle planer gir ingen garanti for at brukere faktisk oppnår bedre individuell tilrettelegging, bedre samordning og et mer helhetlig tjenestetilbud.

Kommunen(e)s ressursituasjon(er) og standardiseringsprosedyrer er andre begrensende faktorer; begrensende faktorer som med fordel vil kunne bli diskutert av alle som har med Østbyen helsehus, avdeling Leistad å gjøre.

Verdsettende veiledning

Verdsettende veiledning vil kunne være en vel anvendelig metode for å hjelpe ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad og samarbeidspartnere til å utarbeide realistiske mål.

Verdsettende veiledning (Sandell 2011) handler om et engasjert faglig nærvær og et engasjert faglig samvær; et samvær og et nærvær som favner noe annet og mer enn bare å tilegne seg en teknikk eller en metode. Verdsettende veiledning tar utgangspunkt i veisøkeren(e)s forestillinger forstått som en realitet. (Gruppe)veilederen(e) etterspør og tolker rasjonelle handlingsmuligheter.

David L. Cooperrider og Suresh Srivasta (1987) skrev om verdsettende veiledning (appreciate inquiry) og fastslo at måten menneskene organiserer seg selv på er et mysterium; et mysterium hvert menneske og hver yrkesutøver må fange og favne. Webster Dictionary (1977) definerer ”*appreciate*” som ”*to value highly; to judge with heightened understanding; to recognize with gratitude*”, ”*to increase in value*”. ”*To inquire*” betyr ”*to search into*” og ”*to seek for information by questioning*”.

Verdsettende veiledning handler om å stille åpne spørsmål for å skulle øke forståelsen for og opplevelsen av verdier. Poenget er å skulle øke opplevelsen av og forståelsen for hva som gir liv til mennesker i en organisasjon, og hva som fungerer optimalt innenfor ulike organisasjoner. Prosessen kjennetegnes ved å oppdage og verdsette noe som er.

Veilederen(e) kan med fordel stille åpne hvaspørsmål rettet mot aktuelt innhold, og hvordan spørsmål rettet mot aktuell metode. Veilederen kan etter min vurdering med fordel forsøke å unngå for mange hvorforspørsmål ettersom spørreordet hvorfor fremmer fokus på fortida og noe problematisk; ikke sjelden den delen av veiledningsgrunnlaget veisøkeren ikke kan forandre.

Veisøkeren(e) skal først få anledning til å drømme eller forestille seg hva som ideelt sett vil kunne bli. Innholdet handler om først å planlegge og å beslutte hva som bør bli, for så å realisere eller skape hva som vil kunne ha mulighet til å bli realisert der og da. Yrkesutøvere opplever tidvis ekte frigjørelse når de gjennom verdsettende veiledning oppdager at de i relasjon til andre kan utgjøre en forskjell (Bateson 1972, 1979)

Deltakere med erfaringer fra verdsettende formidler tidvis at de opplever seg selv som sosialkonstruksjonister (Berger & Luckman, 1966, Sandell 2011). Yrkesutøverne opplever å kunne skape og omskape sine levde liv og sine livshistorier gjennom direkte samhandling med yrkesfaglige medmennesker. Deltakere fra verdsettende gruppeveiledning formidler at de opplever en felles oppfattet virkelighet som et menneskeskapt sosialt produkt (Gergen 1994).

Verdsettende veiledning er ment å skulle kunne skape og fremme tilstrekkelig kunnskap på alle nivåer innenfor en organisasjon. Det blir etter min vurdering rimelig å beskrive aktivitetene som en form for deltakende aksjonsforskning der utforskningen og forandringene finner sted innenfor organisasjonsmessige rammebetingelser. Jane M. Watkins og Bernard J. Mohr (2001) beskriver verdsettende samtaler som aksjonsforskning. Forskningen bygger på en antagelse om å forstå organisering som et favnbart mysterium der gjensidig anerkjennelse og gjensidig verdsettelse er det beste utgangspunktet av hva som måtte være eller skulle hende. Verdsettende samtaler eller verdsettende veiledning kan i første omgang med fordel speile tenkte forestillinger om hva som kunne være. Deretter dialog om hva som burde være. For så å ende opp i fornyelse eller forandring til hva som realistisk vil kunne bli realisert på kort og på lang sikt.

Aktivitetene finner sted innenfor bestemte, avgrensede økologiske systemer. Kunnskap og forandring utvikles gjennom handlinger og verbal utfoldelse i en konkret, kontekstuell samhandling sammen med andre mennesker. Definert som økologiske systemer, så synes hver organisasjon å forutsette et beslutningssystem der tilstrekkelig kunnskap må være tilgjengelig for samtlige medlemmer. Organisasjonsmedlemmene er ikke styrt av ledere på samme måte som tidligere. Postmoderne ledelse blir i følge Arie de Geus (1997:58) betraktet som en aktivitet der oppgaven går ut på å skulle legge til rette for menneskelig aktivitet, samt å legge til rette for læring og utvikling av kunnskap gjennom deltakelse.

Formålet med verdsettende veiledning blir å skulle skape forandringer som virker for organisasjonens medlemmer. Veisøkerne skal ut fra verbal samhandling, lokal innsikt og selvinnsikt selv finne ut hva de kan gjøre. Veisøkerne skal selv avgjøre hvordan de skal gå fram for å realisere sine intensjoner. Poenget blir å skulle fatte bærekraftige beslutninger for framtida ved hjelp av veiledning. Organisasjonsutvikling handler om å forstå betydningene av verdiskapende prosesser for å skulle nå felles målsettinger.

Del 5: Praktisk drøfting og praktiske føringer av korttidsoppholdet

Ulike perspektiver på innholdet i arbeidet

Kommuneledelse, ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad og helse- og sosialfaglig ansatte innenfor 1.- og 2.-linjetjenesten i Trondheimsregionen formidler entydig at et kommunalt ansvar for utredningen av utskrivingsklare mennesker er et svært fornuftig tiltak. Kommunalt ansvar tilsier generelt sett mer realistiske tilbud tilpasset kommunale standarder. Kommunalt ansvar innebærer også avinstitusjonalisering etter som brukerne av helsehuset oppholder seg utenfor lukkede institusjoner.

Intervjuene synliggjør midlertid ulike syn på innholdet i arbeidet ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad; organisatoriske determinanter det kan være lurt å diskutere med utgangspunkt i inntakskriteriene som ble endret i juni 2011. Rusfrihet og egen bolig er ikke lenger absolutte kriterier. Fem sengeposter er forbeholdt mennesker uten egen bolig.

Perspektiv 1

Kommunal sentralledelse formidler at ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad skal koordinere utredningen forut for utflytting til egen bolig, mens andre kommunale instanser skal handle ut over kartleggingsarbeidet. Hjemmebaserte tjenester skal være tett på brukerne av helsehuset.

Respondenten fra kommunal sentralledelse understreker at fireukersregelen er viktig for mennesker med egen bolig og uten egen bolig. Respondenten ser større hjelpebehov med boligløse, men neppe større ressursbehov for Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Suksesskriteriet er redusert behandlingstid. Skjerming er uaktuelt. Behov for skjerming tilsier at pasienten ikke er utskrivingsklar.

Perspektiv 2

Ledelsen ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad, Leistad, formidler at bemanningssituasjonen er rimelig. Ledelsen understreker at helsehuset er et rusfritt tiltak uten muligheter for skjerming. Rusproblematikken er imidlertid ikke lenger like absolutt. Respondentene ved helsehuset ser imidlertid for seg relativt omfattende endringer knyttet til ny inntaksprosedyre. Flere brukere vil være relasjonssvake og institusjonaliserte; forhold som kan føre til behov for forlenget opphold. Fleksibilitet og gode samarbeidsavtaler blir viktig.

Åpenheten for endringer nyanserer de to første perspektivene.

Perspektiv 3

Respondenter fra 1.- og 2.linjetjenesten som representerer ulike samarbeidspartnere til Østbyen helsehus, avdeling Leistad, formidler etter min vurdering et tredje perspektiv knyttet til endringene fra juni 2011. Fokuset er på behovsgrunnlaget i kartleggingsfasen for nye brukergrupper med redusert funksjonsnivå.

De ulike samarbeidspartnerne framhever trygghetsplassene ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad. De samme respondentene problematiserer økt brukerfravelging av tilbudet som følge av egenbetaling på kr 129 for hvert døgn.

Respondentene understreker at mangel på fagressurser begrenser kartleggingen. Fireukersregelen problematiseres spesielt i forhold til nye grupper med mer problematisk funksjonsnivå; grupper som vil trenge langt mer omfattende oppfølging inkludert mulig retur til helsehuset etter kortvarige opphold i eget hjem. Tidsramma blir problematisk for kronikere. Kontaktsvake trenger erfaringsmessig lang tid på mellomstasjonen mellom institusjon og egen bolig.

Samarbeidspartnerne synes etter min vurdering rimelig samstemt å forutsette et endret faglig innhold ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad som følge av nye brukergrupper. Respondentene hevder at endret funksjonsnivå nødvendiggjør tettere oppfølging. Samarbeidspartnere forespeiler behov for ansatte med videreutdanning innenfor psykisk helsevern. Flere problematiserer om kommunen har forstått utflyttingsproblematikken for mennesker med langvarige, kroniske lidelser. Nytt lovverk tilsier ny læring; noe som i følge respondentene nødvendiggjør psykiatribakgrunn og økt bemanning. Økt bemanning som følge av miljøarbeid, fysiske aktiviteter og mye mer individuell tilrettelegging forut for flytting til egen bolig. Respondenter understreker betydningen av basal trygghet for de nye gruppene. Ambulante team vil ikke kunne favne alle. Esikt, Nav, barnevern, psykiatri, frivillige foreninger, familie og venner framheves som viktige samarbeidspartnere.

Samarbeidspartnere foreslår hospitering ansatte imellom for å skulle skape felles mening, og at Østbyen helsehus, avdeling Leistad med fordel kunne inkludere polikliniske pasienter som trenger psykososial oppfølging, men som ikke trenger institusjonsplass.

Relasjonelle determinanter understreker etter min vurdering behovet for tydelige avklaringsrunder. Kommuneledelsen og lederne ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad formidler tydelig at det relasjonelle aspektet skal være nedprioritert. Ansatte ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad foretrekker å avtale tid for samtale og felles aktiviteter; ei formell linje brukere vil møte når de har flyttet ut. Brukerne har til nå i betydelig grad selv definert sine behov. Tilbudet har vært brukerstyrt.

Samarbeidspartnerne formidler rimelig entydig et perspektiv preget av behov for allsidig miljøarbeid og relativt tett oppfølging for nye brukergrupper.

Konklusjon

Forventningene til ulike samarbeidspartnere om det faglige innholdet skiller seg etter min vurdering rimelig samstemt og samtidig tydelig fra de to sammenfallende perspektivene formidlet av respondenter fra kommunal sentralledelse og ledere ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad. Mitt forslag blir følgelig at ledelsen ved helsehuset inviterer ansatte fra kommuneledelsen og samarbeidspartnerne i full bredde til et dialogmøte der ulike forventninger blir synliggjort, problematisert, presisert og diskutert. Jeg anbefaler et møte som fatter tydelige vedtak; vedtak som skal evalueres innen en fastlagt dato ikke mer enn ett år fram i tid, og som deretter blir problematisert, presisert og diskutert av de samme deltakerne eller representanter for de samme avdelingene, så raskt som mulig etter avsluttet evaluering.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988) *The system of professions*. The University of Chicago. Chicago.

Agenda utredning og utvikling AS (2007): *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2.linjetjenesten*. KS FOU-prosjekt.

Askheim, O.P. og Starrin, B. (red) (2008): *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal

Bateson, G. (1972): *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Publishing Company. Toronto.

Bateson, G. (1979): *Mind and Nature. A Necessary Unity*. London: Wildwood House.

Berger, P.L. og Luckmann, T. (1966): *The Social Construction of Reality*. London Penguin.

Borg M, Karlsson B, Tondora J, Davidson L (2009): *Person-centered Care in Psychiatric Rehabilitation: What Does This Involve?*

Cooperrider, D.L. & Srivasta, S. (1987): Appreciative Inquiry in Organizational life. *Research in Organisational Change and Development*. Vol 1, pages 129ff.

I: Srivasta, S. & Cooperrider, D.L (1999): *Appreciative Management and Leadership*. Revised Edition. Euclid. Ohio: Williams Custom Publishing.

Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009).

Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd.

Gergen, K. J. (1994): *Towards Transformation in Social Knowledge*. Second Edition. London: SAGE

Geus de, A. (1997): *Den levende virksomhed*. Jyllandspostens Erhvervsbogklub, København.

Hansen, G.V. (2007): *Samarbeid uten fellesskap – Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling, Karlstad University Studies 2007.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006a): *Samhandling mellom kommunale omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: HOD; 2006.

Hubble, M.A. et al (1999): *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* 1999. American Psychological Association.

Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget

Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens Helsetiln, Oslo, 2000.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (2004): *Samhandling mellom 1. og 2.linje helsetjenester. Kunnskapsoppsummering*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet - mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2007).

Nasjonal helseplan (2007-2010) St. meld. nr 25: *Meistring, muligheter og mening*.

Nasjonal helseplan (2007 – 2010) Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007) kapittel 6.

Nasjonal Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006(08).

Nielsen, F.S. (1996): *Nærmere kommer du ikke*. Fagbokforlaget. Bergen

NOU 2011:15 *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden*.

Plan for psykisk helse 2007-2010. Trondheim kommune.

Polanyi, M. (1958a): *Personal Knowledge*. Routledge & Kegan Paul. London.

Polanyi, M. (1958b): *The Study of Man*. Routledge & Kegan Paul. London.

Polanyi, M. (1967): *The Tacit Dimension*. Doubleday. New York.

Rapport: Garåsen (2008): The Trondheim Model, NTNU, 2008:68.

Rapport: Grimsmo (2009): Litteraturgjennomgang.

Rapport : Health at a Glance 2009: OECD Indicators.

Rapporten (2009) ”Psykkiske lidelser i Norge – Et folkehelseperspektiv”. Folkehelseinstituttet.

Roos, E. (2010) *Samhandling – Et tilsiktet eller utilsiktet resultat? Hva er årsaken til at utskrivingsklare pasienter i psykisk helsevern må vente på utskrivning og hva kan gjøres?* Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København for graden Master of Public Administration 2010.

Rønning, R. (2008): Brukermedvirkning og empowerment – Gammel vin på nye flasker? I: Askheim, O.P. og Starrin, B. (red): *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal

Røvik, K.A. (2007): *Trender og transaksjoner*. Universitetsforlaget

Sandell, O. (2002): *Den varme kunnskapen*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Sandell, O. (2011): Interdisciplinary counselling inquiry and the promotion of change *The New Educational Review* Vol. 25, No 3, p.69ff.

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

St. meld. nr. 9 (2008-2009): Perspektivmeldingen.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

St. meld. nr 25 (2005 -2006) Mestring, muligheter og mening

St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet.

St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Sundal, R. (2011): *På vei hjem. Østbyen helsehus, avdeling Leistad*.
NAPHAs hjemmesider.

Trondheim kommune: Plan for psykisk helse 2007-2010.

Veileder (IS-1388, 2006): Oppgavefordeling mellom DPS og sykehus,
Helsedirektoratet.

Watkins, J.M. & Mohr, B.J. (2001): *Appreciative Inquiry. Change at the Speed
of Imagination*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer.

Webster's New Twentieth Century Dictionary (1977): Second Edition, The
World Publicity Company.

Vedlegg 1

Retningslinjer for utvelgelse til opphold ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad



TRONDHEIM
KOMMUNE



St. Olavs Hospital
Universitetssykehuset i
Trondheim
Divisjon Psykisk
Helsevern

Retningslinjer ved utvelgelse av pasienter til opphold på Østbyen helsehus, avdeling Leistad.
Revidert utgave fra 1.juni 2011

Pasientens navn:
Fødselsnr:
Adresse:

Følgende spørsmål skal være avklart før overføring

Nr	Spørsmål	Ja	Nei
1	Diagnostiseringen og medisinsk behandlingsplan er avklart og påbegynt og målsetting for denne er formulert fra Psykisk helsevern (PH).		
2	Rus som tilleggsproblem er avklart og beskrevet.		
3	Uro og utagerende atferd er beskrevet og vurdert, og skal være vurdert å ikke kunne inntreffe utover lett omfang.		
4	Pasienten har fortsatt et antatt behov for sammensatte tjenester i lang tid fra kommunen.		
5	Pasienter som overføres for etterbehandling er vurdert til ikke lenger å ha behov for døgnplass i St. Olavs Hospital, Divisjon psykisk helsevern. Ved overføring av pasienten til etterbehandling er det vurdert at etterbehandlingen kan avsluttes i løpet av maksimalt 4 uker.		
6	Oppholdet på Leistad skal avklare pasientens behov for kommunale tjenester etter utskrivning til eget hjem.		
7	Individuell plan er vedtatt og påbegynt, eller det er påbegynt samarbeid om denne mellom 2. og 1. linjen.		
8	All behandling av pasienter skal skje ved frivillighet. Pasienten har fått informasjon og samtykker til overføring til Østbyen helsehus, avdeling Leistad.		

Hvis ja på alle spørsmål kan vedtak om 4 ukers rehabiliteringsopphold på Leistad fattes.

I første runde av inntak foregår følgende;

Pasienter med bolig får tilbud om opphold etter avtale mellom Leistad og psykisk helsevern.

Vedtak fattes i ettertid.

Pasienter uten fast / egnet bolig får tilbud om opphold etter prioritering mellom HVK, E-sikt og Leistad.

Vedtak fattes i forkant.

Primærkontakt Leistad:

..... Tlf:
.....

Kontaktperson ved PH for veiledning:
Tlf:

Fastlege:.....
..... Tlf:

Kontaktperson Helse og velferd kontor:
Tlf:

Kontaktperson oppfølging: Tlf:
.....

Papirer som må være med ved utskriving:

- Epikrise eller utskrivningsnotat fra behandlende lege
- Beskrivelse av pasientens funksjonsnivå
- PHs vurderinger angående videre medisinsk behandling for psykiske lidelser og hvem som er behandlings ansvarlig i Psykisk Helsevern . Tlf. nr.
- PHs vurderinger angående videre behov for spesialisthelsetjenester

Trondheim, den

St.Olavs Hospital
Divisjon Psykisk Helsevern

Trondheim kommune
Østbyen Helsehus

FEM FASER VED UTSKRIVING FRA PSYKISK HELSEVERN.

Fase 1: Tidlig kontakt med kommunen, planlegge utskriving

- Kontaktperson i PH kontakter fagkoordinator ved Østbyen helsehus Leistad når aktuell bruker er kandidat for etterbehandling.
- Kontaktperson på PH og fagkoordinator på etterbehandling gjennomgår felles sjekklister om bruker fyller kriterier jf sjekklister for opphold.
- Individuell plan; ja eller nei.

Fase 2: Kontaktmøte mellom PH representant fra Leistad – vedtaksmøte

- Pasient har på frivillig grunnlag takket ja til etterbehandling på Leistad
- Gjennomgang av sjekklister
- Beslutning fattes om overføring til Leistad ihht sjekklister og med brukers samtykke.
- Fastsette dato for overføring til Leistad.

Fase 3: Overføring til Leistad

- Avtale tidspunkt (dato og kl.slett) for overføring.
- Sikre at alle dokumenter iht sjekklister medfølger pasienten ved overføring til Leistad. Leistad legger bruker på riktig tjeneste i Gerica (Etterbehandlingsopphold 2) fra aktuell dato.
- Leistad kontakter HVK: Informasjon om etterbehandlingsopphold, avtale møte i nær framtid for videre framdriftsplan ihht tjenester og bolig.
- PH følger bruker til Leistad ved overføring.

Fase 4: Etterbehandling ved Leistad (prosedyrer ved Leistad)

Kartleggingsfase legges evt. inn i Individuell Plan

- Egenomsorg:
 1. Personlig hygiene og påkledning
 2. Matlaging /kosthold/måltider
 3. Rengjøring /klesvask
 4. Innkjøp
 5. Trening; fysisk, mental og sosial
 6. Mestring av evt. rusproblemer
- Medisin/behandling
 1. Selvmedisinering
 2. Vedtak på hjelp administrering av medisiner
- Økonomi/stønader
 1. Kartlegge økonomi
 2. Brukers egen oversikt over privatøkonomien
 3. Behov for økonomisk bistand
- Sosialt / nettverk
 1. Gjennomgå/arbeide videre med nettverk
 2. Deltakelse i sosiale aktiviteter
 3. Familie

- Egen bolig
 1. Besøke bolig sammen med bruker dag 2 etter overføring
 2. Generell beskaffenhet / Rengjøringsbehov
 3. Matlagingsmuligheter (komfyr, mikrobølgeovn etc)
 4. Omgivelser/avstand til tjenesteytende enheter som kan bistå
 5. Muligheter for klesvask

- Tidligere tildeling av bistand fra hjemkommune
 1. Hjemmetjenester
 2. Matombringing
 3. Trygghetsalarm/nattilsyn

- Fritidsinteresser

- Behov for hjelpemidler

- Mobilitet/transport

- Jobb/utdanning
 - Tidligere yrke/utdanning
 - Dagtilbud
 - Tilrettelegging for jobb/utdanning

Fase 5: Utskriving til hjemmet

- Arbeid med IP igangsatt og videreføres.

- Behov for tjenester i eget hjem er kartlagt og vedtak er fattet av HVK i samarbeid med bruker og Leistad.

- Tjenesteytende enhet(er) er orientert og presentert for bruker før overføring til eget hjem.

- Det er utarbeidet et Oppfølgingsprogram for den første uken etter utskrivning i samarbeid med enheter som skal yte hjelpen.

- Fastlege er kjent med utskrivning og Oppfølgingsprogrammet.

- Gjennomgangsliste av gjøremål og oppgaver før overføring til eget hjem er gjennomgått og (eksterne) samarbeidspartnere (interesseorganisasjoner, frivillige organisasjoner og tjenesteytende tjenester) følger opp bruker.

- Brukers bolig er istandsatt (rengjort) før overføring til eget hjem.

- Behov og tildeling av helsehjelp er avklart.

Vedlegg 2

Brukerundersøkelse fra Østbyen helsehus, avdeling Leistad

“LEISTAD ETTERBEHANDLING

MARS 2011

OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

Innledning

Bakgrunn

Trondheim kommune har som et viktig mål å bedre kvaliteten på sine tjenester. For å kunne forbedre tjenestene, er vi avhengige av tilbakemeldinger fra våre tjenestemottakere.

Rådmannen bestemte at det skulle gjennomføres en undersøkelse blant brukerne på Leistad etterbehandling våren 2011.

Undersøkelsen ble gjennomført ved spørreskjema som ble sendt ut fra Leistad. Brukerne skulle svare uten navn, utfylt skjema skulle postlegges i frankert svarkonvolutt og returneres til Enhet for service og internkontroll (Esikt) for registrering og rapportering. Alle svar ble behandlet konfidensielt.

I tillegg til svar på spørreskjemaet ønsket vi å få utfyllende synspunkt fra brukere i ettertid. Hvis det var noen som ville dele sine erfaringer i møte med oss og andre brukere, var det mulighet for påmelding via egen svarslipp.

Deltakelsen i undersøkelsen var frivillig, men når vi skal arbeide med resultatene i ettertid, er det viktig for oss at flest mulig har svart. Alle svar vil bli behandlet konfidensielt.

Om Leistad

Leistad etterbehandling er et tilbud for utskrivningsklare pasienter som trenger etterbehandling etter opphold i Psykisk helsevern. Behandlingen har et tidsperspektiv på inntil fire uker. Ved utskriving skal behovet for koordinerte tjenester fra kommunen være avklart og iverksatt.

I tillegg disponerer enheten to trygghetsplasser med opphold på inntil 3 døgn. Videre tilbyr Leistad to krise/natt-plasser i samarbeid med KART og Legevakt.

Tema for undersøkelsen

Undersøkelsen satte fokus på følgende tema:

Om oppholdet på Leistad

Overgangen mellom Leistad og egen bolig

Etter utflytting fra Leistad

Det var flere spørsmål under vært tema

DELTADELSE I UNDERSØKELSEN

*Undersøkelsen omfattet alle brukere som har hatt tilbud på Leistad etterbehandling. I midten av mars 2011 ble brukerundersøkelsen sendt ut til **66 brukere**.*

Det var svært liten respons på undersøkelsen. Etter et purrebrev til samtlige fikk vi til slutt **12 svar**. Dette gir en svarprosent på 18,2. Etter vår vurdering er dette for få til at det blir riktig å gjøre en vurdering. Det blir kun en oppsummering av de 12 skjema.

Bakgrunnsopplysninger om de som har svart

Kjønn: 11 kvinner 1 mann

Alder: 3 mellom 30 og 49år 7 mellom 50 og 69år 2 over 70år

Bosituasjon: 10 bor alene
1 bor sammen med ektefelle

Hovedaktivitet før innleggelse: 8 svarer ingen aktivitet 3 svarer jobb
1 svarer treffsted 1 svarer dagtilbud

Kommunale tjenester før opphold på Leistad: 10 svarer ja
2 svarer nei

Av de 10 som har hatt kommunale tjenester, er det fem som har hatt hjemmesykepleie.

PRESENTASJON AV TILBAKEMELDINGENE

Resultatene av undersøkelsen oppsummeres i tabeller. Da vi kun fikk svar fra 12 brukere, foretar vi ingen vurderinger av svarene.

Om oppholdet på Leistad

Spørsmål	Helt uenig					Helt enig	Uaktu lt/ vet ikke
	1	2	3	4	5	6	
6. Jeg fikk nødvendig informasjon om Leistad etterbehandling	1				1	9	1
7. Tilbudet jeg fikk på Leistad var tilpasset mine behov					1	11	
8. Jeg synes de ansatte ga meg hjelp på en respektfull måte					3	9	
9. Jeg synes de ansatte var tilgjengelig for meg				1	3	8	
10. Jeg fikk muligheten for å involvere meg i avgjørelser som angikk meg			1	3		8	
11. Oppholdet på Leistad har bidratt til at jeg mestrer mine daglige gjøremål			1	4		6	1
12. Oppholdet på Leistad har bidratt til at jeg har mer samvær med andre mennesker	2			3	3	3	1
13. Oppholdet på Leistad har bidratt til min deltakelse i aktiviteter (jobb/skole/treffsted mv)	3		2	1	3	1	2

Overgangen mellom Leistad og egen bolig

Spørsmål	Helt uenig					Helt enig	Uaktu lt/ vet ikke
	1	2	3	4	5	6	
14. Jeg deltok i planlegging av min utskrivelse fra Leistad	4				3	3	2
15. Jeg er fornøyd med informasjonen jeg fikk om individuell plan	1		2	1		4	4
16. Jeg ble informert om hvilke kommunale tjenester jeg kunne/skulle få før utreise	2		2			5	3
17. Jeg følte meg trygg i forhold til utskrivelsen fra Leistad	1		2	1		7	1

Etter utflytting fra Leistad

18. Hvilken type bolig flyttet du hjem til?

Kommunal leilighet: 5

Selveier/egen bolig: 3

Privat leieforhold: 3

- En bruker hadde ikke svart på spørsmålet

19. Hovedaktiviteten din etter utflytting (Se spørsmål 4 på første side)

Samme som før innleggelse: 5

Andre aktiviteter, hvilke: 6

*En bruker hadde ikke svart på spørsmålet

Eksempel på andre aktiviteter:

Strikking

Støttekontakt

Gå i butikken

Kjøre alene til byen

Sosial omgang med familie og venner

Ferietid

Treffsted

Spørsmål	Helt uenig					Helt enig	Uaktu lt/ vet ikke
	1	2	3	4	5	6	
20. Jeg mener tjenestene jeg mottar etter oppholdet på Leistad er tilpasset mine behov	1			1	3	7	

Eksempel på hva som fungerer bra:

67

All hjelp jeg får
 Oppfølging fra NAV
 Fast personell som kjenner meg
 Trygghet – kan komme dit når som helst
 At folk bryr seg
 HVK ordnet med hjemmesykepleie og miljøarbeider
 God poliklinisk oppfølging
 Går bra hos psykolog

Eksempel på hva som fungerer dårlig
 Bivirkninger av medisin
 Savner oppfølging av psykolog
 Å forholde seg til nye mennesker
 Føler hjemme at jeg ikke får den hjelpen jeg skal ha
 Vanskelig å ta kontakt med nye folk

Spørsmål	Helt uenig					Helt enig	Uaktu lt/ vet ikke
	1	2	3	4	5	6	
21. Jeg er kjent med muligheten jeg har for å benytte trygghetsplass på Leistad etter at jeg er utskrevet	1					11	
22. Jeg opplever det som en trygghet å vite at jeg kan benytte trygghetsplass på Leistad						11	1

Andre kommentarer:
 Takk til kjempetrivelig betjening
 Meget godt fornøyd med muligheten til å komme på Leistad ved behov
 Profesjonelt personale – de er omsorgsfulle og hyggelige

Trondheim, august 2011
 Jan Kåre Jøsok Randi Lie-Pedersen
 Rådgiver Rådgiver”