

A white seagull is shown in flight, wings spread wide, against a clear blue sky. The bird is positioned on the left side of the frame, flying towards the right. The title text is overlaid on the right side of the image.

Nye synsvinkler og nye metoder i forbedret psykisk helse

Et nordisk prosjekt om
**bemyndiggjøring i
psykiatrisk helsetjeneste**

Desember 2011

Lára Björnsdóttir

Halldór S. Guðmundsson

Kristín Sigursveinsdóttir

Auður Axelsdóttir



Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
for Velferdsdepartementet:

Nye synsvinkler og nye retninger i forbedret psykisk helse:

Et nordisk prosjekt om bemyndiggjøring i psykiatrisk helsetjeneste

Utgitt av: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
Félagsvísindastofnun – Gimli – Sæmundargötu 10
101 Reykjavík
Telefon: 525 5200
E-post: rbf@hi.is
Nettadresse: rbf.is

Ombrekk og tekstbehandling: Þröstur Haraldsson
Oversatt av Matthias Kristiansen
Desember 2011

© 2011 Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)

ISBN 978-9935-9075-0-9

Innholdsfortegnelse

Nye synsvinkler og nye retninger
i forbedret psykisk helse

Innholdsfortegnelse	3
Inngang	4
Sammendrag	5
1 Prosjektets innhold og arbeidsmåte	6
1.1 Oversikt av prosjektledelsens virksomhet	6
2 Ideologi og prioriteringer	8
2.1 Tradisjonell behandling av mennesker med psykiske lidelser	8
2.2 En ny ideologi og endrede prioriteringer	8
2.3 Bemyndiggjøring	10
2.3.1 Sammendrag.....	13
3 Konklusjoner	14
3.1 Oversikt over prosjekter og sammendrag	14
3.1.1 Danske prosjekter	15
3.1.2 Islandske prosjekter	16
3.1.3 Norske prosjekter	18
3.2 Drøfting av prosjektbeskrivelsene	19
3.2.1 Innhold og form	19
3.2.2 Målgruppe	19
3.2.3 Prosjektenes etableringsår	19
3.2.4 Etablerende part og prosjektenes opprinnelse	19
3.2.5 Prosjektenes ideologi og målsetting	20
3.2.6 De uavhengige foreningers deltakelse i driften	20
3.2.7 Brukernes andel i prosjektene	20
3.2.8 Organisasjon og ansvar	21
3.2.9 Prosjektenes finansiering	21
3.2.10 Befaringer og evaluering	21
4 Avsluttende ord	22
Referanser	23
Vedlegg	25

Psykiske lidelser er blant samfunnets mest vanlige sykdommer, særlig hos unge og eldre. Ifølge en rapport fra Den Internasjonale Helseorganisasjonen (WHO) fra år 2004, plages globalt sett omkring 450 millioner mennesker av psykiske lidelser. En av fire vil bli utsatt for en eller flere typer psykiske lidelser på et eller annet tidspunkt i sitt liv. Psykiske lidelser påfører individer, deres familier og samfunnet i sin helhet både psykiske, sosiale og økonomiske byrder. De øker også sannsynligheten for somatiske sykdommer. Psykiske lidelser antas for å være hovedårsaken til omkring halvparten av alle tilfeller funksjonshemming og utidige dødsfall i global målestokk (WHO, 2004).

Individer med psykiske lidelser kjemper i tillegg med sine psykiske lidelser med forskjellige sosiale vansker, fattigdom og marginalisering i samfunnet på grunn av negative innstillinger, fordommer og vrangforestillinger om psykiske lidelser. Innstillingene forsterker derfor påvirkningen av den nedsatte funksjonsevnen og slik øker faren for funksjonshemming. Dette fører til både nedsatt livskvalitet hos enkeltpersoner og betydelig økte utgifter for samfunnet. Over hele Norden har gruppen funksjonshemmede på grunn av psykiske lidelser økt meget betydelig. Man kan i denne sammenheng vise til, at på Island har omkring 40 % av de som mottar uføretrygd psykiske lidelser, og i Norge og Danmark gjelder dette for omkring en tredjedel av de uføretrygdene. Psykiske lidelser forårsaker sannsynligvis flere tapte arbeidsdager og omkostninger for samfunnet enn de fleste andre typer sykdommer.

Psykiske lidelser er ofte langvarige sykdommer eller periodevis sykdommer med vekselvis sykdomsperioder og periode med forholdsvis brukbar helsetilstand. Det er likevel mulig å forkorte sykdomsperiodene og kanskje helt unngå dem med riktig behandling og aktiv psykiatrisk helsetjeneste. Mange av dem som kjemper med psykiske lidelser kan med riktig behandling bli helbredet fullstendig (Ahern og Fisher, 2001). De nordiske sosial- og helseministrene har blant annet oppfordret til inno-

vasjon i velferdstjenesten med det som mål å gjøre den både mer effektiv og bedre, samt det å øke livskvaliteten til brukerne av tjenesten (Islands utenriksdepartement, 2010). En mulig faktor i slik innovasjon kan bl.a. være å øke bemyndiggjøring, dvs. å bemyndige mennesker med psykiske lidelser til økt kontroll over egne anliggender.

Året 2009 arrangerte Geðhjálp, i samarbeid med det nordiske folkehelseuniversitetet i Göteborg og den nordiske velferdsinstitusjon i Stockholm, en nordisk konferanse med et internasjonalt islett i Akureyri under tittelen: Ny perspektiver - den beste psykiske helsetjenesten (New perspectives - Best mental health practices). Konferansens tema var nye perspektiver i psykisk helsetjeneste og de beste kjente arbeidsmetodene. Man forsøkte å tilnærme seg de psykiske helsetjenestene på grunnlag av nye og åpnere metoder, som utenlandsk erfaring hadde antydnet at ga gode resultater, til og med bedre enn vi er vant med. Man forsøkte også å belyse, hvordan det var mulig å utforme nye metoder for bedre å imøtekomme behovene til dem som kjemper med psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming, samt deres pårørende (Nordens Velfærdscenter, 2010).

Formålet med denne rapporten er å undersøke nye metoder, som man har forsøkt sammen med bemyndiggjøring (empowerment) i den nordiske psykiske helsetjenesten. Man søkte opplysninger hos parter som utfører interessante oppgaver på Island, i Danmark og Norge, med det som mål å samle på ett sted det som foregår på feltet, samt å presentere det som har gitt de beste resultatene på området (best practice).

Vi takker på det varmeste våre samarbeidspartnere i prosjektet for samarbeidet og deres bidrag. Vi takker særlig Erik Olsen, Jóhanna Erla Eiríksdóttir og Daniel for presentasjoner og innlegg på møtene til prosjektledelsen. Vi takker også Tove Johnsen for hennes uunnværlige assistanse som kontakt og ved innsamling av opplysninger fra Norge. Sist, men ikke minst takker vi Nordisk ministerråd for sin støtte til prosjektet.

Sammendrag

Nye synsvinkler og nye retninger
i forbedret psykisk helse

Den opprinnelige planen gikk ut på å innsamle beskrivelser av fem prosjekter fra hvert deltakerland, i alt 15. Det gikk dessverre ikke slik, men det ble delvis kompensert for med flere prosjektbeskrivelser fra Island.

Man bør være forsiktig med å fortolke konklusjonene i denne rapporten, for de bygger på de begrensede beskrivelsene til prosjektlederne, men har ikke blitt utarbeidet av uavhengige parter. Man har heller ikke vurdert om erfaringen av enkelte prosjekter er i samsvar med erklært målsetting. Interesserte kan få ytterligere opplysninger om prosjektene ved å lese deres beskrivelser i vedlegg, og der finnes også opplysninger om kontakter og referanser til videre dokumentasjon. Vi har forsøkt å oppsummere de prinsipielle konklusjonene om de tre faktorene, prosjektet beskriver.

Nyheter i tjenester og behandling

- Stor ekspansjon - en bred vifte ressurser
- En kilde av nyheter og utvikling av ressurser i den psykiske helsetjenesten

Alle prosjektbeskrivelsene kjennetegnes av fremgang, samt at man arbeider med nyheter og nye metoder, med vekt på bemyndiggjøring, på mange områder innen institusjoner, uavhengige foreninger og offentlig service, som utformes på mange forskjellige måter. Man kan forvente, at i hvert land for seg finnes en enda mer variert vifte prosjekter, hvor man arbeider med ideer og prioriteringer i forhold til bemyndiggjøring.

Bemyndiggjøring og erfaringene til uavhengige foreninger og offentlige instanser

- Man legger vekt på bemyndiggjøringens ideologi og praksis - hjelp til selvhjelp.
- Brukernes deltagelse er variert.

Prosjektbeskrivelsene viser, at hvert enkelt prosjekt er en nyhet innen sitt felt, sitt område eller i sin faktiske sammenheng. Det bilde prosjektbeskrivelsene tegner, viser at man legger stadig mer vekt på synspunktene og den aktive deltakelsen til mennesker med psykiske lidelser i forhold til tjenester, informasjonsformidling og planlegging av ressurser og behandlingsvirksomhet. Det er også tydelig, at det er mulig å arbeide med bemyndiggjøringens ideologi på nesten alle mulige trinn i den sosiale støtten, tjenesten og behandlingen. I denne sammenheng kan det påpekes, at det er bemyndiggjørende å øke kunnskapene og kompetansen til medarbeiderne, samtidig som man legger vekt på bemyndiggjøringens metoder hos brukerne. Deltakelse

i sosialt arbeid og undervisning eller organisering og ledelse, er på tilsvarende måte bemyndiggjørende for både brukere og samarbeidspartnere.

Til en viss grad kan man påstå, på grunnlag av materialet, at inne de uavhengige foreningene finner man de prosjekter som mest tydelig henviser til bemyndiggjøringens ideologi og metoder, og at der har mennesker med psykiske lidelser mest innflytelse på prosjektenes planlegging og ledelse.

Man kan på samme måte sannsynliggjøre, på grunnlag av prosjektbeskrivelsene, at de prosjekter som mer eller mindre er i regi av offentlige instanser, benytter seg bare i begrenset grad av de samarbeidsmulighetene og kunnskapene som de uavhengige foreningene kunne bidra med.

De uavhengige foreningers del i offentlige tjenester og støtte

- De forskjellige regjeringers programpolitikk er ikke alltid like tydelig.
 - o Norge og Danmark: Det refereres til offentlig programpolitikk som en ramme for prosjekter og økonomiske bevilninger.
 - o Island: Det henvises ikke til programpolitikk. Prosjektene er avhengige av individers og gruppers innovasjonsarbeid.
- Det er begrenset kobling mellom bevilninger og evalueringer/kvalitetsvurderinger.

I enkelte av prosjektene viser det seg, at de er samarbeid mellom uavhengige foreninger og offentlige instanser. Dette samarbeidet manifesterer seg i en felles deltakelse i selveierinstitusjoner, men også i at prosjekter i regi av foreningene plasseres eller får bruke lokaler og fasiliteter på vegne av det offentlige, men påtar seg i stedet bestemte oppgaver, f.eks. undervisning eller evalueringer.

Den offentlige støtten på Island burde i større grad presenteres i programpolitiske erklæringer, og man ser også i de norske prosjektbeskrivelsene, at programpolitikk samt definerte bevilninger gir de uavhengige foreningene mulighet for å arbeide med og presentere interessante nyheter, samtidig som dette forsikrer driftsgrunnlaget for de nye ideene og prosjektene.

Det virker som om koblingen mellom prosjektbevilninger og kvalitetsevalueringer er nokså liten. Dette er spesielt tydelig når det gjelder de islandske prosjektene. Det er mulig at dette kan kobles opp til mangelen på en helhetlig programpolitikk i forhold til tjenestene for mennesker med psykiske lidelser, samt begrenset kvalitetskontroll.

1 Prosjektets innhold og arbeidsmåte

Nye synsvinkler og nye retninger i forbedret psykisk helse

Da Island hadde formannskapet i Det nordiske ministerråd i 2009, vedtok man Islands forslag om å fokusere på den psykiatriske helsetjenesten med prosjektet «Hållbar mental hälsa med nya metoder». Man søkte om og fikk en bevilling fra ministerrådets fond for bæredyktig utvikling. Man la vekt på å vurdere alternative eller utradisjonelle metoder i behandling og støtte til mennesker med psykiske lidelser og/eller langvarige psykiske sykdommer, med fokus på bemyndiggjøring, både ideologi og metodikk.

Prosjektets mål var å øke kunnskapene innen Norden i forhold til alternative metoder ved behandling og tjenester for mennesker med psykiske lidelser/langvarige psykiske sykdommer, blant annet for å motarbeide deres marginalisering i samfunnet.

Etter noen forsøk på å få deltakere fra flest mulig nordiske land, falt valget på Norge og Danmark, i tillegg til Island, hvor det lyktes å få interesserte aktører innen området til å delta i prosjektet. En bevilling fra Nordisk ministerråd er alltid avhengig av det dreier seg om et samarbeidsprosjekt med minst tre deltakende nordiske land.

Prosjektet skulle handle om:

- Innovasjon og utvikling av tjenester og behandling av mennesker med psykiske lidelser.
- Innsamling av opplysninger om hvordan og til hvilken grad offentlige instanser og/eller uavhengige foreninger benytter seg av bemyndiggjøring, samt deres erfaringer med det.
- Innsamling av opplysninger om de uavhengige foreningers del i tjenestene for psykisk syke/funksjonshemmede i Norden, samt hvordan det offentlige støtter denne virksomheten.

Islands søknad om bevilling forutsatte det akademiske samfunns deltakelse i prosjektet, og i mars 2010 inngikk man en avtale med Forskningsinstitutt i barn- og familievern (Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd - RBF) ved Islands universitet (HÍ) om at institusjonen påtok seg faglig rådgivning og rapportering.

Det neste skritt var å utpeke en prosjektledelse med følgende representanter:

- Lára Björnsdóttir, sosial- og forsikringsdepartementet, nå velferdsdepartementet.
- Auður Axelsdóttir, forstander ved Geðheilsa-oppfølging-fysioterapi hos Hovedstadsområdet helsecenter og Hugarafll.
- Kristín Sigursveinsdóttir, daværende daglig leder ved

Akureyri kommunes avdeling for boligsaker, nåværende adjunkt ved Akureyri universitet.

- Halldór Sig. Guðmundsson, lektor ved Islands universitets sosialrådgiveravdeling.
- Jóna Rut Guðmundsdóttir, prosjektleder hos Reykjavík kommunes velferdsavdeling.
- Steindór J. Erlingsson, fra Hugarafll (deltok i prosjektledelsens første møter).
- Sigursteinn Másson, fra Geðhjálp (deltok i prosjektledelsens første møter).

Kristján Jósteynsson sosialrådgiver ble ansatt som prosjektets funksjonær, oppgaven ble på et senere tidspunkt overtatt av Viðar Halldórsson sosiolog.

Samarbeidsland og deltakende representanter: Erik Olsen fra «Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere» i Danmark, Jóhanna Erla Eiríksdóttir, teamleder ved Rigshospitalet i København, Danmark og Tove Johnsen, prosjektleder ved Agder universitet, Kristiansand, Norge.

1.1 Oversikt av prosjektledelsens virksomhet

Prosjektledelsens rolle var å innsamle opplysninger om, og i tilfelle hvordan, offentlige institusjoner og uavhengige foreninger benytter seg metoden bemyndiggjøring (empowerment) for å motarbeide sosial marginalisering av mennesker med psykiske lidelser. Gruppen skulle også søke opplysninger om erfaringer og resultater av bemyndiggjøring. Den skulle også tilegne seg kunnskaper om rollen til den tredje sektoren /uavhengige foreninger i tjenesten for mennesker med psykiske lidelser, samt hvordan den offentlige støtten til slike prosjekter var organisert.

Gruppens første samrådsmøte ble holt den 4. februar 2010 med presentasjon av prosjektbeskrivelse og definering av prosjektfaktorer:

1. Å innsamle opplysninger om innovasjon og utvikling av tjenester og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Gjennomført på felles arbeidsmøter til kontaktpersonene og prosjektledelsen og med presentasjoner av prosjekter.
2. Innsamling av opplysninger om hvordan og til hvilken grad offentlige instanser og/eller uavhengige foreninger benytter seg av bemyndiggjøring (empowerment), samt deres erfaringer med det. Dette ble drøftet parallelt med presentasjonene på arbeidsmøtene, og man utsendte et spørreskjema til deltakere på

arbeidsmøter/foreningens representanter/ressurser som ble tatt til drøfting. Prosjektene skulle komme fra minst tre nordiske land.

3. Innsamling av opplysninger om de uavhengige foreningers del i tjenestene for psykisk syke/funksjonshemmede i Norden (3 land med Island), samt hvordan det offentlige støtter denne virksomheten.

Man bestemte seg for å innsamle opplysninger ved å sende ut et spørreskjema til minst fem prosjekter/tjenestetiltak i hvert land.

Prosjektledelsen holdt et antall møter i år 2010, hvor man bl.a. presenterte noen prosjekter og foreninger, man mente kvalifiserte til prosjektet. Erik Olsen fra «Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP)» og Jóhanna Eiríksdóttir fra Rigshospitalet i København kom til møte i prosjektledelsen den 14. mai 2010 og fortalte om sine prosjekter om bedring og bemyndiggjøring (Recovery and Empowerment). Psykiater Daniel Fisher, daglig leder hos National Empowerment Center i M, kom også til møtet og fortalte om virksomheten, de viktigste prioriteringene og innovasjon i psykiatrisk helsetjeneste. Prosjektledelsen var også til et informasjonsmøte hos Hugaraf, hvor Daniel Fisher holdt et foredrag.

I fortsettelsen av arbeidsmøter arbeidet man med utforming av spørsmål og et skjema til registrering og innsamling av data. Man laget også en demonstrasjon på hvordan man f.eks. kunne svare på spørsmålene for de som skulle svare. Man jobbet parallelt med å få samarbeidspartnere til prosjektet fra Norge. Vi henvendte oss til Solbjørg Talseth fra Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp i Norge. Hun bekreftet sin deltakelse i prosjektet og planla å komme til prosjektledelsens arbeidsmøte for å presentere prosjekter i regi av organisasjonen. Det gikk likevel ikke slik på grunn av sykdom, og det endte med at Solbjørg ønsket ikke å fortsette med prosjektarbeidet høsten 2010.

Et spørreskjema ble sent med e-post i juli 2010 til kontakter på Island og i Norge og Danmark med oppfølging i august via telefonsamtaler og e-poster. Kontaktene

ble bedt om å peke på og søke etter fem prosjekter eller tjenester i hvert land.

I oktober til desember 2010 var den største oppgaven å purre på beskrivelser på prosjekter fra Island og Danmark, parallelt med at man undersøkte muligheten for en ny samarbeidspartner fra Norge. Sykdom og etterfølgende arbeidsslutt til en ansatt i prosjektet førte også til forsinkelser i prosjektet. I slutten av februar 2011 ble Viðar Halldórsson fra Islands universitets institutt for sosial vitenskap ansatt som prosjektmedarbeider.

I mars 2011 hadde vi mottatt prosjektbeskrivelser av de islandske prosjektene, samt en beskrivelse fra Danmark, men ingen fra Norge. Det var derfor klart, at det fortsatt manglet fire prosjektbeskrivelser fra Danmark og fem fra Norge. Prosjektledelsen bestemte seg da for å legge vekt på fortsatt innsamling av data, samt å arbeide med å finne en ny kontakt i Norge. Vi etablerte i fortsettelsen samarbeid med Tove Johnsen, prosjektleder ved Agder universitet i Kristiansand i Norge, som assisterte med å innsamle prosjekter fra Norge. Vi fikk i tillegg fire nye prosjektbeskrivelser fra Danmark.

I juni 2011 hadde vi mottatt opplysninger om de prosjekter rapporten bygger på, sju fra Island, fem fra Danmark og tre fra Norge.

I databehandlingen ble svarene analysert tematisk, hvor man benyttet prosjektbeskrivelser for å fremheve de viktigste faktorer i hvert enkelt prosjekt. Disse konklusjoner ble innført i jevnføringstabeller for hvert enkelt land. Til slutt ble tabellene høsten 2011 sent til de forskjellige prosjektlederene til gjennomlesing og eventuelle kommentarer. Prosjektbeskrivelsene ble så, sammen med kommentarene, brukt som grunnlag for prosjektbeskrivelsens behandling og nærværende rapport. Man har lagt vekt på å presentere data og konklusjoner, slik at de er tilgjengelige og praktiske.

Halldór S. Guðmundsson og Kristín Sigursveinsdóttir var ansvarlige for behandling av data og rapportskrivning, med hjelp fra prosjektledelsen og de involverte medarbeiderne.

2 Ideologi og prioriteringer

Nye synsvinkler og nye retninger
i forbedret psykisk helse

2.1 Tradisjonell behandling av mennesker med psykiske lidelser

Mennesker med psykiske lidelser har lenge hatt problemer med å få beholde kontroll over eget liv (Corrigan, 2004). Alvorlige psykiske sykdommer, f.eks. schizofreni og påfølgende funksjonshemming, ble nesten hele 1900-tallet antatt for å være uforbederlige med progressiv forfall og større grad av uførlighet. Man antok at mennesker med funksjonshemming på grunn av psykiske sykdommer ikke hadde noen fremtid, at de ikke kunne klare å delta i arbeidslivet, at de ikke kunne knytte seg sosialt til andre, at det var umulig for dem å bekjempe symptomene og at de var inkompetente til å påta seg de rollene som generelt hører til deltakelse i samfunnet. Man regnet derfor med at disse mennesker ikke hadde noe håp om bedring og et naturlig liv.

Den psykiatriske helsetjenesten, som ble utviklet og praktisert i største delen av 1900-tallet, kjennetegnes av denne infleksibilitet, pessimisme og mistillit. Mennesker med alvorlige psykiske sykdommer ble ofte plassert på store institusjoner med begrensede muligheter for behandling eller rehabilitering, og de aller fleste kunne forvente å oppholde seg på disse institusjonene hele sitt liv. Familie og pårørende til disse menneskene fikk ofte beskjed at pasientene ikke hadde noen fremtid eller håp om et normalt liv. Disse negative verdiene og innstilling til psykiske sykdommer i forhold til prognose og utvikling ble rotfestet hos familiemedlemmer, fagfolk, allmennheten og mediene (Borinstein, 1992; Deegan, 1990; Minkoff 1978).

Fordommer, skam og sosial utestenging er ofte en del av det daglige livet til mennesker med psykiske lidelser (Angermeyer og Dietrich, 2006). Fordommer og stempeling er noen av de største hindringene til mennesker med psykiske lidelser (Corrigan, 1998; 1999; Ritsher, Otilingam, og Grajales, 2003; Sigrún Ólafsdóttir og Jón Gunnar Bernburg, 2010; Wahl, 1999). Disse fordommene har en negativ innvirkning på selvtillit, selvrealisering, sosiale muligheter og håp om bedring hos mennesker med psykiske lidelser, og de forsterker følelser som vrede, smerte og skam (Corrigan, 1998; Ritsher, Otilingam, og Grajales, 2003; Wahl, 1999). Forskning har i tillegg bekreftet (Brockington m.fl., 1993; Taylor, Dear og Michael, 1981) de generelle ideene til allmennheten, at mennesker med psykiske lidelser er sinnssyke personer, farlige for sine omgivelser og bør innesperres, at disse mennesker er ikke til

å stole på og derfor har de ikke forutsetninger til å ta viktige beslutninger angående sitt eget liv, at slike mennesker er barnslige og trenger mye omsorg. Slike vedtatte ideer i samfunnet reduserer livskvaliteten og mulighetene hos mennesker med psykiske lidelser i forhold til arbeid, inntekt, husvære og venner. Når slike ideer blir utbredt, så reduserer de også den energi, tro og selvtillit mennesker med psykiske lidelser må ha for å kunne bekjempe sine problemer, de begynner å tro på dem og å oppføre seg i tråd med disse generelle forventningene (Corrigan, 1998; Corrigan og Watson, 2002; Link og Phelan, 1982; Wahl, 1995). Det er viktig å peke på, at forskning beviser det motsatte, dvs. at mennesker med psykiske lidelser ikke er farligere for sine omgivelser enn andre.

Medisinvitenskapen har noen ganger en tendens til å bygge på de ideene, at psykiske problemer kan forklares med genetiske faktorer og kjemiske forandringer. At disse personer ikke klarer å uttrykke sine følelser, ikke kan utføre vanlig arbeid eller takle stress, ikke har samme rettigheter som andre og muligens også er en trussel mot samfunnet. Derfor trenger de å bli medisineret og må være under kontinuerlig faglig kontroll (Ahern og Fisher, 2001). Denne innstillingen har derfor vært farget av biomedisinsk synsvinkel, og man har tatt lite hensyn til miljøfaktoren og dens del i å forhindre eller å gjøre det enklere for mennesker med psykiske lidelser å delta i det daglige livet.

2.2 En ny ideologi og endrede prioriteringer

I Daniels Fishers bedringsmodell finner man andre prioriteringer. Han forteller om forskning i bedringsforløpet hos mennesker med psykiske lidelser og om bemyndigingsmodellen som han utviklet i samarbeid med sin kollega Laurie Ahern og PACE bedringsmodellen, som faktisk er en veiviser for hvordan samfunnsmessig støtte kan støtte bedring. Bedringsmodellen viser, hvordan man kan utforme en plattform som stimulerer til bedring og støtter individet mot selvrådighet. Bedringsmodellen bygger hovedsakelig på den teori, at man kan bli frisk av alvorlige psykiske lidelser, og den bygger også på håp. Håpet er en grunnleggende faktor og forutsetningen for at individet kan arbeide med sin bedringsprosess. Det legges vekt på, at tap, sjokk eller mangel på støtte kan forårsake psykiske lidelser, og at det er mulig å overkomme dem. Fisher og andre, som har blitt bedre av schizofreni, får ofte høre at siden det skjedde, kan sykdommen ikke ha vært så alvorlig, og han sier at denne myten fortsatt

lever i beste velgående. Den røde tråden i bedringsmodellen er, at man kan få sine drømmer på nytt, lære å behandle sine følelser, møte utfordringer og gjenetablere kontakter som forsvant i sykdomsperioden. Å påta seg sine roller på nytt og bli en aktiv deltaker i samfunnet. Det er også viktig å begynne å bli aktiv på nytt snarest mulig og unngå å vente med det. Det blir ofte et vendepunkt i bedringsprosessen, når individet klarer seg gjennom en vanskelig følelsesmessig situasjon uten å oppleve mangel på kontroll, dette blir et viktig skritt i retning mot økt selvtillit og troen på egne ferdigheter i å takle situasjoner i dag daglige strevet. Man legger i bedringsmodellen stor vekt på, at mennesker med psykiske lidelser ikke er farligere enn andre mennesker, og at de selvsagt har de samme menneskerettighetene som andre (Ahern og Fisher, 2001).

Forklaringer på psykiske vansker har gjennom tidene endret seg fra det å regnes som personlige til det å defineres som somatiske sykdommer. Man håpet at dette ville redusere fordommene overfor de psykisk syke, men forskningen tyder på, at det fortsatt ikke har skjedd (Angermeyer og Matschinger, 2005; Lauber, m.fl., 2004; Phelan, 2005). Ifølge et internasjonalt forskningsprosjekt gjennomført av Sigrún Ólafsdóttir og Jón Gunnar Bernburg (2010) på holdninger overfor mennesker med psykiske problemer viser det seg, at det er mer sannsynlig at man har fordommer overfor mennesker med psykiske problemer enn mennesker med fysiske problemer som ikke knyttes opp til negative stereotyper.

Tradisjonell forskning i prognose og bedring hos mennesker med psykiske lidelser bygget i store deler av 1900-tallet på det å analysere pasienter innlagt på institusjoner, men ikke de pasienter som hadde oppnådd bedring (Harding m.fl., 1992). Fortsatt jobber fagfolk mest med individer med betydelig funksjonshemming som følge av alvorlige psykiske lidelser, og som har vært isolert fra samfunnet over lengere tid. Til tross for ufullstendig forskning i situasjonen til mennesker med psykiske problemer har mange forskningsprosjekter i de seneste år bekreftet, at over halvparten og bortimot to tredjedeler av mennesker med alvorlige psykiske sykdommer oppnår betydelig bedring (Harding & Keller, 1998; Harding & Zahniser, 1994; Harding m.fl., 1992). Disse forskningsresultater bekreftes av et betydelig materiale til selvhjelp, som har blitt publisert i den hensikt å informere og støtte mennesker med psykiske problemer og deres pårørende (Deegan, 1990; Houghton, 1982; O'Neal, 1984). De ideer

at mennesker med funksjonshemming knyttet opp til psykiske lidelser ikke kan oppnå bedring, har derfor intet grunnlag i forskningen.

I dag brukes fortsatt en overveiende del av bevillinger og faglige ressurser i psykiatrien til akutt behandling på institusjoner eller sykehusenes psykiatriske avdelinger. Bevillinger til oppfølging og andre samfunnstjenester regnes ikke for å være tilstrekkelige i forhold til behovet, og ofte finnes nesten ingen andre alternativer en de psykiatriske avdelingenes akutte behandling (WHO, 2011).

Europaregionen i Verdens helseorganisasjon (WHO) arrangerte i januar 2005 en konferanse og vedtok Helsinki-deklarasjonen, hvor man bestemte seg for å styrke samarbeidet mellom aktørene innen den psykiatriske helsetjenesten, dvs. fagpersonell, brukere og pårørende. Deklarasjonen bærer preg av ideologien bak bemyndiggjøring. Det ble også avtalt å oppfordre til økte tjenester i nærområdet med bedring som formål (Islands helse- og forsikringsdepartement, 2005).

Den psykiatriske helsetjenesten har likevel utviklet seg betydelig i de siste tiårene mot samfunnsmessige tjenester, hvor tjenesten blir utført i brukerens nærområde. Man har redusert institusjonenes rolle i forhold til omsorg og tjenesteytelser (se Askheim og Starrin, 2007). Disse endringene har vært knyttet opp til forventninger, håp og programpolitikk i den hensikt å gjøre den psykiatriske helsetjenesten mer effektiv, samt å oppfordre til at denne tjenesten blir en del av den generelle samfunnstjenesten. Disse endringer skulle også redusere fordommer og stempling av mennesker med psykiske lidelser og den tendensen å marginalisere denne gruppen i samfunnet. Man gjorde seg forventninger om at disse endringene i tjenestene ville også styrke den individuelle selvstendigheten og forbedre den sosiale situasjonen til mennesker med psykiske lidelser. Men forventninger til tross har det vist seg at «avinstitusjonaliseringen» ikke alltid har vært like vellykket, og mange steder har det vist seg at mennesker med langvarige psykiske lidelser som flyttet fra institusjonene og ut i samfunnet, hadde akseptable levevilkår. Mange av dem var blitt marginalisert i samfunnet med redusert livskvalitet og under fattiggrensen. De hadde dessuten ingen behandlingskontakt med helsetjenesten og de hadde ikke mulighet for å delta i sin egen omsorg (WHO, 2003; 2004; 2011).

Vi har sett endel endringer i samfunnsmessige tjenester og oppfølging på Island. Vi kan nevne ressurse som Geðheilsa-oppfølging hos hovedstadsområdets helsetje-

neste, Hugarafll, Geðteymi (psykiatrisk team) ved hjemmetjenesten hos Reykjavík kommune og Landspítalinn Samfélagsgeðteymi (psykiatriske samfunnsteam). På disse stedene jobber man for økt støtte til mennesker med psykiske lidelser i sitt nærområde utenfor institusjonene. Man har også etablert prosjekter i provinsen som er tiltenkt tilsvarende oppgaver. Man har hos Geðheilsaoppfølging og Hugarafll jobbet på grunnlag av Fishers bedringsmodell og bemyndiggjøring siden etableringen i 2003, med svært gode resultater. Men det er likevel mulig å imøtekomme på en enda mer utførlig måte de grupper i samfunnet, som fortsatt opplever mange på oppfølging, redusert livskvalitet, stempling og fordommer. Selv om man har oppnådd noen resultater og systemets utvikling går den riktige veien, så har den psykiatriske helsetjenesten fortsatt store oppgaver i forhold til å forbedre situasjonen til mennesker med psykiske lidelser.

2.3 Bemyndiggjøring

Bemyndiggjøring er norsk oversettelse av ordet «empowerment» (på islandsk valdefling). Konseptet bemyndiggjøring har i de siste årene fått stadig mer oppmerksomhet, og har blitt brukt i en bred sammenheng med hensyn til organisering av helse- og sosialtjenester for forskjellige marginaliserte samfunnsgrupper. Ideen om bemyndiggjøring har sine røtter i brukerbevegelsenes foreninger, interesseorganisasjoner og selvhjelpsgrupper. Den er et forsøk på å legge på det å få styr på og kontroll over eget liv. Brukerne ønsket å ha innflytelse på tjenestetilbudet og hvordan tjenestene ble utført (McLean, 1995). Bemyndiggjøring er også en ide som har utviklet seg innen forskjellige faggrupper, f.eks. hos sosionomer, i ergoterapien og psykologien, og begrepet benyttes mange steder i forbindelse med programpolitikk inn velferds- og sosialområdet. De aller fleste ressursene i forhold til tjenester beregnet på mennesker med psykiske lidelser mener man jobber med å bemyndiggjøre klientene i disse institusjoner, selv om det finnes få definisjoner av begrepet. Det er også slett ikke klart på hvilken måte de institusjoner som benytter begrepet bemyndiggjøring, er forskjellige fra de som ikke gjør det. Begrepet bemyndiggjøring har blitt flittig brukt i de siste årene, til tross for at det ser ut som om det ikke finnes noen enhetlig definisjon av det (Askheim og Starrin, 2007; Corrigan, 2004; Rogers m.fl., 1997). Forståelsen synes ofte å være avhengig av det hvor begrepet brukes til enhver tid.

I grunnen bygger begrepet bemyndiggjøring på ideen om makt (power). Makten kommer til uttrykk i sosial sammenheng og kan følgelig forandres og flyttes. Makten defineres i sosial sammenheng og er følgelig ikke konstant. Moderne ideer om makt bygger i tillegg ikke utelukkende på det at noen har makt mens andre ikke har den, men på en felles makt. Det å få makt kan derfor styrke makten til andre, ikke redusere den. Denne typen makt har blitt kalt «relational power» (Lappé og DuBois, 1994), «generative power» (Korten, 1987), «integrative power» og «power with» (Kreiserberg, 1992). Begrepet bemyndiggjøring trekker oppmerksomheten mot en ny synsvinkel om hvordan sakene forholder seg og hvordan de kan bli, og definerer på nytt våre ideer om ord som makt, hjelp, behandling og resultater (Page og Czuba, 1999). Bemyndiggjøring kan oppstå av gressrotvirksomhet, gjennom offentlig programpolitikk eller finne sted via intervensjon av sosiale tjenesteinstitusjoner (Hanna Björg Sigurðardóttir, 2006).

Page og Czuba (1999) trekker frem tre prinsipielle faktorer i bemyndiggjøring. For det første er bemyndiggjøring ikke begrenset til en teoretisk tilnærming, men inkluderer bl.a. sosiale, psykologiske og økonomiske faktorer, i tillegg til både å kunne omfatte individer og det større sosiale sammenheng. Bemyndiggjøring bygger også på den forutsetning, at den er avhengig av sosial interaksjon hvor sosial kontakt kan både øke og redusere individets makt. Og for det tredje bygger bemyndiggjøring på utvikling. Bemyndiggjøring finner derfor sted med utvikling og fremskritt. Imidlertid virker det som to dimensjoner tar makta, når man bruker begrepet bemyndiggjøring. Den ene er en psykologisk og individuell tilnærming med vekt på selvidentitet og selvevaluering, den andre er hovedsakelig med vekt på sosiale faktorer som består i det å få tak på og kunne kontrollere både eget liv og livssituasjon (Ahern og Fisher, 2001).

Bemyndiggjøring bygger på at mennesker har valg og oppnår tak på og kontroll over eget liv, at de blir sterkere og merker at de kan bl.a. ha innflytelse på egen velbefinnende og de tjenester de mottar. Hugarafll har definert begrepet bemyndiggjøring som et individualisert system som oppfordrer til og bygger på troen på bedring, at brukeren har valg, samarbeid mellom ansatt og bruker bygget på tillit og respekt, en holistisk visjon og at brukeren har innflytelse på systemet. Bemyndiggjøring finner også sted i en aktiv interaksjon med miljøet, og kan slik ha en omfattende innvirkning og føre til forandringer. En av

Hugarafis målsettinger bygger på det å ha innflytelse på det psykiatriske helsesystemet, og man jobber målbevisst med det på grunnlag av bemyndiggjøringens metoder. Fagpersonell og brukere arbeider sammen som likemenn og all beslutningstaking er i fellesskap (www.hugarafi.is). «Likemenn er de beste i å føre mennesker i retning mot bedring» (Fisher, 2005). Selve bedringen er individuell og personlig, tar tid og foregår i mange plan i interaksjon med miljøet.

Hulda Birgisdóttir og Sylviane Pétursdóttir Lecoulre kom til følgende konklusjoner i sin undersøkelse av det, hvordan Hugarafis brukere opplevde innflytelsen av deltakelse i en brukerforening på det daglige livet: Undersøkelsen konkluderte med at Hugarafi var kilden til mye energi i deltakernes liv med grunnlag i foreningens visjon, arbeidet som blir utført, foreningens bakland og likemannskontakten som gir dem bl.a. selvrespekt. Alle deltakerne opplevde forandringer i sitt daglige liv, de fikk et nytt liv. De hadde fått bedre styr på livet sitt og bedre kontroll over tilværelsen. De fleste opplevde en bedre balanse mellom obligatoriske oppgaver og fritid, samt at kontakten med familie og venner ble forbedret. De hadde det bedre og likte godt å arbeide i Hugarafi. De arbeidet med spennende prosjekter som hadde verdi for deltakerne. Den energi som Hugarafi førte med seg, ble ikke bare grunnlaget for et nytt liv for medlemmene, det hadde også innflytelse på samfunnet. Medlemmene i Hugarafi mente at samfunnets innstilling til psykisk syke mennesker var blitt mer fordomsfri, og de forventet forandringer i det psykiatriske helsesystemet i fremtiden (www.hugarafi.is).

Corrigan m.fl. (2001) har også definert noen nøkkelfaktorer i bemyndiggjøring. De er at ekstern styring blir omgjort til samarbeid mellom ledere og brukere, at prosjektene skal være av interesse for brukerne, at behandling finner sted hos brukeren, at likemannsinformasjon og -støtte er til stede, at man utdanner mennesker med psykiske lidelser som returnerer og forsker i materialet og slik forbedrer systemet innenfra.

Judy Chamberlin (1997) har presentert en utførlig beskrivelse av bemyndiggjøring som brukergrupper gjerne benytter seg av. Hennes definisjon av arbeid og forklaringer blir inndelt i følgende 15 faktorer, og dette utdraget bygger på Hugarafis sin oversettelse (www.hugarafi.is):

1. Å ha beslutningsmakt

Fagfolk forutsetter ofte at brukere i det psykiatriske helsesystemet ikke er egnet til å ta beslutninger, eller å ta

«riktige» beslutninger. Derfor finnes mange behandlinger hvor man tar for gitt det man mener er til det beste for brukerne, og med begrenset antall eller viktighet av de beslutninger de kan ta. Brukerne kan slik f.eks. bestemme hva de skal spise til middag, men ikke den prinsipielle retningen i deres behandling. Hvis brukerne ikke får trening i å ta beslutninger, sitter de fast i et kontaktforhold hvor de er avhengige av fagpersonene. Ingen kan stå på egne ben uten å få mulighet for å ta viktige beslutninger som angår deres eget liv.

2. Å ha tilgjengelig informasjon og ressurser

Beslutninger tatt i vakuum kan ikke være bra. De beste beslutningene tas når vi har nok informasjon for å kunne veie fordeler og ulemper ved de forskjellige resultatene av hvert alternativ. Mange fagpersoner begrenser slike opplysninger for de tror de vet hva som tjener brukeren best. Det er ikke forbausende at brukere med sine ufullstendige opplysninger tar forhastede beslutninger og slik bekrefter fagpersonens mening.

3. Å ha mange alternativer

Fagfolk vurderer det ofte slik, at det er nok å ha mulighet til å benytte én ressurs eller å velge mellom to alternativer. F.eks. enten bowling eller svømming, som naturligvis er dårlige alternativ hvis jeg er interessert i ingen av delene. Kanskje er jeg interessert i turer i fjellet, å gå i gym, å sykle, å drive med karate, springe i fallskjerm eller drive med stuping. Kan jeg bare velge mellom ledighet eller å være postbud? Hvorfor kan jeg ikke velge å være maller, bilmekaniker, programmør, sosialrådgiver, student, psykiater eller ergoterapeut? Er en bestemt medisin det eneste alternativet for meg?

4. Å være bestemt

Hvis man ikke har blitt diagnostisert med en psykisk lidelse, regnes det for å være en positiv egenskap å være bestemt. Men på psykiatriske avdelinger kalles den samme egenskapen ofte «manipulasjon». Dette er ett eksempel på hvordan stemplet psykisk syk fører til at positive egenskaper defineres på nytt som noe negativt. Det å være bestemt, dvs. å kunne uttrykke sine ønsker på en tydelig måte og stå på sitt, hjelper oss til å oppnå det vi ønsker.

5. Å mene at eget bidrag kan være forskjellen mellom å lykkes eller ikke

Håpet er en uunnværlig del av definisjonen på bemyndig-

gjøring. Den håpefulle tror på muligheten for forandringer og forbedringer i fremtiden. Det kan virke meningsløst å forsøke uten håp. Selv om fagpersoner stempler sine klienter som «uhelbredelige» eller «kroniske», virker det ofte som om de forventer at klientene kan oppføre seg selv til å gjøre noe, til tross for håpløsheten som stemplingen medfører, og at de gjør endringer på livet sitt.

6. Å lære å tenke på en kritisk måte, å komme seg ut av vanetenkningen, å se tingene i et nytt lys

I diagnoseprosessen og den psykiatriske behandling har man omgjort brukernes liv og personlige fortellinger til «sykdomstilfeller». En del av bemyndiggjøringen er derfor det å få disse livshistoriene tilbake. Det er også viktig i systemet med bemyndiggjøring å gjenskape troen på egne evner og lære å se de maktkontakter som ofte ligger latent i behandlingssituasjonen. Det er for eksempel svært vanlig at medlemmer i selvhjelpsgrupper begynner med å fortelle de andre sin historie. Det er svært viktig for gruppens medlemmer både å fortelle og lytte til de andre.

7. Å lære om sinne og demonstrere det

Fagpersoner mener ofte at brukere som viser sinne, holder på «å miste taket» eller er «uten kontroll». Dette gjelder også når sinnet kan rettferdiggjøres og ble regnet for å være rettferdig hvis en «normal» person uttrykket den. Her er enda et eksempel på hvordan en positiv egenskap blir negativ som følge av en psykiatrisk diagnose. Brukere har så lenge bekjempet og holdt tilbake sitt uttrykk for sinne, og derfor er de ofte redde for sitt eget sinne og overvurderer dets ødeleggende kraft. Brukerne må ha mulighet for å lære om sinne, og å kunne uttrykke det på en sikker måte og lære dets begrensinger.

8. Å føle at man ikke er alene, men en del av en gruppe

Gruppen er en viktig faktor i definisjonen. Det er viktig å forstå, at bemyndiggjøring finner ikke bare sted i det enkelte individet, det dreier seg om å oppleve medfølelse med andre mennesker. Bildet av cowboyen som kommer til byen, ordner opp i alt og forsvinner så ut i solnedgangen, eller av andre enspenner som filmer er fulle av, hører ikke hjemme i definisjonen.

9. Å forstå at mennesker har rettigheter

Selvhjelpsbevegelsen til dem som har klart å overkomme psykiske lidelser, er en del av en omfattende bevegelse om

å forsikre grunnleggende rettigheter ved lov. Vi merker en kraftig harmoni med vår bevegelse og andre, som har kjempet for de undertrykte og rettløse gruppers rett, inklusive dem som opplever diskriminasjon på grunn av rase eller hudfarge, kvinner, homofile og mennesker med funksjonshemming. Kampen for likestilling har vært en viktig del av virksomheten til alle disse frelsesbevegelser. Vår styrke og selvsikkerhet øker med økt forståelse av våre rettigheter.

10. Å forstå årsaker for endringer i eget liv og sitt samfunn

Bemyndiggjøring handler om mer enn «fornemmelse» eller «følelse», selv om vi forstår slike følelser som utgangspunkt for tiltak. Når noen kan gjennomføre virkelige forandringer, merker vedkommende også den følelsen å kontrollere eget liv. Dette fører så til videre og større forandringer. Enda en gang må man legge vekt på at det ikke bare dreier seg om personlige endringer, gruppen i sin helhet spiller en viktig rolle.

11. Å lære det hver enkelt mener er viktig

Fagpersoner klager ofte på, at brukere har få ferdigheter og at det virker som om de ikke kan tilegne seg nye. Men de ferdighetene fagpersoner regner som viktige, er ofte ikke de samme som brukerne selv synes er interessante eller viktige (f.eks. å re senge daglig). Hvis brukerne får mulighet for å lære saker de ønsker å lære, forbauser de ofte fagpersonene (og noen ganger seg selv) ved lett å kunne tilegne seg dem.

12. Å endre andres meninger om min egen evne til tiltak

Det begrepet som kanskje best kan beskrive det hvordan allmennheten (og fagpersoner) ser på «sinnsyke» er inkompetens. Det er en vanlig mening, at de som har blitt diagnostisert med psykisk lidelse, ikke kan skjønne egne behov eller reagere på dem. Men jo bedre vi blir til å ta kontroll i eget liv og vise hvor grunnleggende vi ligner på de såkalte «normale», begynner denne innstillingen å endre seg. En bruker som legger merke til hvordan han/hun oppnår økt respekt hos andre, blir mer selvsikker og endrer andres mening om sig enda mer.

13. Å komme ut av skapet

Dette begrepet har vi lånt fra de homofiles bevegelse. Mennesker med en underlegen samfunnsposisjon som kan skjule denne kjensgjerning, velger ofte (helt forstå-

elig) å gjøre det. Likevel tar denne beslutningen sin toll i form av mindre selvtillit og redsel for at sannheten vil komme frem. De som oppnår å kunne stå frem slik de faktisk er, viser sin selvsikkerhet.

14. Spontan vekst og utvikling uten ende

Her legges det vekt på at bemyndiggjøring ikke er et bestemmelsessted men en reise. Ingen har nådd det sluttgyldige målet, hvor det ikke lenger er behov for videre vekst og endringer.

15. Å styrke sitt positive selvilde og beseire samfunnets stempeling

Med økt styrke i bemyndiggjøringsprosessen begynner folk å merke økt selvtillit og ferdigheter. Dette fører så til økt evne til å kontrollere eget liv, som så fører til et enda bedre selvilde. Det negative bildet av en «sinnsyk» som har festet seg i tankene, begynner også å endre seg. Vi kan velge mellom å kvitte oss med stemplet for godt, eller vi kan definere det på nytt slik at det betyr positive egenskaper.

2.3.1 Sammendrag

Det å tilnærme seg brukere på grunnlag av bemyndiggjøring bygger på den erklæring at brukeren gjennomgår psykiske problemer, som har innvirkning på hans/hen-

nes deltakelse i samfunnet, problemer som kan spores til sjokk, tap eller mangel på støtte. Men det betyr også at brukeren kan oppnå bedring og at det er lurest for brukeren å begynne snarest mulig med meningsfulle aktiviteter. Medisiner kan muligens hjelpe, men andre metoder er minst like nyttige (Ahern og Fisher, 2001).

Forskningen har påvist bemyndiggjøringens positive innvirkning på livskvaliteter (Rosenfield, 1997). Forskning viser også at mennesker med psykiske lidelser søker mot miljøer hvor de ikke møter fordommer, og hvor de merker støtte (Schutt og Rogers, 2009). Evaluering av det norske prosjektet Galleri Vox, hvor mennesker med psykiske forstyrrelser med interesse i kunst for fasiliteter og assistanse i å utvikle sin kunstneriske talent viser for eksempel at de er svært tilfreds med å få fasiliteter og støtte i et miljø som prioriterer deres arbeid i stedet for å konsentrere seg om sykdommer og de negative sidene av deres selvilde (Loga, 2008). Det styrker deres selvilde og selvtillit. Forskningsresultater tyder også på, at det er nyttig for bedringsprosessen hos disse individer å få delta i å ta avgjørelser i forhold til deres egen situasjon (Hamann, Leucht og Kissling, 2003), samt å få muligheten for å assistere og arbeide med likemenn (Schutt og Rogers, 2009). Page og Czuba (1999) mener likevel at løsningen ikke er å gi mennesker med psykiske forstyrrelser ubegrenset frihet og makt, men at gi dem muligheter, ressurser og støtte til selvbestemmelse.

3 Konklusjoner

Nye synsvinkler og nye retninger
i forbedret psykisk helse

Vi forsøkte å innsamle opplysninger om interessante prosjekter i forhold til en ny tilnærming til dem som slåss med psykiske forstyrrelser og psykiske lidelser. Vi ba om opplysninger fra forskjellige instanser som arbeider med interessante prosjekter på Island og i Danmark og Norge. De fleste vi kontaktet var positive og parat til å delta, men det var problemer forbundet med å innsamle opplysninger til prosjektet fra mange av disse aktører. Til slutt mottok vi 15 prosjektbeskrivelser, sju fra Island, fem fra Danmark og tre fra Norge.

De innsendte prosjekttitler:

Cafe Utopia (Danmark)
Illness Management and Recovery (Danmark)
Implementering av bedringsorientert praksis (Danmark)
Prosjekt Vendepunkter (Danmark)
Oppsøkende psykiatri-team (Op Team) avdeling (Danmark)
Björgin – Senter for psykisk helse i Suðurnes (Island)
Geðheilsa – Oppfølging (Island)
Hlutverkasetur (Rollesentret) (Island)
Hugarafi (Island)
Ráðgjöfin heim – Konsultasjon i hjemmet (Island)
Setrið – senter for psykisk helse (Island)
VSL – Aktivisere – støtte – løse (Island)
HUSK (Norge)
KIM-sentret (Norge)
KBT Midt-Norge (Norge)

3.1 Oversikt over prosjekter og sammen- drag

Utdrag fra prosjektbeskrivelsene presenteres her i noen tabeller, men prosjektbeskrivelsene i sin helhet finnes i rapportens bilag. Tabellene skal gi en oversikt og gjøre det enklere å sammenligne prosjektene. Man fremhever bestemte faktorer fra prosjektbeskrivelsene, dvs. ressursen innhold eller form, målgruppe, formål, etableringsår, etablerende part, grunnen til etableringen, tilknytting til ideologien bak bemyndiggjøring, de uavhengige foreningers del i prosjektet, brukernes del i prosjektet, organisering og ansvar, evalueringer og vurderinger.

Nye synsvinkler og nye retninger i forbedret psykisk helse

3.1.1. Danske prosjekter

Navn	Café Utopia	Prosjekt Vendepunkter	Op-team	IMR – "Illness Management and Recovery"	Implementering av bedringsorientert praksis i psykisk helsetjeneste i Danmark
Ressursens innhold / form	Café - arbeidstilbud	Bedringskompetanse, utviklingstilbud.	Oppsøkende psykiatri-team	Et 9 måneders rehabiliteringsprogram basert på leseplan og bygget på ideologien om bedring.	Implementering av bedringsorientert praksis. IMR er en del av implementeringsprosessen
Målgruppe	Personer med psykisk sårbarhet eller psykisk lidelse	Mennesker med alvorlige psykiske lidelser som ønsker en bedre hverdag	Personer i alderen 18-65 år med spesifikke psykiatriske diagnoser.	Voksne personer diagnostisert med schizofrenia eller bipolare forstyrrelser.	Psykiatrisk avdeling og kommunal psykiatri
Målsetting	Å øke livskvaliteten for målgruppen via meningsfylte aktiviteter.	Velvære og en meningsfull hverdag	Å utarbeide bedre behandling for tilbakevendende pasienter, samt pasienter som ikke har kunnet benytte seg av psykiatriens tradisjonelle tjenestetilbud	Å rehabilitere mennesker med alvorlige psykiatriske lidelser ved å hjelpe dem til å anskaffe seg kunnskaper og ferdigheter i å styre sin sykdom og å oppnå sine personlige mål om bedring.	Å etablere en bedringsorientert praksis.
År stiftet	1997	2004	2004	2011	2011
Stiftende parter	Holstebro kommune	Landsforeningen av nåværende og tidligere psykiatribrukere København-Frederiksberg	Rikshospitalet, psykiatrisk senter, København	Fire kommunale psykiatriske helsesentre i hovedstadsområdet.	Frederiksberg psykiatriske helsesenter, som er en del av hovedstadsområdets psykiatriske helsetjenester.
Hvorfor stiftet	Andre arbeidstilbud var ikke tilgjengelige eller ikke effektiv nok.	LAP fikk idéen fordi psykiatribrukerne ikke lenger fant det tilfredsstillende bare å benytte egne væresteder, og behovet for å delta i samfunnet økte stadig.	Interesse for å utforme en bedre behandling for tilbakevendende pasienter på grunnlag av en ny behandlingstilnærming, ACT-metoden (Assertive Community Treatment)	Å forske i hvor effektiv IMR-programmet er i forhold til tradisjonell behandling.	Basert på resultatene av en "bottom-up" prosess hos medarbeidere, som fant sted i 2008.
Kobling med ideologien bak bemyndiggjøring.	Arbeid og deltakelse. Arbeide med personen, ikke den tilbakeliggende sykdommen.	Inspirert av den internasjonale psykiatribrukerbevegelses arbeid med tankeganger om bedring, bemyndiggjøring og inkludering. Begrepet bemyndiggjøring har en sentral rolle.	Hovedvekten er på individualisert tilnærming på brukerens premisser og i hans/ hennes eget miljø/hjem. Selvbestemmelsesrett, brukernes behov og ønsker prioriteres.	Nøkkelbegrep i IMR-programmet er bedring og bemyndiggjøring. Målet er at pasientene oppnår bemyndiggjøring, slik at de kan kontrollere deres psykiske lidelse og gå i gang med en bedringsprosess.	Bemyndiggjøring, ideologi og metode på grunnlag av bedringsorientert praksis. Den bygger på den forutsetning at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal ha rett til kontroll over eget liv med støtte fra andre. Håpet er en lysende og sentral ledestjerne.
De uavhengige foreningers deltakelse i prosjektet	Ingen	Utviklet i den frivillige organisasjon LAP København og Frederiksberg.	Ingen.	Ingen - ikke involvert ennå.	Ingen.
Brukernes andel i prosjektet	Medarbeidere og deltaker i daglig planlegging.	Alle ansatte i administrasjon, ledelse og undervisning er eller har vært psykiatribrukere. Kurs har utgangspunkt i deltakernes egne ønsker og behov.	Kan ha innflytelse via brukerråd og kontaktpersoner. Ikke direkte innflytelse på ledelsen.	Brukere/klienter deltar og bidrar med rådgivning i prosjektplanleggingen og har tilsyn med prosjektets utvikling. Det blir mulig for klienter/brukere å bidra med veiledning i programmet.	Brukere/klienter er inkludert i evalueringen.
Organisasjon og ansvar	Holstebro kommune	Brukerorganisasjonen LAP	Psykiatrisk Center København, avdeling O	Styreutvalg fra ledelsen av de psykiske helseavdelinger hvor IMR er til stede.	Frederiksberg psykiatriske helsesenter, som er en del av hovedstadsområdets psykiatriske helsetjenester.
Finansiering	Holstebro kommune og egne inntekter	LAP søker hvert år om midler fra stat og kommune.	Stat	De involverte psykiske helseavdelingene, hovedstadsområdet i Danmark og Helsefondet.	Frederiksberg psykiatriske helsesenter, som er en del av hovedstadsområdets psykiatriske helsetjenester.
Befaringer og evaluering	I år 2000	Egnevaluering av 12 forløp, avviklet i perioden 2004-2009, er avsluttet (se www.psykiatribrugere.dk)	Ekstern/PhD evaluering for perioden 2003-2005	Det foreligger fortsatt ingen resultater.	Planlagt i 2012-2013. Den første rapporten med grunnverdier er ferdiggjort (mangler URL)

3.1.2. Islandske prosjekter

Navn	Björgin – senter for psykisk helse	Geðheilsa – Oppfølging	Hugarafll	Hlutverkasetur – Rollesentret
Ressursens innhold / form	Tilfluktssted, rehabilitering og oppfølging	Støtte, rådgivning og oppfølging	Organisasjon for brukere og fagpersonell med erfaringer fra det psykiske helsesystemet.	Senter for individuell aktiv deltaking
Målgruppe	18-67 år med psykiske lidelser	Individer med psykiske forstyrrelser, 18 år eller eldre, og deres pårørende	Psykiatriske pasienter, allmennheten, den psykiatriske helsetjeneste	Åpent for alle som ønsker å fortsette å være aktiv, få orden på sin dagligdag eller forbedre sitt liv.
Målsetting	Å assistere personer til selvhjelp, redusere sosial isolasjon og øke samfunnsmessig deltakelse til personer med psykiske lidelser.	Å styrke ved individuell aktivitet og deltakelse Man legger vekt på at klientene er aktive i bedringsprosessen, og at tjenesten organiseres på grunnlag av klientenes og deres pårørendes behov og erfaringer.	Å benytte erfaringene til personer med psykiske lidelser for å ha innflytelse på det psykiske helsesystemet i samarbeid med andre interesserte. Å motarbeide fordommer med synlighet og via prosjekter, å utarbeide roller for brukerne og oppfordre til presentasjon og samarbeid om helbredende utveier for både fagpersonell og allmennheten.	Å øke aktiv samfunnsdeltakelse for å forebygge helseproblemer og de problemer som passivitet fører til.
År stiftet	2005	2003	2003	2007
Stiftende parter	Reykjanes sosialtjeneste, Sjálfsbjörg og Distriktskontoret for folk med nedsatt funksjonsevne, Reykjanes kommune.	Hovedstadsområdets helsevern i samarbeid med departementer.	Fire brukere og en fagperson med erfaringer fra psykisk helsetjeneste.	Det private aksjeselskapet AE-starfsendurhæfing (yrkesrehabilitering)
Hvorfor stiftet	På oppfordring fra individer i samfunnet.	Prosjektet er resultatet av ideer og initiativ fra fagpersoner og brukere med erfaringer av psykiske lidelser, som søkte samarbeid med helsedepartementet om tiltak med bedring som formål, samt oppfølging.	Stifternes ønske om å dele erfaringer av det psykiske helsesystemet med andre interesserte, ha innflytelse på servicen og trekke oppmerksomheten mot tiltak med bedring som formål.	Stadig flere funksjonshemmede på grunn av psykiske forstyrrelser. Stifternes erfaringer og resultatene av deres forskningsprosjekter, som understreket det viktige i mangfoldighet, oppfølging og deltakelse i yrkeslivet i helbredelsesprosessen. Bygger på ideene til brukerne av Hugarafll 2003-2004.
Kobling med ideologien bak bemyndiggjøring.	Servicen tar sikte på å styrke folk og støtte til selvhjelp og deltakelse i utforming av servicen.	En utvetydig kobling med bedringsmodeller (PACE) og bemyndiggjøring (jf. Judi Chamberlins definisjon)	En utvetydig kobling med bedringsmodeller (PACE) og bemyndiggjøring (jf. Judi Chamberlins definisjon)	En utvetydig teoretisk kobling.
De uavhengige foreningers deltakelse i prosjektet	Sjálfsbjörg er stiftende part og bidrar med lokaler. Andre organisasjoner har bidratt med penger.	Man arbeider i nær kontakt med Hugarafll, og Hugaraflls medlemmer deltar aktivt i den daglige virksomheten, utforming, utvikling og forskjellige prosjekter.	Hugarafll er en uavhengig organisasjon av brukere og fagfolk med selvstendig økonomi og ledelse.	Ingen.
Brukernes andel i prosjektet	De presenterer tjenesten og underviser/instruerer i andre oppgaver.	Brukere (fra Hugarafll) deltar i tjenestens organisering, enkelte prosjekter, samtaler og presentasjoner.	Brukerne styrer forløpet og utviklingen og er ansvarlige for gjennomføring av enkelte prosjekter, f.eks. Team om gjennomføring av Hugaraflls informasjonsvirksomhet om psykiske lidelser i bl.a. grunnskoler og videregående skoler.	Aktivitet og deltakelse i virksomhetens planlegging og utforming. 80 % av alle ansatte har brukererfaringer.
Organisasjon og ansvar	Reykjanesbær kommunes sosiale tjenester.	Hovedstadsområdets helsevern.	Et selvstendig styre med fem representanter.	Det private aksjeselskaps styre og daglig leder.
Finansiering	Kommune, Velferdsdepartement og uavhengige foreninger. Økonomiske bidrag knyttes opp til avtaler eller bestemte prosjekter.	Staten og bidrag fra brukere, medlemmer i Hugarafll, i form av frivillig arbeid.	Har adgang til lokaler hos Hovedstadsområdets helsevern. Avtaler med Reykjavik kommune og stat om bestemte prosjekter. Økonomiske bidrag fra privatpersoner, fonds og selskaper.	Økonomiske bidrag og tjenesteavtaler med Reykjavik kommune, Islandsk sykeforsikring, VR, Virk, Utdanningsdepartementet, Velferdsdepartementet. Økonomiske bidrag fra offentlige fonds, knyttet opp til bestemte prosjekter.
Befaringer og evaluering	Meningsmåling 2009. Intern evaluering av bestemte faktorer. En helhetlig evaluering har ikke funnet sted.	Evaluering i år 2005: Telefonundersøkelse, møte med samarbeidsparter, offentliggjøring av en rapport. I fortsettelsen interne evalueringer med uregelmessige mellomrom.	Årlig intern evaluering. Studentprosjekter 2006 og 2010 i tillegg.	Interne undersøkelser av deltakelse 2009-2011, samt studentprosjekter. Telefonundersøkelse 2011.

Nye synsvinkler og nye retninger i forbedret psykisk helse

Islandske prosjekter – fortsat

Navn	Ráðgjöfin heim – Konsultasjon i hjemmet	Setrið – senter for psykisk helse	VSL (Aktivisere – støtte – løse)
Ressursens innhold / form	Spesialisert hjemmetjeneste	Støttetiltak med bedring som formål	En arbeidsmetode for boligløsninger
Målgruppe	Individer med psykiske forstyrrelser som bor selvstendig i Akureyri.	Individer i Þingeyjarsýsla, Nord-Island, som har eller har hatt psykiske forstyrrelser, er står uten arbeid og/eller har alvorlige sykdommer som reduserer deres livskvalitet.	Voksne mennesker med psykiske lidelser som bor i boligmessige rehabiliteringstiltak på vegne av Reykjavík kommune
Målsetting	Å gi helhetlig service tilpasset brukernes individuelle behov, å støtte dem i helbredelsesprosessen og forebygge de funksjonsnedsettelse folk opplever som følge av vanskelige sykdomsperioder.	Å øke selvtillit og ansvar for sosial deltakelse, kontakt med andre, virksomhet, aktiviteter i dagliglivet samt tro på egen innflytelse. Å redusere innleggelses og styrke psykisk sunnhet.	Å mobilisere brukerne til økt ansvar, deltakelse på egne premisser på grunnlag av brukersamråd, bemyndiggjøring og hjelp til selvhjelp.
År stiftet	2006	2006	2006
Stiftende parter	Akureyri kommunes avdeling for boligsaker	Norðurljón kommunens sosialtjeneste, Sosial- og forsikringsdepartementet og Islands røde kors, avdeling i Húsavík kommune	Reykjavík kommunens velferdsavdeling
Hvorfor stiftet	Det aktuelle servicetilbudet var ikke tilfredsstillende for behovene til personer med psykiske forstyrrelser i forhold til fleksibilitet og individuelle behov. Ideen er resultatet av samråd med brukerne.	De lokale fagpersoner interesse for å få flere tiltak med bedring som formål for mennesker med psykiske forstyrrelser i deres nærområde.	Ble utviklet i lokal service med brukerne.
Kobling med ideologien bak bemyndiggjøring.	Man legger hovedvekt på å styrke brukeren til å ha innflytelse på eget liv.	Man legger vekt på likestilling, brukeraktivitet og deres innflytelse på virksomheten.	Bemyndiggjøring er én av arbeidsmetodens syv grunnleggende faktorer.
De uavhengige foreningers deltakelse i prosjektet	Ingen.	Røde kors og Sjálfbjörg er blant sponsorene. Andre organisasjoner har støttet virksomheten finansielt og med gaver.	Interesseorganisasjoner og uavhengige foreninger har deltatt i utforming av politikk og utvikling, og hatt representanter i arbeidsgrupper.
Brukernes andel i prosjektet	Er ikke direkte involvert i ledelsen. Har direkte innflytelse på utformingen av egne tjenester.	Deltar i virksomhetens planlegging og utforming.	Indirekte deltakelse i styringen – representanter i arbeidsgrupper.
Organisasjon og ansvar	Akureyri kommunes avdeling for boligsaker (kommunens sosiale tjenester)	Samarbeidsprosjekt i regi av Norðurljón sosiale tjenester, Velferdsdepartementet og Islands røde kors avdeling i Húsavík	Reykjavík kommunens velferdsavdeling
Finansiering	Akureyri kommunes avdeling for boligsaker (kommunens sosiale tjenester)	Norðurljón kommunens sosialtjeneste, Sosial- og forsikringsdepartementet og Islands røde kors, avdeling i Húsavík kommune	Offentlig: Stat og Reykjavík kommune
Befaringer og evaluering	En ekstern spesialists evaluering av prosjektet i år 2007.	En fremgangsrapport utarbeidet av Þingeyjarsýsla kompetansesenter i år 2007.	Intern evaluering.

3.1.3. Norske prosjekter

Navn	HUSK – Høgskole og universitetssosialkontor	KBT Midt-Norge	Stiftelsen KIM-senteret
RESSURSINNHOOLD / FORM	Femårig statlig prosjekt.	Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling	På brukerinitiativ, brukerstyrt og -drevet senter for mennesker med psykiske problemer
MÅLGRUPPE	Ansatte ved utdanningsinstitusjonene, studenter, ansatte i praksisfeltet, brukere av sosialtjenesten	Brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak, forsknings- og utdanningsinstitusjoner om utvikling av arbeidsmetoder for å styrke brukerperspektivet i fag og tjenesteutvikling	Mennesker som har/har hatt psykisk sykdom (eller også andre funksjonshemminger) som ønsker å øve seg opp til å kunne komme ut i lønnet arbeid.
MÅLSETTING	Styrke kunnskap og kvalitet i sosialtjenesten	Bidra til at brukernes erfaringer blir dokumentert og brukt i tjenesteutvikling. Være en kompetansebase for brukere og organisasjoner som representerer brukergrupper innen psykisk helse. Fremme brukernes erfaring og kompetanse i forskning, evaluering og kunnskapsformidling. Gjennomføre kurs og opplæring som styrker brukere til deltakelse.	Stimulere mennesker til egenutvikling gjennom markedsrettet arbeidspraksis i et støttende miljø. Utvikle metoder for, og dokumentere betydningen av helhetlig rehabilitering. Øke forståelsen for og dokumentere nytten av brukermedvirkning.
ÅR STIFTET	2006	2006	1998
STIFTENDE PARTER	HUSK – Høgskole og universitetssosialkontor - Universitet i Stavanger	Brukerorganisasjonene Mental Helse, LPP og Voksne for barn er eiere av KBT Midt-Norge	Mental Helse Sør-Trøndelag
HVORFOR STIFTET	Utprøving av forsøk med nye samarbeidsformer.	I Stortingsproposisjon 1 (2009-2010) blir det anført at: "Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning." KBT har som målsetting å følge opp stortingets intensjoner, og er en sentral aktør i arbeidet med å sette søkelys på brukermedvirkning på nasjonal basis.	KIM-senteret er et resultat av organisasjonen Mental Helse Sør-Trøndelag sitt ønske om å lage et bedre tilpasset arbeidstreningstilbud for mennesker med psykiske problemer.
KOBLING MED IDEOLOGIEN BAK BEMYNDIGGJØRING.	Gjennomføringen av de lokale prosjektene skal skje i et likeverdig samarbeid mellom hovedaktørene (utdanning, studenter, praksis, brukere)	Kompetansesenter som samler og sprer kunnskap om erfaringer med brukermedvirkningsmetoder i regionen. I tillegg er KBTen informasjonsbase i forhold til brukerkompetanse, og fremmer denne i forsknings, evaluering og kunnskapsformidling.	Stor vekt på hjelp til selvhjelp, brukersamarbeid, bruker lærer av bruker. Målrettet individuelt arbeid med avtaler og egevaluering.
DE UAVHENGIGE FORENINGERS DELTAKELSE I PROSJEKTET	Ingen	Representert i styre og samarbeidspartnere ved gjennomføring av evalueringer.	Representanter fra Mental Helse Sør-Trøndelag i styre for prosjektet.
BRUKERNES ANDEL I PROSJEKTET	Rådgivere med brukererfaring er ansatt i deltidsstillinger for å bidra i delprosjekter som forskningsmedarbeidere eller prosjektledere.	Sentret er drevet av personer med brukererfaring og tjenester utført av brukere.	Brukere har tittelen medarbeidere. Har et medlem i styret. Brukere/medarbeidere har innflytelse på driften av stiftelsen og arbeidet som foregår i avdelingene.
ORGANISASJON OG ANSVAR	Statlig prosjekt	Selvstendig senter med eget styre	Stiftelse (eier seg selv). Ansvar: styre
FINANSIERING	Statlige midler – årlige bevilgninger. Kommuner og universitet bidrar med ansattes arbeidstid	Senterets drift er hovedfinansiert av Helsedirektoratet i tilskuddsordningen for brukerstyrte senter. Salg av evalueringer.	Driftstilskudd fra NAV (staten), Trondheim kommune og St. Olavs Hospital Psykisk Helsevern. Egne inntekter.
BEFARINGER OG EVALUERING	Ekstern evaluering – rapport.	Ingen – ikke gjennomført	I 2001, 2008 og 2010. Både intern og ekstern evaluering.

3.2 Drøfting av prosjektbeskrivelsene

De innsendte prosjektbeskrivelser gir en innsikt i det arbeid som foregår i de tre land. Konklusjonene er selv sagt ingen fullstendige beskrivelser av alt det arbeid som finner sted lokalt, de er bare eksempler på forskjellige prosjekter innen området. Prosjektene viser en betydelig variasjon i utgangspunkt, form og ledelse. Vi ser bl.a. tjenestetilbud, utviklingsprosjekter, forskningsprosjekter og pilotprosjekter som har det til felles å arbeide med bemyndiggjøring i en eller annen form.

I styregruppens drøftelse av de innsendte prosjektbeskrivelser og den jevnføring som oversiktstabellene inneholder var det noen saker, man mener det er grunn til å fremheve og som blir behandlet mer utførlig her under.

3.2.1 Innhold og form

De innsendte beskrivelsene gir et bilde av varierte prosjekter som dekker alt fra en bestemt tilnærming i brukertjenester innen det offentlige velferdstjenestesystemet til fullstendig brukerstyrt kunnskapssentre eller tjenester (Prosjekt Vendepunkter). Som et eksempel på prosjekter kan vi trekke frem en arbeidsplass (Café Utopia), et kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT Midt-Norge), sentre for psykisk helse (Hlutverkasetur, Björgin, Setrið), spesialisert hjemmetjeneste (Ráðgjöfin heim, Op-team) og forsknings- og utviklingsprosjekter knyttet opp til en institusjon (IMR).

Det interessante er prosjektenes bredde og forskjellige struktur, noe som tyder på stor vekst og iderikdom i forhold til organisering av forbedrede tjenester for mennesker med psykiske forstyrrelser. Det er interessant å fundere på, til hvilken grad prosjektenes opprinnelse og form både gjenspeiler situasjonen i deres nærsamfunn og dette samfunns størrelse.

3.2.2 Målgruppe

Prosjektene er først og fremst beregnet på mennesker med psykiske forstyrrelser generelt sett, men også på spesifikke undergrupper, f.eks. voksne med en bestemt diagnose. I to av prosjektene legger man hovedvekten på ansatte og metoder i den psykiatriske helsetjenesten. Noen av prosjektene har en allmenngyldig henvisning og er myntet på brukere, pårørende, publikum og offentlige instanser. Den viktigste målgruppen for alle de islandske prosjektene er mennesker med psykiske forstyrrelser, og

man legger mindre vekt på andre grupper i beskrivelsene. Hugarafll er et unntak, for der er målgruppen psykisk syke, allmennheten og helsetjenesten. I Danmark dreier alle prosjektene, bortsett fra ett, seg om mennesker med psykiske forstyrrelser. I de norske prosjektene var målgruppene mange og varierte og dette gjenspeiler prosjektenes store bredde.

3.2.3 Prosjektenes etableringsår

Prosjektbeskrivelsene tyder på at det har funnet sted et betydelig oppsving i forhold til bemyndiggjøring i tjenestene for mennesker med psykiske forstyrrelser i den første halvdel av siste tiår. Det første prosjektet vi fikk opplysninger om ble etablert i år 1997, og de nyeste i år 2011, men de fleste prosjektene ble etablert i perioden 2003-2006. Utviklingen har vært nokså parallell i de tre land.

Det er naturligvis umulig, på grunnlag av så få eksempler, å generalisere om utviklingen i tjenestene for mennesker med psykiske forstyrrelser i deltakerlandene, men opplysningene tyder likevel på at en bestemt omprioritering har funnet sted og at den fortsatt er i gang.

3.2.4 Etablerende part og prosjektenes opprinnelse

Prosjektbeskrivelsene vi mottok viser, at prosjektene har en nokså variert opprinnelse. Noen av dem er typiske gressrotprosjekter hvor brukere eller brukerforeninger har hatt ansvaret for at prosjektet ble etablert. Andre har blitt etablert i en form for samarbeid mellom brukere og ansatte i velferdstjenesten. Og så er det prosjekter som har sine røtter i offentlig programpolitikk eller nye prioriteringer hos offentlige institusjoner og tjenesteytere.

Det finnes noen forskjeller i prioriteringen i de tre land når det gjelder prosjektenes opprinnelse, hvor institusjoner, foreninger og personer er involvert på forskjellige måter. De norske prosjektene er forskjellige fra de andre, for her viser det seg at prosjektene har sin opprinnelse i offentlig programpolitikk, samt at prosjektene henviser til en gjennomføring av denne politikken. Slike endringer eller utviklingsprosjekter kan klassifiseres som en «top down» prosess. De uavhengige foreningers initiativ og deltakelse kommer til syne i både deltakelse og engasjement i etablering og ledelse av prosjekter. Det virker som om man her er tilbøyelig til å støtte institusjoner og ansatte til endringer i tjenestene. Her har vi bare tre prosjekter, men det er klart at det er mye større variasjoner

i bemyndiggjørende tilbud i Norge. Men vi legger merke til at det virker som om de innsendte prosjektene alle er knyttet opp til en offentlig politikk.

Prosjektene fra Danmark har forskjellig bakgrunn og de eldste prosjektene bygger i større grad på brukernes og nærsamfunnets initiativ. De to nyeste prosjektene oppstår som utviklings/forskningsprosjekter innen institusjoner. Man kan ikke se noen offentlig politikk i bakgrunnen hos disse prosjektene, man henviser heller til ideologi, brukersamråd, aktivitet og deltakelse.

De islandske prosjektene synes å ha det til felles å være til en stor grad avhengig av initiativ og innovasjonsvirksomhet til individer som igangsetter prosjekter og som følge av det får selskaper og offentlige instanser til en eller annen form for samarbeid («bottom-up»). I disse prosjektbeskrivelsene henviser man ikke til en offentlig programpolitikk i forhold til tjenester for mennesker med psykiske forstyrrelser.

3.2.5 Prosjektene ideologi og målsetting

Prosjektene innhold er variert i forhold til struktur, prioriteringer og målsetting. Likevel bygger de alle på hjelp til selvhjelp og/eller individuell selvbestemmelsesrett. Det kan påstås at man legger vekt på å gi mennesker med psykiske forstyrrelser økte muligheter til deltakelse og livskvaliteter på egne premisser, og slik påvirker samfunnet til økt kompleksitet, i stedet for å tilpasse mennesker med psykiske forstyrrelser gitte referanser eller samfunnsrammer. Noen av prosjektene benytter fullt ut Judi Chamberlins definisjon og metoder i forhold til bemyndiggjøring, men det virker som om de fleste av prosjektene henviser til internasjonal utvikling og vektlegging på menneskerettigheter og deltakelsen til grupper med svak stilling i samfunnet. Man kan generelt si at prosjektene kjennetegnes av det at man legger vekt på informasjon. Fokuset kan være på å formidle opplysninger og bemyndiggjøre brukere, pårørende, medarbeidere eller allmennheten. Noen har sitt grunnlag i utforming av opplysninger, mens andre går ut på å endre samfunnets innstilling til mennesker med psykiske forstyrrelser. Det er også tydelig, at noen av prosjektene går målbevisst ut på det å utvikle en behandlings- og tjenestemessig tilnærming med utgangspunkt i brukernes bemyndiggjøring.

Til tross for forskjellig tilnærming og utforming virker det som om alle programmene har det til felles, at den langsiktige målsettingen er å påvirke innstillingen til mennesker med psykiske forstyrrelser og deres mulighe-

ter til aktiv deltakelse på egne premisser. Slik arbeider man også, direkte og indirekte, med økt bevisstgjøring og endringer i samfunnet.

3.2.6 De uavhengige foreningers deltakelse i driften

Uavhengige foreninger (NGOs) deltar indirekte i de norske prosjektene, men de drives for det meste som «non-profit» stiftelser med egne vedtekter og arbeidsregler. Bare Prosjekt Vendepunkter bygger på uavhengige foreninger i Danmark, de andre er uavhengige av slike foreninger. Det er større variasjoner på Island, hvor de fleste prosjektene drives med en eller annen form for kobling til uavhengige foreninger og bygger på et aktivt samarbeid eller deres direkte støtte. Unntakelsene fra denne regelen er Hlutverkasetur, Ráðgjöfin heim og VSL.

Det er svært sannsynlig at det er en betydelig forskjell i forhold til de uavhengige foreningers deltakelse i de tre land. Denne forskjellen kan sannsynligvis forklares med det forskjellige opphavet til prosjektene, men de islandske prosjektene henter sin styrke i individer og gressrotforeninger. Det virker som om de norske og danske prosjektene oftere er knyttet opp til institusjoner eller offentlig programpolitikk. Slik finner prosjektene sin plass eller omfang innen offentlig programpolitikk og må kanskje derfor stole på andre samarbeidspartnere for å kunne realisere ideene.

3.2.7 Brukernes andel i prosjektene

Det er tidligere blitt fremhevet, at brukerne på forskjellige måter vært involvert i opphavet til selve prosjektene. Deres direkte deltakelse i prosjektene er også forskjellig. Noen er ansatte medarbeidere mens andre har en rolle i forhold til samråd eller annet. De danske prosjektene preges av stor bredde når det gjelder brukernes deltakelse, hvor bare brukere eller tidligere brukere leder og arbeider med Prosjekt Vendepunkter. Brukerne deltar som ansatte i Café Utopia, men er mindre synlige der enn i de tre andre prosjektene, hvor de likevel har bestemt innflytelse eller deltar, men likevel uten å lede selve prosjektet på en eller annen måte. De tre prosjektene fra Norge bygger alle på brukere som aktive deltakere, som ansatte eller samarbeidspartnere med brukererfaring. De sju islandske prosjektene informerer om brukernes forskjellige deltakelse, fra bare å ha innflytelse på egen tjeneste/behandling til å lede og være for det meste ansvarlig for de tjenester eller virksomhet som finner sted.

Man kan generelt si, at brukerne for det meste har hatt stor innflytelse på prosjektenes utforming i alle delerlandene. Brukernes innfallsvinkel til selve prosjektene er likevel svært differensiert. Brukernes deltakelse i styring av og bestemmelser om tiltak er vanligvis begrenset, men klarere i forhold til gjennomføring av egne tjenester. Prosjektene fremhever vanligvis brukerens rett til deltakelse og knytter dem slik opp mot bemyndiggjøringens grunnleggende ideer.

3.2.8 Organisasjon og ansvar

Når det gjelder organisasjon og ansvar, er det oppsiktsvekkende at man vanligvis utpeker offentlige instanser. To av de norske prosjektene har en form for blandet ansvar, i og med at det handler om selveiende institusjoner. I Danmark er bare Prosjekt Vendepunkter som er 100% organisert av brukerforeninger og på deres ansvar, de andre prosjektene er offentlige. De islandske prosjektene er litt mer variert, for fire av syv er offentlige, ett er på brukerorganisasjons ansvar, ett er et privat aksjeselskap og ett er samarbeidsprosjekt mellom uavhengige foreninger og offentlige instanser.

3.2.9 Prosjektene finansiering

I alle de tre land bidrar det offentlige med størstedelen

av prosjektenes finansiering, uansett om prosjektene er 100% under offisiell ledelse eller om andre leder dem. Det offentlige bidrar på en eller annen måte til finansieringen av prosjektene, uansett om de opprinnelig har sitt opphav i det offentlige institusjoner, uavhengige foreninger eller er et privat initiativ. Hvis prosjektene inne faller under offentlige institusjoner, må de søke om offentlige bidrag til virksomheten, men de er også avhengige av annen finansiering, bl.a. fra selskaper, foreninger og fonds.

Det vekker oppmerksomhet at prosjektenes finansiering vanligvis ikke synes å være tilknyttet befaringer og evalueringer av resultater, for mange steder finner dette ikke regelmessig sted.

3.2.10 Befaringer og evaluering

Det virker som om en eller annen form for befaring eller evaluering har funnet sted i forhold til alle prosjektene i løpet av de første årene etter at de ble etablert. Men det virker som om regelmessige evalueringer blir bare unntaksvis foretatt. Befaringene ble gjennomført på svært forskjellige måter, er enten en intern eller ekstern evaluering eller et studentprosjekt.

Det virker også som om det er en større tendens til en målbevisst evaluering og offentliggjøring av resultater i de danske og de norske prosjektene, enn i de islandske.

4 Avsluttende ord

Nye synsvinkler og nye retninger
i forbedret psykisk helse

Prosjektet har tatt lengere tid enn planlagt. De kan for det forklares med hvor vanskelig det var å innhente svar om deltakelse, i tillegg til at man måtte purre på forespørsler om prosjektbeskrivelser fra de uavhengige foreningene og de representanter som ble kontaktet. Arbeidsgruppens ansatte ble i tillegg syk og vi måtte ansette en fortreder. Dette forstyrret alle timeplaner i forhold til styregruppens møter og arbeid.

Man bør være forsiktig med å fortolke konklusjonene i denne rapporten, for de bygger på de begrensede beskrivelsene til prosjektlederne, men har ikke blitt utarbeidet av uavhengige parter. Man har heller ikke vurdert om erfaringen av enkelte prosjekter er i samsvar med erklært målsetting. Interesserte kan få ytterligere opplysninger om prosjektene ved å lese deres beskrivelser i vedlegg, og der finnes også opplysninger om kontakter og referanser til videre dokumentasjon.

Vi vil forsøke å oppsummere de prinsipielle konklusjonene om de tre faktorene, prosjektet beskriver.

Nyheter i tjenester og behandling

Den opprinnelige planen gikk ut på å innsamle beskrivelser av fem prosjekter fra hvert deltakerland, i alt 15. Det gikk dessverre ikke slik, men det ble delvis kompensert for med flere prosjektbeskrivelser fra Island.

Alle prosjektbeskrivelsene kjennetegnes av fremgang, samt at man arbeider med nyheter og nye metoder, med vekt på bemyndiggjøring, på mange områder innen institusjoner, uavhengige foreninger og offentlig service, som utformes på mange forskjellige måter. Man kan forvente, at i hvert land for seg finnes en enda mer variert vifte prosjekter, hvor man arbeider med ideer og prioriteringer i forhold til bemyndiggjøring.

Bruken og erfaringene til uavhengige foreninger og offentlige instanser

Prosjektbeskrivelsene viser, at hvert enkelt prosjekt er en nyhet innen sitt felt, sitt område eller i sin faktiske sammenheng. Det bilde prosjektbeskrivelsene tegner, viser at man legger stadig mer vekt på synspunktene og den aktive deltakelsen til mennesker med psykiske lidelser i forhold til tjenester, informasjonsformidling og planlegging av ressurser og behandlingsevne. Det er også tydelig, at det er mulig å arbeide med bemyndiggjøringens ideologi på nesten alle mulige trinn i den sosiale støtten, tjenesten og behandlingen. I denne sammenheng kan det

påpekes, at det er bemyndiggjørende å øke kunnskapene og kompetansen til medarbeiderne, samtidig som man legger vekt på bemyndiggjøringens metoder hos brukerne. Deltakelse i sosialt arbeid og undervisning eller organisering og ledelse, er på tilsvarende måte bemyndiggjørende for både brukere og samarbeidspartnere.

Til en viss grad kan man påstå, på grunnlag av materialet, at innen de uavhengige foreningene finner man de prosjekter som mest tydelig henviser til bemyndiggjøringens ideologi og metoder, og at der har mennesker med psykiske lidelser mest innflytelse på prosjektenes planlegging og ledelse.

Man kan på samme måte sannsynliggjøre, på grunnlag av prosjektbeskrivelsene, at de prosjekter som mer eller mindre hører under offentlige instanser, bare i begrenset grad benytter seg av de samarbeidsmulighetene og kunnskapene som de uavhengige foreningene kunne bidra med.

De uavhengige foreningers del i offentlige tjenester og støtte

I enkelte av prosjektene viser det seg, at de er samarbeid mellom uavhengige foreninger og offentlige instanser. Dette samarbeidet manifesterer seg i en felles deltakelse i selveierinstitusjoner, men også i at prosjekter i regi av foreningene plasseres eller får bruke lokaler og fasiliteter på vegne av det offentlige, men påtar seg i stedet bestemte oppgaver, f.eks. undervisning eller evalueringer.

Den offentlige støtten på Island burde i større grad presenteres i programpolitiske erklæringer, og man ser også i de norske prosjektbeskrivelsene, at programpolitikk samt definerte bevillinger gir de uavhengige foreningene mulighet for å arbeide med og presentere interessante nyheter, samtidig som dette forsikrer driftsgrunnlaget for de nye ideene og prosjektene.

Det virker som om forbindelsen mellom prosjektbevillinger og kvalitetsevalueringer er nokså liten. Dette er spesielt tydelig når det gjelder de islandske prosjektene. Dette henger muligvis sammen med mangel på en helhetlig programpolitikk i tjenesten for mennesker med psykiske forstyrrelser, samt det hvor prosjektenes gjennomføring er knyttet opp til initiativet til individer og grupper som arbeider iherdig for å vinne gehør for sine ideer. Deltakelsen til det offentlige kjennetegnes derfor for det meste av det å behandle søknader om bevillinger til enkelte utviklingsprosjekter.

- Ahern L. og Fisher, D. (2001). Recovery at your own pace (Personal assistance in community existence). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39, 22-32.
- Angermeyer, M. C. og Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113, 163-179.
- Angermeyer, M. C. og Matschinger, H. (2005). Lay beliefs about schizophrenic disorder: The results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 89, 39-45.
- Askheim, O. P. og Starrin, B. (red.). (2007). *Empowerment: Fra teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borinstein, A. B. (1992). Public attention towards persons with mental illness. *Health Affairs*, 11, 186-196.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J. og Murphy C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-48.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P. W. (2004). Enhancing personal empowerment of people with psychiatric disabilities. *American Rehabilitation*, 28(1), 10-22.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J. o.fl. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Corrigan, P. W. og Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology*, 9, 35-53.
- Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 18, 301-313.
- Hamann, J., Leucht, S. og Kissling W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 107, 403-409.
- Hanna Björg Sigurjónsdóttir. (2006). Bemyndiggjöring. Kampen mot et flertydig begrep. I Rannveig Traustadóttir (red.), *Funksjonshemming: Ideer og metoder innen et nytt kunnskapsområde* (side 66-80). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Harding, C. M. og Keller, A. B. (1998). Long-term outcome of social functioning. Fra K. T. Mueser og N. Tarrrier (red.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Harding C. M. og Zahniser, J. H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 140-146.
- Harding, C. M., Zubin, J. og Strauss, J. S. (1992). Chronicity in schizophrenia: Revisited. *British Journal of Psychiatry*, 161, 27-37.
- Houghton, J. (1982). Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 548-552.
- Korten, D. E. (1987). *Community management*. West Hartford, CT: Kumarian Press.
- Kreisberg, S. (1992). *Transforming power: Domination, empowerment, and education*. Albany, New York: State University of New York Press.
- Lappé, F. M. og DuBois, P. (1994). *The quickening of America*. San Francisco: Jossey Bass.
- Lauber, C., Nordt, C., Facato, L. og Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 265-274.
- Link, B. G. og Phelan, J. C. (1982). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Loga, J. (2008). *Kunsten å balansere mellom kreativitet og psykisk helsearbeid: Evaluering av Galleri VOX/Vagsbunnen fellesatelier*. Bergen: Universitetsforskning Bergen.
- McLean, A. (1995). Empowerment and the psychiatric consumer ex-patient movement in the United-States: Contradictions, crisis and change. *Social Science and Medicine*, 40, 1053-1071.
- Minkoff, K. (1978). A map of chronic mental patients. I J. A. Talbott (red.), *The Chronic Mental Patient: Problems, Solutions and Recommendations for a Public Policy*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Nordens Vålfærdscenter. (2010). *Nya perspektiv – Goda exempel på mental hälsa*. Hentet fra <http://www.nordisktvalfardscenter.org/filearchive/1/118517/Konferensrapport%20Akureyri%207.8%20maj%202009%20extend.pdf>
- O'Neal, J. M. (1984). Finding myself and loving it. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 109-110.
- Page, N. og Czuba, C. E. (1999). Empowerment: What is it? *Journal of Extension*, 37(5), 24-32. .
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 307-322.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P.G. og Grajales, J. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. og Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Schutt, R. K. og Rogers, E. S. (2009). Empowerment and peer support: Structure and process of self-help in consumer-run center for individuals with mental illness. *Journal of Community Psychology*, 37, 697-710.
- Sigrún Ólafsdóttir og Jón Gunnar Bernburg. (2010). Fordommer og psykiske problemer: Jevnføring av tre land. *Íslenska Þjóðfélagið: Tidsskrift til Félagsfræðingafélag Íslands*, 1, 69-94.
- Taylor, S., Dear, M. og Michael J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.

- Islands utenriksdepartement. (2010). *En rapport fra Katrín Jakobsdóttir, nordisk samarbeidsminister, om Nordisk ministerråds virksomhet i 2009*. Hentet fra http://www.utanrikisraduneyti.is/media/PDF/Storf_norraenu.pdf.
- Wahl, O. F. (1995). *Media Madness: Public Images of Mental Distress*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Genf: Forfatter. Hentet fra http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options: Summary Report*. Genf: Forfatter. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Investing in mental health*. Genf: Forfatter. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf.

Et nordisk prosjekt om bemyndiggjøring og psykisk helse Side 1 av 65

Nye synsvinkler og nye metoder i forbedret psykisk helse

(Bedre helse med nye metoder – sosialmedisin /
Sustainable mental health with new methods – social medicine)

ISLAND

KONSULTASJON I HJEMMET

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

«Konsultasjon i hjemmet», Tjeneste for personer som bor selvstendig i Akureyri.

«Konsultasjon i hjemmet» er en del av Boligavdelingen i Akureyri kommunes sosialtjeneste og yter tjenester til de forskjellige botilbud. Avdelingen er også ansvarlig for tjenester i noen andre kommuner i forhold til gjeldende relevante avtaler.

Tjenestens målsetting er faglig rådgivning og hjelp til personer med forskjellige typer funksjonshemming, som har bruk for assistanse og støtte til oppgavene i det daglige liv. Tjenesten kan ytes enten i eller utenfor hjemmet.

«Konsultasjon i hjemmet» begynte som et forsøksprosjekt i juli 2006. Tjenestens målgruppe var personer med psykiske forstyrrelser som bodde selvstendig i Akureyri. Forsøksprosjektet ble avsluttet i juli 2007. RH ble en del av Akureyri kommunes hjemmetjenester i september 2007. Målgruppen ble utvidet og «Konsultasjon i hjemmet» er nå et sammensatt tilbud til personer som bor selvstendig i kommunen, uavhengig av funksjonshemming.

Akureyri er den største kommune i Island utenfor hovedstadsområdet. Der bor nå knapt 18.000 innbyggere.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

Prosjektet begynte som forsøksprosjekt i midten av juli 2006. Hovedformålet med prosjektet er å styrke mennesker med psykiatrisk funksjonshemming som bor selvstendig i kommunen. Rådgivningen skal yte helhetlige tjenester som er tilpasset brukernes behov, støtte dem i bedringsprosessen og forebygge de funksjonshemminger som kan være en konsekvens av alvorlige sykdomsperioder. Hovedtanken bak prosjektet var at de eksisterende tjenester ikke oppfylte behovene hos personer med psykiske forstyrrelser, dvs. at den ikke var fleksibel og individorientert nok til å oppnå formålet med å støtte personer i bedringsfasen og gi support til å redusere påvirkninger av sykdomsperioder. Ideen ble utviklet i en gruppe fagfolk som arbeidet med en gruppe brukere og således er ideen resultat av samråd med brukere.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Bemyndiggjøring henger sammen med bedringsprosessen (Recovery) og handler i det store og hele om å gi brukeren (klienten) makt og bestemmelsesrett. «Bemyndiggjøring er en prosess som finner sted når folk får bestemmelsesrett over sitt eget liv, har innflytelse på sitt miljø og opplever seg som en deltaker i samfunnet». «Konsultasjon i hjemmet» dreier seg om at brukeren får en rådgiver (en fagutdannet medarbeider) til å samarbeide med om et bedre tak på sitt eget liv. Rådgiverens rolle er å støtte brukeren til å sette seg mål og arbeide med å oppnå dem. Målsettingen og dermed rådgivningen kan handle om det daglige livets forskjellige aktiviteter, f.eks. økonomi, helse, husholdning og relasjoner. Man satser på samarbeid på brukers premisser, dvs. at brukeren har full makt og oppnår mest mulig kontroll over sin egen situasjon. Konsultasjonen/assistansen er fleksibel i forhold til struktur og mengde, dvs. at den øker hvis brukers situasjon og helse krever det, men reduseres hvis brukeren har mindre behov for assistanse. Samarbeidet foregår på mange forskjellige måter, med telefonsamtaler, e-post, samtaler i brukers hjem og andre steder. Rådgiveren kan også hjelpe brukeren i sin kontakt med systemet, f.eks. gå til lege eller i bank, hvis brukeren ber om det. Samarbeidet bygger på gjensidig tillit og respekt mellom bruker og rådgiver.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Frivillige organisasjoner samarbeider ikke i «Konsultasjon i hjemmet».

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Brukerne har ikke direkte innflytelse på konsultasjonens drift og ledelse, den er en del av de sosiale hjemmetjenestene under ledelse av kommunen. Derimot har brukerne innflytelse på utøvelsen av tjenesten innen en bestemt ramme. Brukeren former konsultasjonens innhold og vekt punkter og arbeider mot sine mål i samarbeid med rådgiveren.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

(Eksempel: «Konsultasjon i hjemmet» i Akureyri er en tjeneste beregnet på enkeltpersoner som bor selvstendig, uavhengig av funksjonshemming, hos de kommunale sosiale hjemmetjenester).

«Konsultasjon i hjemmet» er en tjeneste beregnet på enkeltpersoner som bor selvstendig, uavhengig av funksjonshemming, hos de kommunale sosiale hjemmetjenester i Akureyri.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

- a) Hvordan er dette prosjekt finansiert?
«Konsultasjon i hjemmet» finansieres av kommunen på lik linje med andre deler av byens sosiale tjenester.
- a) Hvilken støtte mottar prosjektet fra staten?
Staten har ingen rolle i denne tjenesten.
- b) Hvilken støtte mottar prosjektet fra kommunen?
Se a)
- c) Hvilken støtte mottar prosjektet fra frivillige foreninger?
Frivillige foreninger har ingen rolle i denne tjenesten.
- d) Andre finansieringsmåter, f.eks. fra individer, fonds osv.?
Det er ikke andre finansieringsmåter.

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Elín Ebba Ásmundsdóttir, M.Sc., lektor ved Akureyri universitet, evaluerte forsøksprosjektet fra et brukerperspektiv og ble ferdig med den 9. mai 2007. En kvalitativ metode ble brukt til gjennomføring av evalueringen. Seks brukere var intervjuet og evalueringen tok utgangspunkt i deres opplevelser og erfaringer av tjenesten. Resultatet av Ásmundsdóttirs evaluering var at med oppstarten av «Konsultasjon i hjemmet» har man tatt et stort positivt skritt i oppbygning og utvikling av nærtjenester i kommunen.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

- a) Ble det gjort etter en bestemt tid?
Evalueringen ble gjennomført i slutten av første driftsåret.

- b) Blir dette gjort med en kontinuerlig evaluering?
Man har ikke gjort en formell evaluering av tjenesten, men den er i kontinuerlig utvikling og revisjon.

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

Som framgår i nr. 8, er et av resultatene fra evalueringen av forsøksprosjektet det at «Akureyri kommune har tatt et stort skritt i oppbygning og tilrettelegging av nærtjenester i kommunen». Intervjuobjektene i evalueringen var svært positive i deres vurdering av tjenesten og tok den med «åpne armer». Konklusjonen var helt utvetydig, ifølge de intervjuobjektene mening: «Konsultasjon i hjemmet» er en helhetlig tjeneste som oppfyller deres behov. Rådgivningen har økt klientenes livsmestringsmuligheter, redusert deres isolasjon og økt deres livskvalitet. Klientenes vurdering av fagpersonene som ytet tjenesten var også enstemmig. De vurderte faglig bakgrunn og personlighet. I relasjoner, handlemåte og tilnæringsmåte til arbeidsoppgaver viste fagpersonen fagkunnskap og respekterte klientenes prioriteringer, kom inn i klientenes hjem med en sensitiv holdning og gjorde ingenting uten samråd med dem. Intervjuobjektene satte pris på at fagpersonen var åpen, positiv og oppfordret klienten. Alle hindringer kunne overstiges og fagpersonen var villig til å utføre alle arbeidsoppgaver sammen med klientene. Vurderinger av behovet for tjeneste var varierte etter enkeltpersoner og kunne forandres over tid. De fleste forutsatte at tjenesten kunne avvikles når man hadde nådd bestemte ferdigheter eller selvstendighetsnivå, mens andre mente at tjenesten kunne forandres fra det å være støtte i hjemmet til å være støtte i å benytte eksisterende fritidstilbud eller til å få hjelp til å komme ut på arbeidsmarkedet. Intervjuobjektene så tjenesten utvikle seg i den retning at de kunne via telefon lett ha adgang til fagpersonale som de stoler på og selv velger.

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

1. Kontaktpersoner som kan gi nærmere opplysninger vedrørende prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Kristín Sóley Sigursveinsdóttir, daglig leder hos Akureyri boligavdeling, kristin@akureyri.is

Bergdís Bjarkadóttir, hjemmetjenestens forstander, bergdis@akureyri.is

Tel. (+354) 460 1410

2. Adresse:

Glerárgata 26, IS-600 Akureyri

3. Nettsted:

<http://www.akureyri.is/thjonusta/fatladir/Radgjofinheim>

BJÖRGIN - SENTER FOR PSYKISK HELSE I SUDURNES (Island)

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

BJÖRGIN - SENTER FOR PSYKISK HELSE I SUDURNES (Island) Björgin er et rehabiliteringstiltak for personer i alderen 18-67 år med psykiske lidelser. Tjenesten bygger på tre faktorer, et dagtilbud, rehabilitering og oppfølging. Målet er bl.a. å assistere personer til selvhjelp, redusere sosial isolasjon og øke samfunnsmessig deltakelse til personer med psykiske lidelser.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

Björgin ble etablert i februar 2005. Enkeltpersoner i samfunnet foreslo ved Reykjanesbær kommunes sosialdirektør, at det var viktig å etablere en eller annen form for tiltak for personer med psykiske lidelser. Dette førte til at sosialdirektøren fikk kommunestyret til å godkjenne etablere et dagtilbud. Det ble åpnet i samarbeid med Sjálfsbjörg som bidro med sine lokaler, regionalkontoret for de funksjonshemmedes anliggender.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Tjenesten bygger alltid på det å styrke og støtte individet til selvhjelp. Når man bestemmer tjenestetilbud, blir det alltid gjort i samarbeid med hver enkelt bruker. Alle brukere blir oppfordret til å delta i tjenestenes utforming. Det viktigste forum er husmøtene, som blir arrangert én gang i måneden. Man har også en idekasse og tilgang til de ansatte for å bidra med ideer. Man forsøker, som godt man kan, å få medlemmene til å delta i presentasjon av virksomheten, når anledningen byr seg.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Mange uavhengige foreninger har støttet Björgin finansielt. Uavhengige foreninger har også samarbeidet med Björgin med forskjellige prosjekter, som f.eks. Keflavík Rotaryklubb, som utga julekort i samarbeid med Björgin.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Brukerne deltar ikke direkte i Björgins ledelse eller drift. På den andre siden legger man stor vekt på å få brukerne til å delta i presentasjon av tjenesten, slik at deres side av saken også blir kjent. Man forsøker å utnytte de sterke sidene til hver og en, og derfor har man fått brukere til å undervise/instruere i både aktiverende virksomhet og annet arbeid innen Björgin, med den målsetting å bruke de individuelle menneskelige ressursene.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

Björgin er i dag drevet med støtte fra alle kommunene i Suðurnes, sosial- og forsikringsdepartementet og regionalkontoret for de funksjonshemmedes anliggender. Reykjanes kommune er ansvarlig for Björgins drift og ansatte. Lederen er ansvarlig for institusjonens daglige drift under ledelse av Reykjanes kommunes sosialdirektør.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

- e) Hvordan finansieres tiltaket? Prosjektet finansieres i dag med støtte fra sosial- og forsikringsdepartementet, regionalkontoret for de funksjonshemmedes anliggender i Reykjanes og alle kommunene i Suðurnes.
- f) Hvilken støtte mottar prosjektet fra staten? En finansiell støtte i form av en inngått treårig avtale.
- g) Hvilken støtte mottar prosjektet fra kommunen/e? Med finansiell støtte i regi av Suðurnes kommunalforbund, i et år om gangen. Hver enkelt kommune betaler i forhold til antall innbyggere i vedkommende kommune.
- h) Hvilken støtte mottar prosjektet fra frivillige foreninger? Björgin har mottatt en betydelige støtte fra uavhengige foreninger i form av gaver, samt finansiell støtte i form av økonomiske bidrag. Uavhengige foreninger har også støttet Björgin eller enkeltmedlemmer i Björgin til bestemte prosjekter, f.eks. utgivelse av julekort, en bokutgivelse osv.
- i) Andre finansieringsmåter, f.eks. fra individer, fonds osv. Enkeltpersoner har bidratt med støtte til Björgin, både via gaver, økonomiske bidrag og frivillig arbeid.

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Men gjennomførte en meningsmåling blant brukerne av tiltaket sommeren 2009, og man har også evaluert enkelte deler av tjenesten, f.eks. Geðræktarskólinn. Det foreligger rapporter med resultatene fra denne evalueringen.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

- c) Ble det gjort etter en bestemt tid? Nei
- d) Blir dette gjort med en kontinuerlig evaluering? Man har ikke gjennomført en kontinuerlig helhetlig evaluering. Man har likevel lagt stor vekt på det å evaluere enkelte deler av virksomheten ved å presentere spørreskjemaer, hvor brukerne kan uttale seg om den nytten de mener å ha hatt av de enkelte kursene.

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

Brukerne er generelt tilfreds med virksomheten, og sier den en prinsipiell faktor i bedringsprosessen.

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

4. Kontaktpersoner som kan gi nærmere opplysninger vedrørende prosjektet/tjenesten/tiltaket? Ragnheiður Sif Gunnarsdóttir, forstander / Hjördís Árnadóttir, sosialdirektør i Reykjanesbær kommune.
5. Postadresse Suðurgata 15, 260 Reykjanesbær
6. Nettside www.bjorgin.is

HUGARAFLS GEÐFRÆÐSLA

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

Hugarafli Geðfræðsla

Prosjektets viktigste mål er å redusere fordommer overfor psykiske forstyrrelser og brukere (psykiske pasienter) blant elever i grunnskolenes øverste klasser og i den videregående skolen, samt å informere dem om positiv psykologi, forebyggende arbeid og veier til bedring.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

Helt fra etableringen har et av Hugarafli viktigste mål vært det å kjempe mot fordommer og gjøre psykiske forstyrrelser synlige. Høsten 2007 fikk vi et økonomisk bidrag fra SPRON sparekassen, og man bestemte seg for å arbeide målbevisst med informasjon om psykiske helsespørsmål i grunnskolen og den videregående skolen.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Formidling av opplysninger om psykiske helsespørsmål foregår slik, at to medlemmer fra informasjonsgruppen er en time (40-60 minutter) med hver klasse. De snakker ca. 10-15 minutter hver om sin kamp mot sin psykiske forstyrrelse, etterfulgt av diskusjon. Vi legger særlig vekt på tiltak som bygger på at de unge ikke vender ryggen mot venner i problemer, samt på hvor viktig det er med gjensidig emosjonell kontakt med venner, foreldre, lærere og andre som de stoler på. Vi forsøker også alltid å fremheve humoren.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Opplysningene om psykiske helsespørsmål er utelukkende ansvaret til Hugarafli medlemmer. Fra organisasjon til utførelse.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Brukerne er 100 % ansvarlige for prosjektet. En gruppe innen Hugarafli er ansvarlig for organisering, trening og utførelse.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

Prosjektet gjennomføres av Hugarafli i samarbeid med Reykjavík kommunes velferdsavdeling og servicesenter. Hugarafli har en prosjektleder og et team med ti personer i direkte kontakt med enten vedkommende bydels tjenestesentraler eller skolene.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

I mai 2011 undertegnet Reykjavík kommune en avtale med Hugarafli om at kommunen kjøper 150 timer neste vinter til opplysninger om psykiske helsespørsmål for alle 10. klasser i Reykjavík. Man har i tillegg informert i kommunens tjenestesentraler. Mange videregående skoler er imidlertid begynt å be om informasjon, men vi har ikke finansiering til dette.

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Evaluering foreligger. Antonía María Gestsdóttir forsket i prosjektet som en del av sin MA-avhandling, som ble avsluttet i september 2010.

Antonía María Gestsdóttir: Evaluering av en skolesentrert informasjonsformidling om psykiatriske helsespørsmål for ungdommer. Vekt på kunnskaper, innstillinger, søken etter hjelp og tiltak (september 2010)

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

Evalueringen bygget på både kontrollgrupper og statistisk behandling:

- 111 elever i 10. klasse
- 2 grunnskoler
- En stor sentral skole
- En mindre forstadsskole
- Informasjonsgrupper og kontrollgrupper
- Alle svarte på spørreskjemaer før og etter informasjonen
- Alle relevante godkjenninger og tillatelser ble innhentet

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

Undervisningen ga resultater

- Det ble signifikante endringer hos informasjonsgruppene som følge av undervisningen, men ikke hos kontrollgruppene.
- I den større skolen så man signifikante endringer i forhold til kunnskaper, tiltak og løsningsmodeller

◦ I den mindre skolen så man signifikante endringer i forhold til kunnskaper og innstillinger

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Hrannar Jónsson, hrannar@hugarafli.is Telefoner: 414 1550 / 857 0463

PSYKISK HELSE -- OPPFØLGING OG HUGARAFL

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

Prosjektet heter Geðheilsa-oppfølging og Hugarafl.

Formålet med tjenesten er støtte, rådgivning og oppfølging for personer med psykiske forstyrrelser, 18 år eller eldre, samt deres pårørende. Tjenesten skal oppfordre til bedring, økte livskvaliteter, ressurser og bedring i det daglige livet. Erfaringen til mennesker med psykiatriske forstyrrelser og pårørende er noe nytt i det daglige arbeidet og utvikles nå. Man arbeider målbevisst med den tilnærmelsen, at det er mulig å bli bedre av psykiske forstyrrelser på grunnlag av arbeid med bedringsmodellen og bemyndiggjøring. Man møter individet på dets egne premisser og med fleksibilitet i virksomheten, så tjenesten er flyttbar og foregår på forskjellige relevante steder, f.eks. på hjemmebane eller andre steder, med samtaler eller i grupper. Man arbeider i samarbeid med alle parter, f.eks. familien og andre fagpersoner, utformer kontaktnett og samarbeidsfora.

Målet er å styrke ved individuell aktivitet og deltakelse i samfunnet, å øke og bibeholde ferdigheter, samt å forebygge sosial isolering. Man legger vekt på at klientene er aktive i bedringsprosessen, og at tjenesten organiseres på grunnlag av klientenes og deres pårørendes behov og erfaringer. Teamet arbeider i nært samarbeid med Hugarafl.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

Tjenesten ble etablert på initiativ av henholdsvis en ergoterapeut og en bruker med erfaring av psykiske forstyrrelser, i samarbeid med samme ergoterapeut, Auður Axelsdóttir, for å utforme et samarbeidsforum, dvs. Hugarafl. Ergoterapeuten fikk sine ideer godkjent hos helse- og forsikringsdepartementets forhandlingsutvalg i sommeren 2003, man gjorde en avtale om oppfølgingen og inngikk i samarbeid med pårørende / en gruppe pårørende og brukere / en gruppe brukere. Det viste seg at innen Helsetjenesten var det interesse for å styrke den psykiatriske avdelings tilnærmelse, og Axelsdóttir aksepterte å utvikle prosjektet der. Man mente det var en fordel å sentralisere tjenesten innen helsetjenesten, hvor den var lett tilgjengelig. Det var også interesse for å oppfordre mennesker med psykiske forstyrrelser til å søke tjenester før det ble nødvendig med sykehusopphold, og slik føre til færre innleggelses og tidlig intervensjon.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Man jobber på grunnlag av Bedringsmodellen (PACE) og bemyndiggjøring (Working definition of empowerment, Judi Chamberlin). Virksomheten i sin helhet, dvs. intervjuer, hjemmebesøk, gruppearbeid, undervisning og andre aktiviteter, bygger målbevisst på ideologien. De ukentlige teammøtene gjennomgår man felles saker og drøfter ideologi og forskjellige metoder. Både fagpersoner og brukere har i hele sitt arbeid arbeidet på grunnlag av denne tilnærmelsen, og de påminner hverandre hvis man mener noen har blitt avsporet. Man diskuterer regelmessig bemyndiggjøring på Hugarafis ukentlige møter og benytter gruppens/individets erfaringer til å øke sin forståelse, samt for å forsikre at kunnskapene og ideologien fornyes hele tiden. Man har arbeidet med å oversette materiale om ideologien fra andre språk, samt metoder som støtter personer i bedringsprosessen, man har også gitt ut brosjyrer som bygger på denne tilnærmelse.

I 2004 besøkte Judi Chamberlin Island for å assistere gruppen i å tilegne seg de grunnleggende faktorene i Empowerment-ideologien, og ga også gruppen et klarere syn på hvordan ideologien best kan benyttes ved islandske forhold. I 2005 traff ergoterapeut Auður Axelsdóttir Daniel Fisher og fikk en mer utførlig innsikt i bedringsmodellen som man har benyttet helt fra prosjektets oppstart. De har vært i løpende kontakt siden da, og Fisher har gitt råd om hvordan arbeide bør fortsettes. Han kom til Island i mai 2009 og ga et foredrag i regi av Auður og Hugarafi. Auður har tre ganger besøkt Fisher i Boston, og også Judi Chamberlin. De har derfor samarbeidet på en omfattende og vellykket måte med vennskap som følge, noe som også har bidratt positivt til arbeidet og dets utvikling.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Hugarafi forening er en betydelig del av tjenesten. Det er et nært samarbeid mellom brukere og fagpersoner, og medlemmene i Hugarafi bidrar med mye frivillig arbeid. Hvis det offentlige inviterer f.eks. til møte, er det en arbeidsregel å sende representanter fra begge grupper, dvs. faggruppe og brukergruppe. Foredrag og diskusjoner i mediene kjennetegnes også av dette samarbeidet. Det har gitt gode resultater, og partene er glade for å møte begge synsvinkler. Det er før blitt nevnt, at to brukere fra Hugarafi er dessuten i teamet til Geðheilsa-oppfølging. Fagfolket og brukerne deltar begge i intervjuer med nye medlemmer, går på besøk i hjemmet, arbeider i fellesskap med grupper og eksterne informasjonsaktiviteter. Hugarafi er en selvstendig enighet i forhold til økonomi, og har som slik kunne finansiere egne prosjekter, f.eks. brosjyrer, Hugarafis nettsider, reiser til utlandet for å ajourføre ideologien osv.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Hugarafll deltar aktivt i den daglige virksomheten til Geðheilsa-oppfølging, utforming og utvikling. Hugarafll har dessuten sine lokaler hos sentret, noe som gir muligheter for samarbeid. Medlemmene i Hugarafll er aktive i forskjellige prosjekter i dagens løp, f.eks. å svare i telefon, å ta imot besøkende og delta i likemannsarbeid (brukere støtter brukere - støtteintervjuer), opplysninger om psykisk helse i grunnskolen og videregående skoler, presentasjon og informasjon på psykiatriske avdelinger og andre steder mfl. Sentrets fagpersonale er alltid parat og gir nødvendig veiledning og støtte.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

Geðheilsa-oppfølging og Hugarafll arbeider i regi av Hovedstadsområdet helsetjeneste og klassifiseres som sentralisert tjeneste. Slik kan de som søker tjenesten komme fra hele hovedstadsområdet men er ikke knyttet opp til et bestemt system eller helsesenter. Helsedepartementet øremerker et bestemt årlig beløp til sentret via helsetjenesten. Forstander/ergoterapeut er ansvarlig for drift og økonomi, og svarer direkte til administrasjonen for Hovedstadsområdet helsetjeneste. Helsetjenestens overlege er ergoterapeutens nærmeste overordnede, så kommer Helsetjenestens direktør. Hugarafll er som sagt en selvstendig enhet innen sentret, med selvstendig økonomi, foretaksnummer og styre. Hugaraflls økonomiske midler er derfor ikke en del av sentrets totaløkonomi. Hugarafll har ikke fått spesifikke bidrag i finansloven, men operert på grunnlag av økonomiske bidrag og særlige bidrag til enkelte prosjekter, som Geðfræðsla og Likemannsprosjektet.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

a) Hvordan er dette prosjekt finansiert? Geðheilsa-oppfølging finansieres av staten, Helsedepartementet. Helsetjenesten får tildelt økonomiske midler som er ansvarlig for driften. Hugarafll finansieres med penger og økonomisk støtte som Hugarafll innsamler på egen hånd. Hugarafll mottar ingen fastbestemte bidrag, bortsett fra tilgang til lokaliteter.

b) Hvilken støtte mottar prosjektet fra staten? Helsedepartementet

- c) Hvilken støtte mottar prosjektet fra kommunen/e? Reykjavík kommune har støttet enkelte av Hugarafls samarbeidsprosjekter.
- d) Hvilken støtte mottar prosjektet fra frivillige foreninger? Hugarafll har selvstendig økonomi, slik at innen gruppen oppstår selvstendige prosjekter, uavhengige av sentrets økonomi.
- e) Andre finansieringsmåter, f.eks. fra individer, fonds osv.? Sparekassen støttet Hugarafll i forhold til Geðfræðsla Hugarafll og brukervirksomhet. Store selskaper har støttet arbeidet, Sorpa støttet også Geðfræðsla Hugarafll, og vi har søkt i Pokasjóður, men vanligvis fått nei. Landsbankinn og Baugur har også støttet virksomheten.

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Geðheilsa-oppfølging ble evaluert i 2005 (da etter to års virksomhet), konklusjonene førte til at daværende helseminister Jón Kristjánsson gjorde virksomheten permanent, la til to 100 % stillinger og fornyet fasilitetene. Man har også innsamlet statistikk over økt antall klienter, og benyttet uttalelser fra brukere og pårørende på en aktiv måte til utvikling og revurdering. «Det er energi i dette» er et BS-prosjekt i regi av Akureyris universitet og ergoterapeutene Sylviane L. Pétursson og Hulda Birgisdóttir, hvor man evaluerte virksomheten til Hugarafll.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

- a) Ble det gjort etter en bestemt tid? Etter to år utførte man en formell evaluering med telefonundersøkelse og møter med representanter fra Landspítali, Riksforsikringen og Helsetjenesten. Man skrev en rapport med konklusjonene. I etterkant har man gjennomført en mer uformell årlig evaluering på grunnlag av brukernes uttalelser fra både sentrets brukere og Hugarafll, samt at en årlig rapport inneholdt en oversikt.
- b) Blir dette gjort med en kontinuerlig evaluering? Evalueringen er ikke helt regelmessig, men man satser på en noenlunde årlig gjennomføring.

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

Svarerne er generelt tilfreds med tilnærmelsen, forebyggende tiltak og god tilgjengelighet. Alt man satser på en enda tidligere intervensjon og forebyggende tiltak, som både vil føre til færre dager på institusjon og at pasienter kan utskrives tidligere enn før fra Landspítali med påfølgende oppfølging. En personlig tilnærmedelse som fører til hurtigere bedringsprosess for individet, omfattende familiearbeid på grunnlag av kontaktnett som gir pårørende en enklere tilgang på andre tjenester. Ideologien har slått an og hatt innflytelse på tilnærmelsen innen det psykiatriske helsesystemet.

Innovasjon har funnet sted i form av prosjekter, hvor brukerne benytter seg målbevisst av sine erfaringer av psykiske forstyrrelser. Samarbeid mellom brukere og fagpersoner har ført til fremskritt hos personer i bedringsprosessen, samt påskyndet utvikling av prosjekter. Samarbeidet har vekket oppmerksomhet, stort sett svært positiv.

Forskjellige prosjekter som Hugarafli har ledet, har ført til endret tilnærmedelse i det psykiatriske helsesystemet og presentert en ny visjon for allmennheten. Dette bekreftes av et stort antall anerkjennelser.

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

12. Kontaktpersoner som kan gi nærmere opplysninger vedrørende prosjektet/tjenesten/tiltaket?

13. Postadresse: Geðheilsa-oppfølging og Hugarafli.

Álfabakki 16, jarðhæð, IS-109 Reykjavík

Tel. (+354) 414 1550 og 821 2183.

audur.axelsdottir@heilsugaeslan.is og hugarafli@hugarafli.is

14. Nettsider, www.heilsugaeslan.is og www.hugarafli.is

HLOTVERKASETUR - Rollesentret

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

- Navn: Hlutverkasetur - Rollesentret. Rollesentrets ledestjerne er en aktiv deltakelse for å forebygge dårlig helse og forfall, som ofte kommer som følge av passivitet. Sentret spesialiserte seg i å assistere individer som av en eller annen grunn har mistet viktige roller, ikke klart å knytte kontakter med arbeidsmarkedet eller blitt drevet bort fra det. Brukerne besøker Rollesentret på eget initiativ og på egne premisser. Rollesentret går ut på at alle har noe å bidra med, og oppfordrer sine gjester til å by frem sine krefter og kunnskaper, når de er parate til det.
- Målsetting: Å komme ut på arbeidsmarkedet, begynne å studere, å øke sin livskvalitet, finne faste former for livet sitt, bryte ut av isolasjon, bli kjent med mennesker og øke sine sosiale ferdigheter.
- |Målgruppe: Åpent for alle de som ønsker å holde seg aktive, få orden på sin dag eller forbedre livet sitt.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

Selskapet AE yrkesrehabilitering, som driver Rollesentret, ble etablert i mai 2005. Utgangspunktet var et voksende antall yrkeshemmede på grunn av psykiske forstyrrelser i løpet av de siste tiårene. Rollesentrets kontakt hadde som ergoterapeut jobbet med psykisk rehabilitering siden 1979, jobbet med gressroten, deltatt i et stort antall samarbeidsprosjekter i det psykiske helsevesen og gjennomført en bedrings-/brukerforskningsprosjekt ved Akureyrir universitet (bilag 1 & 2). Konklusjonene i bedringsforskningen bekrefter at personer med psykiske forstyrrelser benytter seg av mange slags metoder for å få kontroll over eget liv og understreke hvor viktig det er med oppfølging i nærmiljøet, samt yrkesdeltakelse i rehabiliteringen. De som deltok i Hugarafli i perioden 2003-2004, deltok i utformingen av de opprinnelige ideene om Rollesentrets virksomhet og målsetting (bilag 3). Kontaktpersonen deltok i et drifts- og innovasjonskurs for kvinner hos IMPRA og laget en forretningsplan om Rollesentret. Planen ble utpekt som årets forretningsplan i 2004 (bilag 4). Rollesentret begynte sin virksomhet tidlig i 2007 i Lækjargata 4, men flyttet til Laugavegur 26 påfølgende sommer. I november 2009 ble hele virksomheten flyttet til sine nåværende lokaler i Borgartún 1. Som følge av det økonomiske kollapset i 2008 ble virksomheten tilpasset en ny situasjon i det islandske samfunnet, og alle ble invitert som mente de kunne dra nytte av virksomheten. Arbeidssøkende og funksjonshemmede har siden da frekventert Rollesentret, slik at virksomheten har endret seg fra å være spesifikk til å være allmenn.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

I kontaktpersonens forskningsprosjekt i bedring viste det seg tydelig, at de som hadde klart å mestre eget liv, til tross for alvorlige psykiske forstyrrelser, hadde erfaringer med bemyndiggjøring. Det kunne kobles opp til deres omgangskrets, venner, slektninger, fagpersoner eller tjenesten. Bemyndiggjøring handler om en endret selvforståelse. De hadde tidligere bare tatt imot, men nå hadde de oppdaget evner som de benyttet til gode gjerninger eller fikk muligheten for å hjelpe andre. De hadde vært i et miljø hvor de ikke ble ignorert, de fikk et håp om bedre liv, kunne ha innflytelse å tjenesten, hjelpen, livet og tilværelsen. En endret selvforståelse er en kognitiv følelse, som støttet selvbestemmelsesretten, selvrespekten og selvvurderingen ved menneskelig kontakt, og hadde innflytelse på den sosiale posisjon. Begrepet bemyndiggjøring knyttes opp til økte livskvaliteter og menneskerettigheter. Rollesentrets virksomhet er basert på disse brukervektpunkter.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

De som møter opp, er i stadig kontakt med dem som driver stedet og har innflytelse på dens utforming og organisering. Rollesentrets virksomhet reflekterer derfor vektpunktene til de som til enhver tid bruker stedet, og er derfor i stadig utvikling. De som møter, kommer for de vil de selv, de bestemmer når de møter opp og hva de deltar i, om de vil motta hjelp og/eller hjelpe andre. De ukentlige møtene holdes for å undersøke om sentret gjenspeiler deltakernes interesser. De ansatte arrangerer ukentlige møter, og deltakerne kan gjerne delta hvis de vil. Rollesentrets generalforsamling er åpen, og der kan man komme med forslag. Rollesentrets styre gir deltakerne regelmessige muligheter for kontakt med deltakelse i regelmessige begivenheter, organiseringsdager, julefeiring, begivenheter, utstillinger mfl. Deltakere fra andre foreninger, f.eks. Geðhjálp, Geysir eller Hugarafl kan delta aktivt ved å gå på kurs eller få hjelp til å arrangere egne kurs. De kan derfor, på lik linje med andre som møter, ha innflytelse på virksomheten.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Største delen av medarbeiderne (80 %) har erfaringer med psykiske forstyrrelser. Brukernes synspunkter er følgelig nokså sikre i den daglige virksomheten. Medarbeiderne kan kontakte styremedlemmer når de måtte ønske det. Foreningens virksomhet har fire hovedområder, som alle er selvstendige og de ansvarlige for hvert område er ansvarlige for sin oppgave.

1. Yrkesmessig rehabilitering / aktivitet.

2. Bruker spør bruker (BsB) / Bemyndiggjøring i praksis. BsB er et kvalitetsutviklingsprogram som evaluerer det psykiske helsesystemet på grunnlag av brukernes visjon. Man har evaluert boligkjerner, psykiatriske avdelinger, dagtilbud og aktivitetssentre. Seminaret «Bemyndiggjøring i praksis» arrangeres i samarbeid med velferdsdepartementet og Islands røde kors fire ganger om året utenfor hovedstadsområdet. Målsettingen med disse seminarene er å informere provinsen som bemyndiggjøring og hvordan den manifesterer seg. Men legger hovedvekt på brukerkunnskaper og erfaring.
3. Kurs i positiv psykologi / utdanning.
4. Spesifikke prosjekter/kurs. Kursarrangørene er enten selvstendige eller frivillige. Kursene er varierte og forskjellige.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

Rollesentret er et privatselskap som bygger på tjenesteavtaler, og betaler ikke utbytte.

Sæunn Stefánsdóttir, prosjektleder for rektor ved Islands universitet er styreformann, og Þórólfur Árnason, forhenværende rådmann i Reykjavík og direktør for Skýrr, er nestformann. Andre i styret er Andri Árnason advokat, Árni Gunnarsson tidligere Alltingsmann og daglig leder hos NLFÍ helseinstitusjon i Hveragerði, Jóhanna E. Vilhelmsdóttir, kontaktperson for arbeidssøkende i VR, og suppleant er Elín Ebba Ásmundsdóttir, dosent ved HA og daglig leder hos Rollesentret. Styret er økonomisk ansvarlig for virksomheten. Daglig leder er ansvarlig for virksomhetens faglige innhold. Virksomheten deles i fire områder, hvor hver enkelt medarbeider er ansvarlig for sin oppgave. Se nærmere ved svar på spørsmål 5.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Rollesentret er i samarbeid med følgende parter, som også støtter sentret med økonomiske bidrag: Reykjavík kommune, Sjúkrasjóður Íslands, VR, Virk, utdannings- og velferdsdepartementet. Rollesentret har også mottatt økonomiske bidrag fra Nordplus, EU og velferdsskiftets motvektsfond.

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Siden brukerne kommer på eget initiativ, møter bare dem som får noe ut av virksomheten. Vi mottar i gjennomsnitt 50 personer om dagen og de benytter seg av tjenesten på individuelle måter.

De som deltar i yrkesmessig rehabilitering, fyller ut et spørreskjema som evaluerer helsemessige livskvaliteter.

Vi gjennomførte deltakerundersøkelser i Rollesentret den 14. oktober 2009, 17. og 19. mai 2010 og 17. og 18. februar 2011. Målet var å innsamle opplysninger om deltakernes erfaringer av virksomheten. Hvorfor kommer de dit, og hva betyr deltakelsen for deres liv? Den første deltakerundersøkelsen var en del av Védís Drafnardóttir sitt studieprosjekt i «disability studies». De to andre undersøkelsene ble gjennomført i samsvar med en forespørsel fra Rollesentrets daglige leder som en del av kvalitetskontroll på grunn av Rollesentrets tjenesteavtaler. Forskeren holder på med en MA-grad i «disability studies» ved Islands universitet, og har erfaringer av både fysiske og psykiske lidelser. Han har også jobbet med kvalitetsutviklingsprosjektet Bruker spør Bruker (BsB) de siste tre årene. BsB bygger på kvalitative forskningsmetoder, og det samme gjelder for deltakerundersøkelsen. Hovedhensikten bak BsB er å undersøke situasjonen, selvbildet, opplevelsen og erfaringene til personer med psykiske forstyrrelser og å bli kjent med deres syn på velferdstjenesten. I 2009 og 2010 ble 35 personer intervjuet og 20 i 2011. De var i alderen 25 til 60 år. I de første undersøkelsene var en tredjedel menn, og alle de intervjuete bodde i hovedstadsområdet, bortsett fra én. I den seneste var 11 kvinner og 9 menn. Av disse var 6 uten arbeid og én var utlending. De arbeidsledige hadde vært det mer enn ett år. Det ble ikke spurt direkte om intervjuobjektene bakgrunn, men disse opplysningene kom fra dem selv. Flertallet av intervjuobjektene i alle tre deltakerundersøkelsene sa at de var plaget av psykososiale problemer (forskjellige psykiske forstyrrelser).

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

Forskeren gjennomførte en feltstudie og bygget innsamling og fortolkning av data på fenomenologiens teoretiske synsvinkel. Informasjonene ble systematisk innsamlet i felten. Forskeren tar del i situasjonen til deltakerne og får på denne måten en forståelse for deres liv og situasjon. Han blir kjent med deres daglige liv uten mellomledd og observerer det han ser og hører. Han legger vekt på det daglige livet, tanker og gjøremål. Forskeren informerte intervjuobjektene om sin hensikt. Han deltok i diskusjonen på stedet og fulgte den opp med sine spørsmål for å øke sin

forståelse for oppgaven. I etterkant av hvert besøk skrev han nøyaktige feltnoter, samt forskernes anmerkninger. Til slutt laget man et sammendrag av de viktigste teamene med direkte sitater fra deltakerne i en rapport (bilag 7)

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

De viktigste konklusjonene av evalueringen i 2009-2010 var den medfølelse, deltakerne opplevde på stedet. Deltakerne likte det også godt å få muligheten for å være sammen med andre i lignende situasjon som de. Den økte livskvaliteten bygget hovedsakelig på de vennskapsbånd som ble knyttet og den medfølelsen deltakerne utviklet. De fikk venner og kom seg ut av isolasjonen, og dette hadde en viktig positiv effekt på deres velbefinnende og helse. Holdningene og tonen på stedet ble oftest nevnt i evalueringen fra 2011, og intervjuobjektene sa at dette var det viktigste.

Andre temaer i undersøkelsene 2009-2010 var: Å kunne velge, å tilhøre en gruppe, å bryte isolasjonen, å danne en ramme for sin tilværelse, å få rolle og å kunne se for seg en lysere fremtid. Andre temaer i undersøkelsen 2011 enn holdninger og tone var: Å komme dit på egne premisser, ingen deltakeravgift, å bryte isolasjonen, rollen venn, organisering av det daglige liv, økt aktivitet og håp om en bedre fremtid.

Ingen er forpliktet til å møte, slik at bare de kommer som synes de for noe ut av deltakelsen, så berettelsene var vanligvis positive. Enkelte deltakere ønsket imidlertid å ha flere spesialister til stede for å arbeide med forskjellige problemer, mens andre sa at de fikk både samtaler og støtte, hvis de ba om det. Mange av deltakerne hadde gode kontakter med fagpersoner andre steder. Den viktigste kritikken gjaldt lærerne på kursene. Intervjuobjektene beretninger bekreftet, at Rollesentrets lærere er forskjellige, noen har omfattende erfaringer mens andre har liten eller ingen erfaring av det å undervise. Mennesker med psykososiale problemer eller uten arbeid får mulighet for å prøve seg frem i forskjellige roller. Enkelte deltakere hadde ikke forstått at hensikten er å gi mennesker sjansen til å gjøre forsøk i å mobilisere og aktivisere sine interesser. Forskeren foreslo overfor Rollesentrets ledere å legge større vekt på denne innovasjon i bedringsprosessen for å forhindre misforståelser.

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Elín Ebba Ásmundsdóttir, ebba@hlutverkasetur.is, www.hlutverkasetur.is

SETRIÐ - senter for psykisk helse

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

Setrið, senter for psykisk helse, er et bedringstiltak for personer i Þingeyjarsýsla, Nord-Island, som har eller har hatt psykiske forstyrrelser, er arbeidsledig og/eller har hatt en alvorlig sykdom som har resultert i nedsatt livskvalitet.

Målsettingen med Setrið er bl.a. den å øke selvtillit og ansvar i forhold til sosial deltakelse, å øke kommunikasjonsferdigheter, å øke deltakelse i forskjellige aktiviteter og i daglig liv, å styrke troen på egne ferdigheter, å redusere fordommer om psykiske forstyrrelser, å redusere negativ innvirkning av psykiske forstyrrelser på individer, familier og samfunnet i sin helhet, å redusere innleggelses på psykiatriske avdelinger og å styrke psykisk helse.

Setrið er samarbeidsprosjekt mellom Norðurþing sosialtjeneste, sosial- og forsikringsdepartementet og Islands røde kors, Húsavík-avdeling.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

Utgangspunktet var et forsøksprosjekt fra 10. oktober 2006 til 31. desember 2007, men i år 2010 inngikk man en avtale med sosial- og forsikringsdepartementet og Islands røde kors om deltakelse i driften av Setrið. Det er to ansatte, forstander i 50 % stilling (halvert fra 100 % i midten av året), én medarbeider i 70 % stilling og én bruker i 15 % stilling på grunnlag av en arbeidsavtale for yrkeshemmede.

De som bor utenfor hovedstadsområdet og får en psykisk sykdom, blir ofte tvunget til å reise langt bort for å få psykiatrisk helsetjeneste. Dette kan gi en syk person både angst og stress, enkelte ganger er det faktisk et uoverstigelig problem. Mange forsvinner også fra arbeidsmarkedet i lengere eller kortere perioder pga. sin sykdom og står ovenfor isolasjon og finansiell usikkerhet. Det er derfor tvingende nødvendig å utvikle bedringstiltak i nærmiljøet for personer med psykiske forstyrrelser. Dette gir økte muligheter for en mer effektiv oppfølging etter innleggelse på en psykiatrisk avdeling. Dette gir individene også en bedre mulighet for å arbeide holistisk med sin egen bedring i realistiske omgivelser, i nærheten av familie og venner som ofte er deres viktigste støtte og kontaktnett. De sosialt isolerte med svake kontaktnett kan da benytte seg av de ressurser som finnes lokalt som sine kontaktnett, samt fått støtte til å bryte sin isolasjon i reelle omgivelser.

Setriðs utgangspunkt var en faglig støttegruppe for psykisk helse i Þingeyjarsýslur, etablert i januar 2005. Gruppen fikk navnet Bakhjarl, og der er representanter fra Þingeyingars familietjeneste, Íslands røde kors Húsavík-avdeling, Þingeyingars helsesenter, Sjálfsbjörg og sognepresten i Húsavík. Bakhjarls viktigste målsetting er å konsentrere seg om bedre psykisk helsetjeneste i Þingeyjarsýslur, samt å etablere flere bedringstiltak.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Man har lagt mye arbeid i å utforme virksomheten i Setrið, og den er i kontinuerlig utvikling. Man legger vekt på å arbeide mest mulig på likestillingsgrunnlag, at brukerne er aktive deltakere i utforming av virksomheten, samt at tjenestene blir tilpasset deres behov. De ansatte legger stor vekt på å arbeide med den enkeltes bemyndiggjøring, brukerne får mulighet for å luften sine meninger på regelmessige husmøter, hvor vi drøfter og utformer Setriðs virksomhet. Der legger man vekt på at individene får utnytte sine sterke sider, utvikle dem og oppnå så innholdsrikt liv som mulig. Folk arbeider med forskjellig håndarbeid i Setrið, bildebehandling og nettsider i PC, baking og matlaging, friluftsliv og avspenning samt mange andre oppgaver. Man har også dratt på kortere reiser for å oppleve kulturelle begivenheter, f.eks. teater og kunstutstillinger. Brukerne får regelmessige tilbud om forskjellige kurs og undervisning til beste for virksomheten. I Setrið legger man vekt på individualiserte tjenester og at imøtekomme hver enkelt bruker der han står til enhver tid

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Setrið har blitt positivt mottatt hos både brukere, pårørende og samfunnet i sin helhet. Man har også godt samarbeid med andre aktører lokalt som arbeider med psykisk helsetjeneste, f.eks. Þingeyingars helsesenter og psykiatrisk avdeling i Akureyri regionssykehus. Mange uavhengige foreninger har støttet virksomheten fra begynnelsen, både økonomisk og med gaver. Mange individer i nærsamfunnet har også gitt Setrið gaver til håndarbeid og forskjellig annet, bl.a. møbler. Setrið har fått kurs, foredrag og forskjellig undervisning uten vederlag, for vedkommende har arbeidet gratis.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Brukerne deltar aktivt i Setriðs virksomhet og deltar i oppgaver og ansvar. Når prosjekter av forskjellig art forberedes, danner både ansatte og brukere arbeidsgrupper til oppfølging av dem. Brukerne deltar i prosjekter som «Kunst uten grenser» hvor de har hatt kunstutstillinger og kaffeservering. Brukerne har også deltatt aktivt i konferanser om psykisk helse, hvor de har holdt foredrag og deltatt i forberedelsene. Brukerne er helt ansvarlige for brukmarkedet «Kynlegir kvistir» men all fortjeneste går til veldedighet. Setrið har fått en avlegger, «Sólsetrið». Dette sentret for psykisk helse ble etablert på grunn av de store avstandene mellom Setrið og de andre tjenesteområdene. Brukerne der er hovedsakelig ansvarlige for sin virksomhet, men har Setrið som en støttespiller. Likevel benytter de seg av Setriðs tjenester, når de har mulighet for det.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

Setrið er samarbeidsprosjekt mellom Norðurþing sosialtjeneste, sosial- og forsikringsdepartementet og Islands røde kors, Húsavík-avdeling.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

15. Hvordan er dette prosjekt finansiert?

16. Hvilken støtte mottar prosjektet fra staten?

17. Hvilken støtte mottar prosjektet fra kommunen?

18. Hvilken støtte mottar prosjektet fra frivillige foreninger?

19. Andre finansieringsmåter, f.eks. fra individer, fonds osv.?

- Norðurþings sosialtjeneste: - Prosjektledelse, drift og økonomiske bidrag
- Velferdsdepartement: Finansiering og kvalitetskontroll
- Islands røde kors Húsavík-avdeling - bidrag og prosjektledelse
- Þingeyingars helsestær - faglig samarbeid, utveksling av prosjekter
- Þingeyjarsýsla samfunnet - selskaper, uavhengige foreninger og individer med økonomiske bidrag, andre gaver og frivillig arbeid

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Pingeyingars kunnskapscenter utarbeidet en fremgangsrapport om virksomheten i Setrið i 2007.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

- a) Ble det gjort etter en bestemt tid?

Fremgangsrapporten ble utarbeidet etter Setriðs første år i virksomhet. Norðurþing sosialtjeneste bidro med opplysninger om Setriðs bakgrunn og historie. Brukerne, pårørende og fagpersoner svarte på spørreskjemaer. Kunnskapscentret var ansvarlig for all bearbeidelse av data.

- b) Blir dette gjort med en kontinuerlig evaluering?

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

Rapportens viktigste konklusjon var at Setrið er et aktivt bedringstiltak for brukerne, og 64 % av de pårørende mente at en nær slektings deltakelse hadde hatt en positiv innvirkning for dem. Alle samarbeidspartnerne mente, at arbeid i Setrið kan føre til færre innleggelse på sykehusenes psykiatriske avdelinger, samt opprettholde bedringen hos Setriðs klienter.

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

- a) Kontaktpersoner som kan gi nærmere opplysninger vedrørende prosjektet/tjenesten/tiltaket?

- b) Adresse:

Setrið, Árgata 12. IS-640 Húsavík. Telefon: (+354) 464 1740

Forstander: Alma Lilja Ævarsdóttir.

- c) Nettside: <http://setrid.felagsthjonusta.nordurthing.is/>

VSL (Aktivisere - støtte - løse)

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

VLS sin metodikk (Aktivisere - støtte - løse) ble utviklet i et bo/rehabiliteringshjem for psykisk utviklingshemmede drevet av Reykjavík kommunes velferdsavdeling. Tiltaket er hovedsakelig beregnet på individer med stort tjenestebehov og/eller evne til å benytte seg av bo/rehabilitering i nærsamfunnet. Kommunens velferdsavdeling har utformet en politikk om tjenestene for psykisk utviklingshemmede i samarbeid med interessegrupper. Der legger man bl.a. vekt på å aktivisere brukerne til økt ansvar, deltakelse på egne premisser på grunnlag av brukersamråd, bemyndiggjøring og hjelp til selvhjelp. Slik blir brukerne selv bemyndiget til å ta bestemmelser angående eget liv, men får en målbevisst støtte til å finne den mest vellykkede vei i forhold til sin situasjon. VSL-metodikken er en faglig, men samtidig en praktisk metode for å oppfylle avdelingens politikk om tjenestetilbud til psykisk utviklingshemmede.

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

VSL-metodikken ble utviklet i nærtjenestene med brukere i perioden 2006-2008 og har vært praktisert siden da. Man kan generelt si at denne metodikken har blitt godt mottatt, bl.a. av brukere, pårørende og interesseorganisasjoner (Hugarafll, Geðhjálp og ÖBI). Tjenestens brukere har opplevd betydelige fremskritt i forhold til bedring og aktiv samfunnsdeltakelse. Det kan f.eks. påpekes, at i 2008 var brukernes aktive samfunnsdeltakelse omkring 30 %, men i 2010 var den blitt 60 % uten spesifikke tiltaksprosjekter om dagtilbud.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Bemyndiggjøring er en av sju underliggende faktorer i VSL, de seks andre er: hjelp til selvhjelp, brukersamråd, humanisme, atferdsterapi, kognitiv atferdsterapi og arbeid med familien. Tjenestens virksomhet bygger på det at alle brukerne setter seg egne mål i sju undergrupper, bl.a. matlagning, hushold, rolle, samfunnsdeltakelse osv. Brukeren kan i samarbeid med de ansatte velge mellom fire undergrupper av tjenestepolitikken: oppfordring, støtte, veiledning eller stimulering. Slik understøtter man bemyndigelse og ansvar hos tjenestens brukere med det som mål å gi vedkommende støtte til aktiviteter, samt å øke kvalifikasjoner og ferdigheter i eget miljø. Slik forsøker man å forsikre brukernes bemyndiggjøring og forhindre, at de ansatte tar myndigheten fra vedkommende på feil tjenestepremisser.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Både interesseorganisasjoner og uavhengige foreninger har deltatt i utforming av programpolitikken, samt nærmere utvikling av metodikken med sin deltakelse i arbeidsgrupper.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Brukere har deltatt indirekte i bo/rehabiliteringshjemmets ledelse og drift med representasjon i en arbeidsgruppe om tjenestetiltakets arbeidsplan. Representanter for brukerne (interesseorganisasjoner) har deltatt i en arbeidsgruppe om Reykjavík kommunes helhetlige strukturering av tjenestene for psykisk utviklingshemmede.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet? Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

All tjeneste for psykisk utviklingshemmede i særlige botilbud (litt over hundre personer) er grunnlagt på metodikken til VSL. Boligkjernenes forstandere er ansvarlige for daglige tjenester og arbeidsmåter. Forstanderne hører direkte under direktøren for tjenestesentralene, men alle forstandere deltar i møter med prosjektlederen omkring programpolitikken og utvikling av tjenestens arbeidsmåter, eller VSL.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

a) Hvordan er dette prosjekt finansiert?

Tjenesten for psykisk utviklingshemmede (samfunnstjenester i hjemmet, likemann og utvidet likemann) bygger på tjenesteavtalen mellom Reykjavík kommune og staten.

b) Hvilken støtte mottar prosjektet fra staten?

Staten er ansvarlig for tilsyn med gjennomføring av tjenesteavtalen.

c) Hvilken støtte mottar prosjektet fra kommunen?

Kommunen er ansvarlig for tjenestens gjennomføring i sin helhet, på grunnlag av en tjenesteavtale med staten.

d) Hvilken støtte mottar prosjektet fra frivillige foreninger?

Uavhengige foreninger/interesseorganisasjoner har deltatt i oppbyggingen av tjenestestrukturen for brukere via arbeidsgrupper. Kommunen har i tillegg gjort mange tjenesteavtaler om kjøp av tjenester fra uavhengige foreninger, f.eks. evaluering av tjenester, tjenester med det formål å øke brukersamråd osv.

e) Andre finansieringsmåter, f.eks. fra individer, fonds osv.?

Nei

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Kommunen har selv evaluert et bo/rehabiliteringshjem som arbeider på grunnlag av VSL, med følgende hovedkonklusjoner: Man bygget på brukersamråd, brukerne opplever de ansattes støtte ved gjennomføring av individuelle planer, alle intervjuobjektene sa at de så resultatene av de individuelle planene og at revidering av dem var en av de resultatorienterte bedringsfaktorene osv. En av evalueringens viktigste konklusjoner var, at individer med avsluttet bo/rehabilitering var i større grad i bedringsprosess i langtidsboligform enn de som ikke hadde fått bo/rehabilitering. Brukerne var kommet lengre i forhold til bemyndiggjøring, hjelp til selvhjelp og brukersamråd. Planen er at brukerne i Rollesentret vil utføre evalueringer av tre spesifikke boligitiltak i 2011.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

a) Ble det gjort etter en bestemt tid?

Målsettingen med evaluering av tjenestene gjelder både økonomiske og faglige forutsetninger. En spesialist på et sentralisert velferdskontor evaluerte den pågjeldende tjenesten. Man intervjuet ledere, ansatte og brukere. Man tok hensyn til hvor lenge brukeren hadde mottatt tjenesten, slik at man intervjuet henholdsvis personer som var akkurat begynt med bo/rehabilitering, personer som var omkring halvveis i prosessen og personer som hadde avsluttet bo/rehabilitering.

b) Blir dette gjort med en kontinuerlig evaluering?

Ja, man benyttet statistiske data (bl.a. tjenestetengde) og brukte kvalitative forskningsmetoder som grunnlag.

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

Se svar ved spørsmål 8

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

a) Kontaktpersoner som kan gi nærmere opplysninger vedrørende prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Jóna Rut Guðmundsdóttir, prosjektleder hos Reykjavík kommunes velferdsavdeling, jona.rut.gudmundsdottir@reykjavik.is

b) Adresse:

Borgartún 12-14, IS-105 Reykjavík

DANMARK

CAFE UTOPIA

1. What is the name of the project/service? What are the target groups and main goals?

The name of this projekt is: Cafe Utopia.
Is a commercial driven cafe, and the costumers are everyone in the neighborhood. The employers are people with mental disorders, who is given more quality of life through work with meaning.
The vision is to make the best cafe in town....

2. The origin of the project/service? How and why was it established?

It was established in 1997, as an employment projekt, because other treatment has stopped and no longer had effect. The treatment in this projekt is: Work!
It was established as a cooperation between psychiatry in Ringkøbing Amt and Holstebro Kommune.

3. How is the ideology and method of empowerment used in the project/service?

The empowerment meaning are used all the time... We work through the person and not the illness, witch we try to look behind.
The work make demands to a person, and the person try to meet the requirements.
We make a lot of structure and learn skills, so the work does not make stress.

4. What is the role of social organizations in the project/service?

The Holstebro Kommune is the owner of the projekt, but there is not much interference.
The leaders of the café choose new employers, who all get paid for there work.

5. What is the role of the users/clients in the project/service? E.g. their contribution to the management and running of the project?

The cafe is driven as a company, with a leadership team. But we see the conditions of work as very important, so a lot of things is decided on meetings, where everybody has the possibility to say their meaning. Some decisions are made on these meetings.

6. Organization and responsibility. Where within the system is the project/service situated? Describe e.g. from the organization chart, organizational-, professional-, and financial responsibility.

The projekt is now owned by the labor management, in Holstebro Kommune. The projekt gets subsidy from the kommune, gets subsidy to the salary and earns money by selling food.

7. How is the financing/support to the project/service?

- a) How is it financed?
See above.
- b) How is the form of the support of the state?
There is no direct support of the state.
- c) How is the form of the support of the local community?
With money.
- d) How is the form of the support of the social organizations?
There are no support
- e) Other financial options, e.g. individuals, funds ect.
No

8. Has there been any assessment on the project/service and have results of the assessment been put forward?

Yes for many years ago. I think it was in 2000.

9. How was that assessment carried out?

- a) Was is carried out over a specific time period?
Yes
- b) Is is carried out systematically over time?
No

10. What were the main results of the assessment?

That it was a succesfull project.

11. Contact person for the project/service.

a) Who is the contact person for the project/service?
Kaj Christensen

b) Address:
Danmarksgade 3, DK- 7500 Holstebro

c) Web page:
www.cafeutopia.dk

PROJECT VENDEPUNKTER

1. Navn på prosjektet/tjenesten/tiltaket. Målsetning og målgruppe.

Project Vendepunkter:

LAP – Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere – i København og Fredriksberg, har siden 2004 tilbudt særlige kurser til mennesker med alvorlige sindslidelser, som ønsker at få en bedre hverdag.

Kurserne holdes under fællesbetegnelsen „Vendepunkter“ og bygger på en opfattelse af, at mennesker med sindslidelser kan komme sig – helt eller delvist (recovery) – og at de kan opnå det ved at få kontrol over deres eget liv (empowerment). De bliver i stand til at handle selv, og de oplever en sammenhæng i tilværelsen.

Udgangspunktet for kurserne er deltagerens egne ønsker og behov, og på kurserne arbejder den enkelte med at forbedre sine muligheder for at håndtere hverdagen. Det sker i rammer, hvor den enkelte hele tiden selv bestemmer, hvad han/hun vil. „Hvad var det, der gjorde, at jeg kunne se fremad – at mit liv blev bedre?“

Målsætningen er: Velvære og en meningsfuld dagligdag.

2. Hvordan og hvorfor ble prosjektet/tjenesten/tiltaket opprettet?

LAP (Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere) København-Fredriksberg er initiativtager til og udbyder af Projekt Vendepunkter. Projektet udspringer af LAP Københavns mangeårige erfaring med brugerstyrede projekter og arbejde med at forbedre forholdene for psykisk syge og psykiatribrugere.

Recovery-tankegangen er ikke noget nyt fænomen i international sammenhæng.

Adskillige udenlandske undersøgelser har fremhævet fordelene ved at arbejde mere „recovery-orienteret“. LAP er da også inspireret af den internationale psykiatribrukerbevægelses arbejde med tankegange om recovery, empowerment og inklusion.

LAP fik idéen til Vendepunkter, fordi psykiatribrukerne ikke længere fandt det tilfredsstillende blot at benytte egne væresteder, og behovet for at deltage i samfundet pressede sig på. Psykiatribrugernes ønske om at deltage i normale aktiviteter i samfundet faldt sammen med, at recoverybegrebet blev introduceret i Danmark.

Vendepunkter kom derfor til at handle om psykiatribrugernes egen kompetenceudvikling, båret af en håb om forandring, kombineret med muligheden for at tilegne sig viden gennem erfaringsudveksling med ligesindede. Hele tiden med det perspektiv at skabe forudsætninger for selv at kunne gennemføre konkrete ændringer af hverdagslivet.

Kompetenceudviklingsforløbet er baseret på LAPs tidligere erfaringer med de valg,

psykiatribrugere foretager, og som kan føre til, at den enkelte f.eks. Kan:

- Være sammen med andre mennesker i hverdagen.
- Deltage i frivilligt arbejder eller være aktiv i sit lokalsamfundet.
- Være aktiv i brugerbevægelsen.
- Komme på arbejdsmarkedet eller i uddannelse.

3. Hvordan er „empowerment“ , „egenkraftmobilisering“ brukt som ideologi og metode i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Empowerment-begrebet spiller en central rolle i forhold til recovery, og skal betragtes som indlejret i recovery-tanken.

Empowerment betyder at blive i stand til at handle selv. LAP definerer empowerment ved at opnå kontrol over eget liv. Det vil sige at opnå kontrol over de kritiske afgørende faktorer, der holder mennesker fast i understrykkelse eller afmagt, hvor de ikke har kontrollen. Alle mennesker har behov for at skabe sig et godt liv, og det gode livs fundament er at opleve en sammenhæng i tilværelsen, således at den opleves som begribelig håndterbar og meningsfuld. Empowerment betyder magt, kraft og styrke, hvor vækst i erkendelse indsigt og selvforståelse går hånd i hånd med en kraftfuld handling. Empowerment er således både en del af en proces og et mål i sig selv.

Empowerment-begrebet rummer både en individuel og en fælles proces. Den individuelle proces handler om at give deltagerne forudsætninger for at tage magten tilbage over eget liv. Til det hører grundlæggende information og viden om de rettigheder og muligheder, man har som psykiatribrunder, samt om den diskrimination, man kan udsættes for på grund af en psykisk lidelse.

Den fælles proces består af to processer: den som handler om, at en afgrænset gruppe- med samme type af problemer udveksler erfaringer og kan medvirke til den enkeltes udvikling. Derfor er peer support (bruger-til-bruger hjælp) en integreret del af undervisningsforløbet.

Den fælles proces handler desuden om, at gruppen kan handle til fælles bedste med det formål at ændre forholdene for gruppen – en mere politisk indsats. Dette sidste udgangspunkt ligger til grund for succeskriteriet om, at deltagerne bliver i stand til at gøre noget for andre.

Empowerment-begrebet og recovery-begrebet har således et fælles udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og muligheder samt i evnen til selv at handle.

Recovery og empowerment i et brugerperspektiv

For at understrege sammenhængen mellem empowerment- og recoverybegrebet i forhold til psykiatribrugere, benytter LAP følgende citat.

„...Recovery in the user-movements has always been more about empowerment“
(Recovery in the usermovement, 2009, 2).

Psykiatribrugere, der arbejder med recovery, pønter ifølge LAP, at recovery i sin essens ikke handler om at slippe for symptomerne, som følger med sygdommen, men i højere grad om at fokusere på, hvilket liv de ønsker for sig selv (Recovery in the usermovement, 2009, 2). Dermed bliver recovery i høj grad et spørgsmål om at få magten over eget liv.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Projekt Vendepunkter er udviklet i den frivillige organisation LAP København og Fredriksberg.

Da projekterne er vokset ud af en forandring i brugernes egen interesseorganisation, er det klart at de projekter, der er udviklet der, kun kan afvikles i en frivillig organisering, hvor brugernes synsvinkler, behov og situation, er det der er afsat for al afvikling og udvikling af Projekt Vendepunkter.

Så vores projekter bygger på brugernes individuelle behov og ønsker og foregår i rammer der rummer „bruger til bruger“ rådgivning og refleksion.

Det er fermet helt anderledes temaer og udviklingsprocesser der kan finde sted her, hvor anders dagsorden eller metoder eller forvetninger, ikke er det der angiver rammerne for personlig udvikling og udvikling af egne kompetencer.

Vi kan iværksætte udviklingsprocesser, der er styret af den enkelte deltager og hver de ydelser der skal til for at holde den individuelle proces i gang kan tilføres når det er aktuelt at tilbyde dem, set i udviklingsperspektivet.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon/bestyrelse og drift, samt utførelse av tjenesten?

Der er ingen ansatte i administration, ledelse eller undervisning, som ikke selv er eller har været psykiatribrugere.

De fagpersoner der ind imellem tilknyttes projektet, i forskellige funktioner, når der er et behov herfor, er projektansatte på fast honorar.

6. Organisering og ansvar. Hvor er prosjektet/tjenesten/tiltaket/ plassert innenfor eksisterende tjenesteorganisasjon? Beskriv f.eks ut fra organisasjonkart og ledelse, administrativt-, fagligt og finansielt ansvar.

De fleste recovery forløb er finansieret af frivillighedsmidler fra stat og kommuner. Midler der søges årligt. Det er Brugerorganisationen LAP der søger om midlerne og er økonomiansvarlige.

Det er tilknyttet en projektkoordinator der står for projektafviklingen, og projektadministrationen, som har foreningenbestyrelsen seom arbejdsgiver.

Projekterne som gennemføres med frivillighedsmidler, har den tilknytning til eksisterende offentlige tilbud, som de selv det finder formålsjænt at have.

En ander af vores projekter er et metodeudviklingsprojekt finansieret af socialdirektoratet og arbejdsmarkedet i fællesskab, í Københavns Kommune. Projekt Vendepunkter til Arbejdsmarkedet.

Projekiet er målrette borgere på langvarig kontakthjælp og með psykiske problemer. Det er Jobcentre i København der henviser borgere til projektet. Dette projekt er underlagt vilkårene for ekstern virksomhed, som jobcentret entrere med for at aktivere deres borgere.

7. Finansiering/støtte til projektet/tjenesten/tiltaket?

Hvordan er dette projekt finansiert?

- Alla projekterne er finansieret enten gennem ansøgning af puljemidler eller ved at der er givet beviling til et specifikt ansøgt projekt.

Hvilken støtte mottar projektet fra staten?

- Staten har ingen rolle i denne tjenesten.
- Støtte fra Tip og Lottomidler til frivilligt arbejde.

Hvilken støtte mottar projektet fra kommunen?

- Støtte frå 18 midler til frivilligt social arbejde. Samt beviliger til godkendte specifikt ansøgt projekter.

Hvilken stønad får projektet fra frivillige organisasjoner?

Andre finansieringsmåter, f.eks fra individer, fonds osv.?

8. Er det blitt gjort evaluering av projektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Vi er ved at afslutte en evaluering af det en af vores projekter: Vendepunkter I.

Evalueringen omfatter 12 forløb afviklet fra 2004-2009.

Vores metodeudviklings projekt evalueres. Evalueringen er den del af projektet og er færdig ved projektafslutning.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

- e) Var det gjort etter en bestemt tid?
Ja, etter 5 år.
- f) Blir det gjort med kontinuerlig evaluering?
Ja, kontinuerligt.

10. Resultater av evalueringen?

Forandringer.

Formålet med evalueringen har været at se på virkningerne for de enkelte kursusedtagere, uanset om de har været på et Vendepunkt-kursus for fem år siden, eller de har avsluttet forløben en måned før interviewet. Ændring af adfært og menneskelig udvikling er en proces, som løber over lang tid. Nogle gange går den i stå, og nogle gange går den tilbage. Det framgår af samtalerne med deltagerne, at kurserne for nogle er blevet startskuddet til en personlig udviklingsproces, for andre understøtter det en udvikling, som allerede var i gang, da de startede på kurset. Vi har derfor i vealueringen valgt at spørge deltagerne, om de kunne huske, hvad de fik ud af kurset, og hver de er nu. Vi har så delt svarende op i kortsigtede virkninger, mellemlange virkninger og virkninger på langt sidt. Det er de kortsigtede virkninger, de fleste deltagere fortæller om, når de beskriver, hvad der kom ud af Vendepunkter. De lange og mellemlange virkninger beskriver hvor deltagerne er i dag, og kan ikke kun tilskrives Vendepunkter, men også de mange andre ting, som deltagerne har gjort i deres live.

Sammenfattende kan resultaterne beskrives således:

- Deltagerne har fået indsigt i deres sygdom og sygdomsbillede
- De har fået redskaber til at håndtere deres sygdom
- De er blevet i stand atil at gøre ting selv, som de er glade for
- De er blevet i stand til at gøre noget for andre
- De har faet brugbare netværk
- De har faet en beder hverdag
- Da har faet indflydelse på eget liv.

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

1. Kontaktpersoner som kan gi nærmere opplysninger vedrørende prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Erik Olsen eller Claus Bech-Nielsen, vendepunkter@psykiatribrugere.dk

2. Adresse:

LAP København og Fredriksberg
Vesterbrogade 103, 1sal
1620 København V Danmark

3. Nettsted/Web page:

www.psykiatribrugere.dk

ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY

1. What is the name of the project/service? What are the target groups and main goals?

Illness Management and Recovery (IMR) is a curriculum-based rehabilitation program designed with a recovery-approach. The aim of IMR is to rehabilitate people with severe mental illnesses by helping them acquire knowledge and skills in managing their illness and achieve personal recovery goals.

The target group are adults diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder associated with one of the two participating community mental health centres.

The hypothesis is that the IMR program compared with treatment as usual will show an increase in the participating patients' level of functioning at the end of treatment.

2. The origin of the project/service? How and why was it established?

The IMR program is designed by Dr. Kim Mueser et al. as an evidence-based practice based on the principals of recovery to help people with severe mental illnesses to set individual meaningful goals for their lives and gain illness self-management skills and thereby contribute to their individual recovery-process (Mueser, Corrigan, Hilton, Tanzman, Schaub, Gingerich et al. 2002). By collecting the evidence of different empirically supported practices including psycho-education, relapse prevention, behaviour training to improve medication adherence, coping skills training and social training, IMR was developed as a full-ranged rehabilitation program and consolidated into a single standardised program for study and dissemination. The effectiveness has been tested in a few randomised trials with various settings (Hasson-Ohayon, Roe & Kravetz, 2007; Levitt, Mueser, Degenova, Lorenzo, Bradford-Watt, Barbosa et al. 2009; Salyers, McGuire, Rollins, Bond, Mueser & Macy, 2010) and these trials indicate that IMR in group level can be implemented with a good effect and a high fidelity to the program curriculum (Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins & Boyle, 2009; Salyers, Rollins, McGuire & Gearhart, 2009). Due to methodological limitations in the previous trials e.g. regarding the blinding process further trials are crucial to prove the effect.

The IMR program is established in Denmark in two community mental health centres in the Capital Region both as a research project (PhD) to investigate the effectiveness and as a quality development project to develop the quality of care in two community mental health centres. It's planned that 200 participants will participate and be randomised to either the IMR program or treatment as usual in the period of February 2011 to December 2012.

3. How is the ideology and method of empowerment used in the project/service?

Key issues in the IMR program are recovery and empowerment. The aim of the IMR program is that the patients gain empowerment so that they can manage their mental illness and begin a process of recovery.

4. What is the role of social organizations in the project/service?

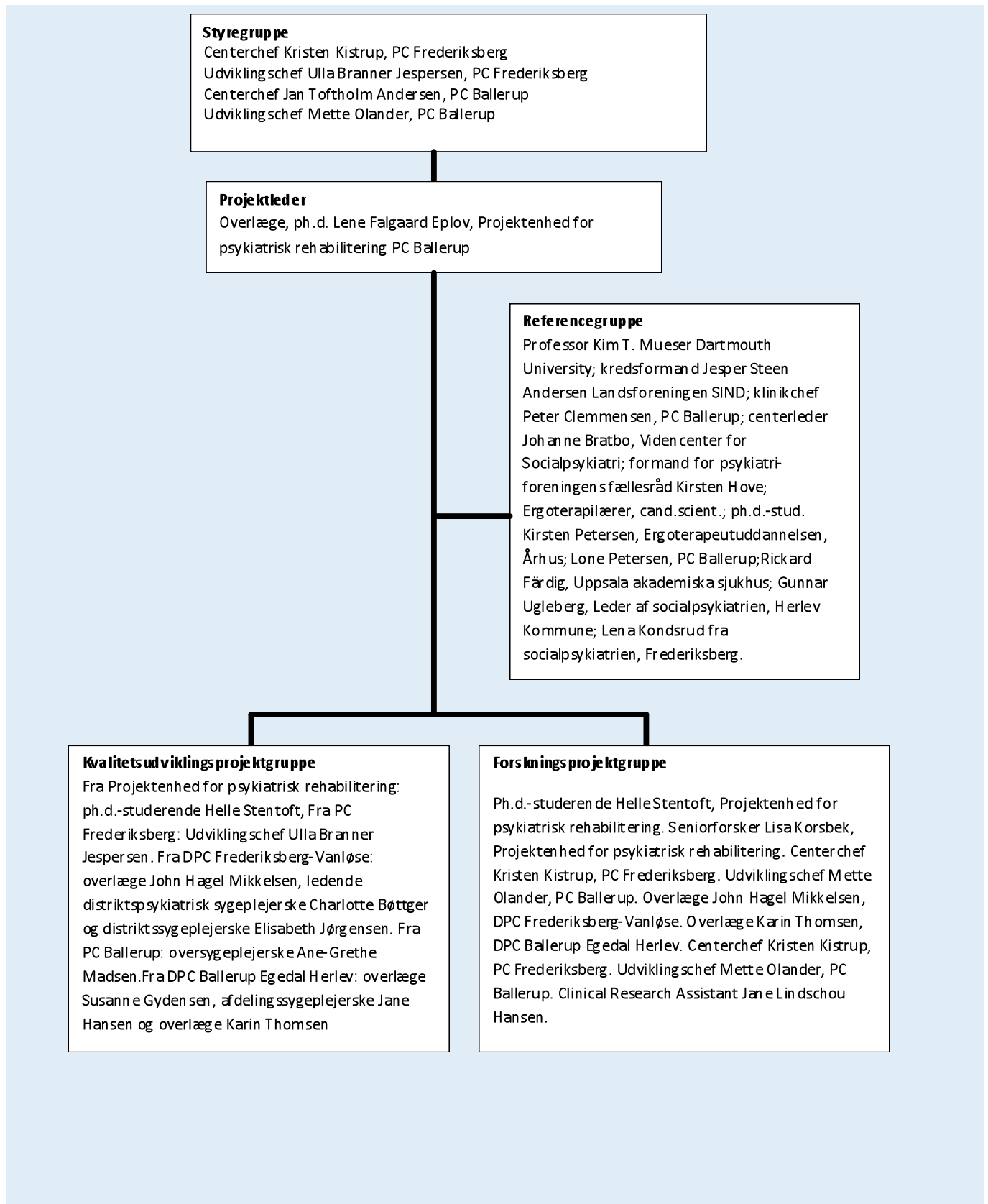
The IMR program is so far only implemented in community mental health centres and social organization are not yet involved.

5. What is the role of the users/clients in the project/service? E.g. their contribution to the management and running of the project?

IMR is provided in group format and will last nine months with a series of weekly sessions where mental health practitioners help/teach the participants to develop personal strategies for managing their mental illness and moving forward in their lives. User/clients are contributing to IMR project by giving advices in the planning of the project and monitor the development of the project. In the expansion of IMR in Denmark it will be a possibility that clients/user will contribute by teaching at the IMR program.

6. Organization and responsibility. Where within the system is the project/service situated? Describe e.g. from the organization chart, organizational-, professional-, and financial responsibility.

The steering committee consists of the management of the two mental health hospitals where the IMR project is situated, which are responsible for the financial part of the project. Overall leader of both quality development and research project is psychiatrist and leader of the Research Unit of Psychiatric Rehabilitation Lene Falgaard Eplov. Responsible for the research is PhD student, cand.scient.san.publ. Helle Stentoft, Research Unit of Psychiatric Rehabilitation, Psychiatric University Centre Ballerup. See organisation chart.



7. How is the financing/support to the project/service?

a) How is it financed?

The project is financed by the involved mental health hospitals, the Capital Region of Denmark and Helsefonden [Health fund].

b) How is the form of the support of the state?

The state is not supporting the project directly.

c) How is the form of the support of the local community?

The local community is not supporting the project financially.

d) How is the form of the support of the social organizations?

The social organisations are not supporting the project financially.

e) Other financial options, e.g. individuals, funds ect.

Helsefonden [Health fund]

8. Has there been any assessment on the project/service and have results of the assessment been put forward?

There are no results yet.

There will be assessment at baseline (before the patients are randomised to IMR or treatment as usual) and after the 9 months of treatment. The primary outcome is level of functioning at the end of treatment this is asses by Global Assessment of Functioning (GAF-F). The secondary outcomes are disease symptoms; use of alcohol/drugs; individual meaning of recovery; hope; hospital admissions and out-patient psychiatric treatment at the end of treatment (9 months) and at follow-up 21 months after baseline.

9. How was that assessment carried out?

a) Was is carried out over a specific time period?

The duration of the research project will be four years. Recruitment to the trial and baseline

assessments has begun January 2011 and is due for completion in February 2012. The intervention will start March 2011 and the follow-up assessments in November 2011.

b) Is it carried out systematically over time?

Yes – validated scales are used and assessments are carried out according the current standard of research.

10. What were the main results of the assessment?

No results yet. The effectiveness has been tested in a few randomised trials with various settings (Hasson-Ohayon et al., 2007; Levitt et al., 2009; Salyers et al., 2010) and these trials indicate that IMR in group level can be implemented with a good effect and a high fidelity to the program curriculum (Salyers et al., 2009; Salyers et al., 2009).

11. Contact person for the project/service.

a) Who is the contact person for the project/service?

PhD Student Helle Stentoft

b) Address:

Research Unit for Psychiatric Rehabilitation
Ballerup Boulevard 2
DK- 2750 Ballerup
Denmark

c) Web page:

Webpage in Danish

<http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Psykiatrisk+Center+Ballerup/Forskning/Projektenehed+for+psykiatrisk+rehabilitering/Igangvaerende+projekter.htm>

IMPLEMENTATION OF RECOVERY-ORIENTED PRACTICE

1. What is the name of the project/service? What are the target groups and main goals?

Implementation of Recovery-oriented Practice in a Danish Mental Health Service

2. The origin of the project/service? How and why was it established?

One of the strategies of Frederiksberg Mental Health Service is to establish a recovery-oriented practice. It was based on the results of a bottom-up process among the staff, which took place in 2008.

Due to a local task force of the mental health department (Frederiksberg Mental Health Service) the Recovery Approach was step by step put into practice.

There are three steps:

- a. The Recovery Dialogguide, which is an important tool for the staff in finding a common understanding of the concept and in putting the approach into practice, being face to face with the patient. The Recovery Dialogguide is introduced to the staff integrated in a local education process about CBT.
- b. A Recovery-questionnaire was developed based on the results of the National Danish Recovery-Project from 2006. The results from a cross-sectional study January 2010 including patients and staff is published as a report. It was supposed to be an output value *before* the initiatives were introduced. The results however have a lot of interesting findings, including the fact, that the staff seems to believe in the ability of people to recover.
- c. Illness Management and Recovery (IMR) is a curriculum-based nine months rehabilitation program based on the principles of recovery. The aim of IMR is to rehabilitate people with severe mental illnesses by helping them acquire knowledge and skills in managing their illness and achieve personal recovery goals. Previous randomised controlled trials indicate that IMR can be implemented with a good effect and a high fidelity though further trials are crucial to demonstrate the potential effectiveness of IMR. The study design is an individual-level single-blind randomised controlled trial of the IMR program compared with a treatment as usual control for 200 people diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder under the care of two Mental Health community centres in the Capital Region of Denmark (Frederiksberg Mental Health Service and Ballerup Mental Health Service).

3. How is the ideology and method of empowerment used in the project/service?

The ideology and method of empowerment is based on recovery-oriented practice using the philosophies of W. A. Anthony and Larry Davidson. It is based upon the assumption that people with severe mental illness should rightfully have control over their own lives, supported by others. Hope is the clear and central beacon.

4. What is the role of social organizations in the project/service?

In this case the practice takes place at the psychiatric department and at the community psychiatry – and not at the municipality.

5. What is the role of the users/clients in the project/service? E.g. their contribution to the management and running of the project?

The users/clients are included in the assessment.

6. Organization and responsibility. Where within the system is the project/service situated? Describe e.g. from the organization chart, organizational-, professional-, and financial responsibility.

Frederiksberg Mental Health Service (or Frederiksberg Mental Health Centre) is a mental health service, which is a part of the Region Hovedstadens Psykiatri (The Mental Health Service of the Capital Region). **The organization** consists of

- 10 Mental Health Centres serve one catchment area
 - Bed units
 - Outpatient Clinics
 - Community Mental Health Centres
 - Outreach treatment
 - Specialized treatment
- 3 Mental Health Care Centres for Child and Adolescent Psychiatry serve one catchment area
 - Bed units
 - Outpatient Clinics
 - Outreach treatment.

Region Hovedstadens Psykiatri provides treatment to approx. 32 % of all patients with

mental illness in Denmark.

7. How is the financing/support to the project/service?

- a) How is it financed?
 - As a part of the operating budget
- b) How is the form of the support of the state?
 - None
- c) How is the form of the support of the local community?
 - None
- d) How is the form of the support of the social organizations?
 - None
- e) Other financial options, e.g. individuals, funds ect.
 - No

8. Has there been any assessment on the project/service and have results of the assessment been put forward?

As described under question 2 a Recovery-questionnaire with the results from a cross-sectional study January 2010 including patients and staff is published has been performed. It is supposed to be a output value *before* the initiatives was introduced.

9. How was that assessment carried out?

- a) Was is carried out over a specific time period?
Yes, and the next cross-sectional study will be done next year.
- b) Is is carried out systematically over time?
Yes

10. What were the main results of the assessment?

The results of the assessment will come 2012 or 2013.

11. Contact person for the project/service.

- a) Who is the contact person for the project/service?

Head of the Department and Chairman of the Danish Association for
Community Mental Health (DACMH) Kristen Kistrup

- b) Address: Frederiksberg Mental Health Service
57-59 Ndr. Fasanvej
DK 2000 Frederiksberg

- c) Web page: www.psykiatri-frederiksberg.dk

OPPSØKENDE PSYKIATRITeam

1. Hva heter prosjektet/tjenesten/ressursen? Målsetting og målgruppe.

Opsøgende Psykiatri Team (Op Team) afdeling O, Psykiatrisk Center København. Oppfølging med intervensjon (Assertive Community Treatment, ACT). Vedvarende og aktive tjenester på stedet. Målet er å utarbeide bedre behandling for tilbakevendende pasienter, samt pasienter som ikke har kunnet benytte seg av psykiatriens tradisjonelle tjenestetilbud. Målgruppen er personer i alderen 18 til 65 år. Diagnosene er schizofreni, Delusional Disorder, schizoaffektiv sykdom, bipolar

2. Utgangspunktet for prosjektet/tjenesten/ressursen? Hvordan og hvorfor ble tiltaket opprettet?

ACT metoden ble utviklet i Madison Wisconsin USA omkring 1960. Målet var å utforme en bedre behandling for tilbakevendende pasienter. Spesifikk/holistisk tilnærming. Det viste seg at den beste modellen var ACT modellen, utviklet av Stein og Test. Op Team begynte sin virksomhet hos Rikshospitalet i København i august 2004.

3. Hvordan bruker man ideologien og metodene bak bemyndiggjøring i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

ACT er vedvarende og aktive åstedstjenester. Kontaktpersonen (Case Manager) er ansvarlig for brukernes behandling, men ikke brukeren som er ansvarlig for å oppsøke den ambulante tjenesten. Kontaktpersonen er ansvarlig for å tilkalle alle involverte parter, samt å styrke kontaktnettet til vedkommende. Behandlingen foregår i eget miljø/hjem og er individualisert. Kontaktene er alltid gjester i brukerens hjem. Det er viktig å skape en positiv kontakt med brukeren, slik at vi er velkommen neste gang også. Det er viktig å ha som utgangspunkt de behov brukeren har til enhver tid. Man konfererer mest mulig med de pårørende. Det er viktig å respektere brukerens selvbestemmelsesrett.

4. Hvilken rolle har frivillige organisasjoner i prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Teamet er åpent for alle kontakter og forsøker å være utadventt og aktivt. Siden Op Teams brukere som regel er svært syke, er kontaktene vanligvis ansvarlige for kontakten med uavhengige foreninger.

5. Hvilken rolle har brukere i dette prosjektet/tjenesten/tiltaket, f.eks. deres rolle i administrasjon og drift, samt utførelse av tjenesten?

Brukerne kan formidle sine meninger via kontakten, teamlederen eller psykiater.
Brukere styrer ikke arbeidet.
Sykehuset har et brukerråd på plass.
Der har brukerne mulighet for å luften sine meninger.

6. Organisasjon og ansvar. Hvor plasseres prosjektet/tjenesten/tiltaket/ i systemet?
Beskriv f.eks. på grunnlag av organisasjonskart og ledelse, samt administrativt, faglig og finansielt ansvar.

Op Team er et åstedsteam innen det offentlige sykehussystemet og hører under Psykiatrisk Center København, avdeling O.

7. Finansiering/støtte til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

En offentlig institusjon.

8. Har man gjennomført evaluering av prosjektet/tjenesten/tiltaket og/eller finnes det et resultat eller kvalitetsmåling av dette?

Marshall og Lockwood 2000.
Ph.D. avhandling, Marie Høgh Thøgersen, Cand. Psyk.

9. Hvordan var denne evalueringen gjennomført?

Marie Høgh Thøgersen fulgte de to første teamene i København fra september 2003 til februar 2005.

10. Hva er de viktigste konklusjonene av evalueringen?

«Resultater: Op var signifikant bedre til å fastholde pasienter enn

standardbehandlingen. Pasienter som mottok behandling fra Op hadde, i tillegg til færre innleggelsesdager et høyere sosialt funksjonsnivå, holdt seg til sine antipsykotiske medisiner og var mer tilfreds med behandlingen. Opplevelsen av formynderi var lavere blant dem som fikk behandling hos OP. Det var ingen forskjell på tvangsinnleggelse, livskvalitet og psykopatologiske symptomer i de to gruppene.»

11. Kontaktpersoner til prosjektet/tjenesten/tiltaket?

Teamleder Jóhanna Erla Eiríksdóttir. johanna.erla.eiriksdottir@regionh.dk

NORGE

HUSK

1. What is the name of the project/service? What are the target groups and main goals?

Høgskole og universitetssosialkontor (HUSK)
Hovedmålet er å styrke kunnskapen og kvaliteten i sosialtjenesten.

2. The origin of the project/service? How and why was it established?

HUSK ble opprettet som et femårig statlig prosjekt 2006 – 2011. Hensikten var å utprøve forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning, praksis og brukere.

3. How is the ideology and method of empowerment used in the project/service?

Gjennomføringen av de lokale prosjektene skal skje i et likeverdig samarbeid mellom de fire hovedaktørene:

- Ansatte ved utdanningsinstitusjonene
- Studenter
- Ansatte i praksisfeltet
- Brukere av sosialtjenesten

4. What is the role of social organizations in the project/service?

Ingen

5. What is the role of the users/clients in the project/service? E.g. their contribution to the management and running of the project?

Rådgivere med brukererfaring er ansatt i deltidsstillinger for å bidra i delprosjekter som forskningsmedarbeidere eller prosjektledere.

6. Organization and responsibility. Where within the system is the project/service situated? Describe e.g. from the organization chart, organizational-, professional-, and financial responsibility.

Statlig prosjekt under Institutt for sosialfag, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

7. How is the financing/support to the project/service?

- a) How is it financed?
Hovedsaklig ved statlige midler
- b) How is the form of the support of the state?
Årlige bevilgninger etter søknad
- c) How is the form of the support of the local community?
Kommunene som deltar bidrar med ansatte i en stor eller liten stillingsbrøk
- d) How is the form of the support of the social organizations?
ingen
- e) Other financial options, e.g. individuals, funds ect.
Universitetet bidrar med ansattes Fou-tid

8. Has there been any assessment on the project/service and have results of the assessment been put forward?

Er blitt fulgt opp av ekstern evaluator.
Rapport fra Nordlansforskning foreligger (www.husk-stavanger.no).

9. How was that assessment carried out?

- a) Was is carried out over a specific time period?
- b) Is is carried out systematically over time?

10. What were the main results of the assessment?

Prosjektet evalueres til blant annet å ha styrket verdien av brukernes erfaringskunnskap. Arbeidet anbefales videreført med noen justeringer.

11. Contact person for the project/service.

- a) Who is the contact person for the project/service?

Aase Bø-Rygg

b) Address:

HUSK Stavanger regionen

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Stavanger

Aase.bo-rygg@uis.no

c) Web page:

www.husk-stavanger.no

KIM-SENTERET

1. What is the name of the project/service? What are the target groups and main goals?

Navn: Stiftelsen KIM-senteret

Målgruppe/ Mål: Mennesker som har/har hatt psykisk sykdom (eller også andre funksjonshemminger) som ønsker å øve seg opp til å kunne komme ut i lønnet arbeid.

2. The origin of the project/service? How and why was it established?

Hvorfor: Brukerorganisasjonen Mental Helse Sør-Trøndelag laget et prosjekt i 1997 fordi deres medlemmer ofte fant det vanskelig å benytte de vanlige arbeidstreningsbedriftene som sto til rådighet. Dette prosjektet skulle gi mennesker som hadde vært gjennom en psykisk sykdom mulighet til å starte arbeidstrening for å prøve ut arbeidsevnen sin og øve seg opp til å komme ut i arbeid. En viktig side av arbeidstreningen var at det skulle være mulig å starte opp når den enkelte selv mente at hun/han kunne delta i arbeidstrening, en annen viktig side var å ha arbeidsoppgaver og arbeidstid som var tilpasset den enkeltes behov.

Hvordan: Vi søkte om midler til prosjektet fra Stiftelse Helse og Rehabilitering som disponerte midlene fra Exstralotteriet som går på Norsk TV hver tirsdag. Disse midlene skal brukes til rehabiliteringsformål, helseopplysning og forskning. Det var første år med utdeling fra dette lotteriet og vi var svært heldige og fikk midler til oppbygging og drift i til sammen 3 år. Prosjektet varte fra 1/1 1998 til 31/3 2001. Allerede i det første året som prosjekt valgte Mental Helse Sør-Trøndelag å skille ut prosjektet fra organisasjonen for å sikre videre drift etter prosjektperioden. De opprettet derfor en stiftelse med egne vedtekter, organisasjonsnummer og økonomi. (Vedtektene følger vedlagt som egen fil. Der kommer det fram hvilken tilknytning vi nå har til brukerorganisasjonen.)

Fra 1. april 2001 og til d.d. har vi drevet ordinær drift basert på prosjektets beskrivelse, organisasjonens ideologi og nødvendige tilpassinger til statens regler for arbeidstrening og attføring i Norge. I mai 2001 ble vi godkjent som tiltaksarrangør for NAV og vi har driftsavtale med Trondheim kommune.

3. How is the ideology and method of empowerment used in the project/service?

Vi legger stor vekt på det vi kaller hjelp til selvhjelp – i dette arbeidet inngår et møte vi har for både ansatte og medarbeidere (våre brukere har tittelen medarbeidere) fire dager i uka. Møtet starter hver dag kl. 0900 og varer i 45 min. Her tar vi for oss alle emner som kan ha innvirkning på medarbeidernes veg tilbake til arbeid, mestring av forhold som har innvirkning på samarbeid og samvær med andre. Mange av våre medarbeidere har ulike grader av sosial angst og ofte liten tro på egne forutsetninger for å mestre en jobb. Vi legger stor vekt på at medarbeider kan lære av andre medarbeidere som har kommet litt lengre i prosessen enn de som nylig har startet.

Videre legger vi vekt på at alle medarbeidere er med på evaluere sin egen framgang i arbeidstreningen, de velger selv hvilken avdeling de ønsker å arbeide i – dvs. vi har ulike avdelinger med ulike arbeidsoppgaver. De får også ulik arbeidstid ved oppstart, - alt etter hvor meget de selv tror de kan make. Det ligger krav til progresjon i både arbeidstid og oppgaver underveis i oppholdet hos oss, og dette er de med på å styre etter som de opplever at de mestrer de oppgavene de starte med.

Vi har medarbeidersamtaler hver 6. uke hvor de sammen med arbeidsleder går igjennom oppgaver og utvikling. Hver 3. måned skrives det rapport om som sendes NAV – denne leses, godkjennes og undertegnes av den enkelte medarbeider.

4. What is the role of social organizations in the project/service?

KIM-senteret er et resultat av organisasjonen Mental Helse Sør-Trøndelag sitt ønske om å lage et bedre tilpasset arbeidstreningstilbud for mennesker med psykiske problemer. Vi samarbeider fortsatt med vår "moderorganisasjon" om ulike saker, men ut over våre vedtekters bestemmelse om at organisasjonen oppnevner tre av styremedlemmene har ikke Mental Helse Sør-Trøndelag noen spesiell rolle i prosjektet.

Det er heller ingen andre frivillige organisasjoner som har spesielle roller inn i arbeidet som blir gjort i KIM-senteret.

5. What is the role of the users/clients in the project/service? E.g. their contribution to the management and running of the project?

Som det går fram av våre vedtekter har våre medarbeidere et medlem i styret. I tillegg har dette styremedlemmet en vararepresentant som har møterett og talerett i styret selv om styremedlemmet er til stede i møtet.

Måten medarbeidernes styremøte velges på er følgende:

Alle avdelinger avholder møte hvor medarbeiderne i avdelingen velger en representant og en vararepresentant for avdelingen. Alle valgte representanter for de respektive avdelinger kommer deretter sammen og velger en av de valgte avdelingsrepresentanter til medlem i stiftelsens styre. Våre medarbeidere er som regel ferdig med sitt opphold i KIM-senteret innen to år. Det er derfor vanlig å ha nyvalg med jevne mellomrom, da ingen som ikke er medarbeider kan sitte som

styremedlem på vegne av medarbeiderne.

Medarbeiderne har også andre fora hvor de har innflytelse på driften av stiftelsen og arbeidet som foregår i avdelingene. Vi har som mål å avholde minst to fellesmøter for ansatte og medarbeidere hvert år. Da tar vi opp ulike saker ved driften og arbeidstreningen. Avdelingene har også sine månedlige avdelingsmøter hvor arbeidet i den enkelte avdeling blir drøftet. De har også gjennom avdelingsmøtene innflytelse på avdelingenes mål for hvert år gjennom arbeid med KIM-senterets virksomhetsplan og de kan delta i utarbeidelsen av avdelingenes utarbeidelse av årsmeldinger hvert år via samme organ.

Til slutt vil vi nevne medarbeidernes innsats med sitt arbeid i de enkelte avdelinger, arbeidsoppgavene gir stiftelsen nødvendige inntekter som er viktige for at vi skal kunne opprettholde tilbudet i det omfang som vi ønsker å gjøre.

6. Organization and responsibility. Where within the system is the project/service situated? Describe e.g. from the organization chart, organizational-, professional-, and financial responsibility.

KIM-senteret er som tidligere beskrevet en stiftelse. Den har ingen eier (en stiftelse eier seg selv) og er ikke en del av en organisasjon.

Vi har et styre som består av 7 styremedlemmer, hvorav 3 er oppnevnt av Mental Helse Sør-Trøndelag, 1 er oppnevnt av Trondheim kommune, 1 er oppnevnt av St. Olavs Hospital Psykisk Helsevern, 1 er valgt av og blant de ansatte og 1 er valgt av og blant våre medarbeidere.

Vi har selv ansvar for å ha ansatte som har god kompetanse på arbeidsledelse, veiledning og oppfølging av våre medarbeidere, og vi har selv ansvar for vår økonomi. Som stiftelse har vi i Norge et statlig tilsyn, *Lotteri og Stiftelsestilsynet*, som har som oppgave å se til at vi følger Stiftelsesloven. Ut over dette er vi selvsagt underlagt alle vanlige lover som regulerer arbeid og arbeidsmiljø, skatter og avgifter osv.

7. How is the financing/support to the project/service?

a) How is it financed?

Våre inntekter i 2011 er driftstilskudd fra NAV (staten) med 50,5 % - driftstilskudd fra Trondheim kommune med 23 % - driftstilskudd fra St. Olavs Hospital Psykisk Helsevern med 6 % og egne inntekter på 20,5 %. Vårt budsjett i 2011 er på ca 8,5 mil

b) How is the form of the support of the state?

Vi er tildelt plasser hvor NAV søker inn deltakere som trenger utredning og arbeidstrening. Disse plassene honoreres med faste tilskudd.

c) How is the form of the support of the local community?

Vi har driftsavtale med Trondheim kommune. Driftsavtalen beskriver hva kommunens tilskudd skal brukes til, d.e. arbeidstreningsplasser og støtte for å tilrettelegge for at brukere i ulike sammenhenger kan drive ulike aktiviteter i våre lokaler.

Midlene vi får fra St. Olavs Hospital Psykisk Helsevern skal brukes til arbeidstreningsplasser, det er imidlertid ingen fast driftsavtale mellom St. Olavs Hospital PH enda og midlene må søkes om hvert år.

d) How is the form of the support of the social organizations?

Det er mulig å søke ulike sosiale organisasjoner om tilskudd til bestemte formål, vi har bl.a. fått støtte til kjøp av en arbeidsbil fra TV-aksjonsmidlene fra 2004 gjennom Rådet for psykisk helse. Det vil imidlertid alltid være tilskudd til spesielle tiltak, en kan ikke regne med sette som finansiering av daglig drift.

e) Other financial options, e.g. individuals, funds ect.

Samme svar som over.

8. Has there been any assessment on the project/service and have results of the assessment been put forward?

I 2001 fikk vi årets pris for best gjennomførte prosjekt. Prisen ble delt ut av Stiftelsen Helse og Rehabilitering som også hadde evaluert alle søkere til prisen. Dette er selvsagt et engangstilfelle ettersom en ikke kan få flere slike priser for samme prosjekt.

I 2008 og 2010 har vi gjennomført spørreundersøkelser over tilbudet i KIM-senteret blant medarbeiderne. Begge undersøkelser ble presentert tilbake til medarbeiderne, ansatte og styret. Resultatene fra undersøkelsen i 2010 er også presentert i årsmeldingen og på internettsiden vår.

Vi må også nevne at vi i 2010 ble sertifisert av Equass. Dette er et krav staten har satt til alle de som er tiltaksarrangører for NAV. Les om hva Equass er på

www.epr.eu/index.php/equass

og hva NAV er på www.nav.no

9. How was that assessment carried out?

12. Was it carried out over a specific time period?

Den første undersøkelsen ble gjennomført på høsten 2008 ved bruk av fokusgrupper og eksterne intervjuere som også viderebehandlet materialet og satte resultatene sammen til en rapport. En tid etter at vi mottok rapporten ble det arrangert en dialogkonferanse hvor alle medarbeidere og ansatte og styremedlemmer deltok. Her ble funnene diskutert og deltakerne kunne komme med ideer og ønsker om hva som burde forbedres og også hva de ønsket at vi skulle gjøre mer av.

Undersøkelsen i 2010 ble gjort i form av en spørreundersøkelse som kunne gjennomføres på vår intranettside eller ved hjelp av papirutgave av samme. Undersøkelsen ble foretatt i tiden juni til august.

Vi har nå vedtatt at vi skal ha en undersøkelse en gang i året og er nå midt inne i den andre spørreundersøkelsen som kan gjennomføres via vårt intranett.

13. Is it carried out systematically over time?

Vi er nå i gang med årlige undersøkelser som vil bli gjentatt hvert år

10. What were the main results of the assessment?

I begge foregående undersøkelser har flertallet av våre informanter vært fornøyde med tilbudet vi gir sett under ett. Men de har også hatt saker de ønsket skulle bli bedre. Dette har vi jobbet med for at vårt tilbud skal bli best mulig for så mange som mulig av våre medarbeidere.

Vi vil gjerne vedlegge informantenes svar på oppsummeringsspørsmålet fra 2010: Hvor fornøyd er du med tilbudet du mottar fra KIM-senteret sett under ett ?

Her svart 25 % at de var meget fornøyd, 57,1 % at de var rimelig fornøyd og 14,3 % at de var litt fornøyd. 3,6 % svare at de var lite fornøyd.

Equass-serifiseringen har som krav at 60 % av brukerne av tjenestene skal være fornøyde med tilbudet – dette klarte vi med glans i 2010. Vi håper på like bra resultat for 2011 også

11. Contact person for the project/service.

a) Who is the contact person for the project/service?

Kirsti Hokstad Rekdal – Daglig leder

b) Address:

KIM-senteret, postboks 844 Sentrum, 7409 N-Trondheim KIM@kimsenteret.no

c) Web page: www.kimsenteret.no

KBT MIDT-NORGE

1. What is the name of the project/service? What are the target groups and main goals?

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (Komptence center for userexperience and service delveopement)
KBT Midt-Norge

2. The origin of the project/service? How and why was it established?

The user organizations did take the initiativ.

3. How is the ideology and method of empowerment used in the project/service?

The center hiers people with user background for the projects. The center are also using a evaluation method called User ask User wich is based on different methods to make the user voice heard in the services.

4. What is the role of social organizations in the project/service?

They are supporting us by beeing represented at the board for the center, and they are involved when we are conducting evaluations.

5. What is the role of the users/clients in the project/service? E.g. their contribution to the management and running of the project?

Our direct contact with users are trough the evaluation method. The cednter are run by people who themselves have user experience. The evaluation method are based on involvement as a informant and a participant in dialog meetings where service personell og staff are attending. The focus group metodes we are using an individual interviews we are using is empowering people, espasially when they attend to dialog conferences. There are people with user background interviewing and dialog is strengthening their voice.

6. Organization and responsibility. Where within the system is the project/service situated? Describe e.g. from the organization chart, organizational-, professional-, and financial responsibility.

The center is established as a independent center with it is own board.

7. How is the financing/support to the project/service?

- a) How is it financed?

By selling out evaluations and gorund support from the goverment.

- b) How is the form of the support of the state?

By an annually grant

- c) How is the form of the support of the local community?

Is involved in developpeing projects

- d) How is the form of the support of the social organizations?

Thei are not supporting with funds

- e) Other financial options, e.g. individuals, funds ect.

8. Has there been any assessment on the project/service and have results of the assessment been put forward?

We have not have any assement of our work.

9. How was that assessment carried out?

- a) Was is carried out over a specific time period?

- b) Is is carried out systematically over time?

10. What were the main results of the assessment?

No assessment yet.

11. Contact person for the project/service.

d) Who is the contact person for the project/service?

Dagfinn Bjørgen

e) Address:

KBT Midt-Norge

PB 934, 7409 Trondheim

f) Web page:

www.kbtmidt.no



Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
for Velferdsdepartementet:

Nye synsvinkler og nye retninger i forbedret psykisk helse:

Et nordisk prosjekt om bemyndiggjøring i psykiatrisk helsetjeneste



VELFERDARRÁÐUNEYTIÐ



Utgitt av: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
Félagsvísindastofnun – Gimli – Sæmundargötu 10 – 101 Reykjavík
Telefon: 525 5200 – E-post: rbf@hi.is – Nettadresse: rbf.is
Desember 2011