

A white seagull is shown in flight, soaring upwards and to the right against a clear blue sky. The bird's wings are fully extended, and its tail is visible. The overall image has a soft, ethereal quality.

Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu

Norrænt verkefni um
valdeflingu í
geðheilbrigðisþjónustu

Desember 2011

Lára Björnsdóttir

Halldór S. Guðmundsson

Kristín Sigursveinsdóttir

Auður Axelsdóttir



Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
fyrir velferðarráðuneytið:

Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu:

Norrænt verkefni um valdeflingu í geðheilbrigðisþjónustu

Útgefandi: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
Félagsvísindastofnun – Gimli – Sæmundargötu 10
101 Reykjavík
Sími: 525 5200
Netfang: rbf@hi.is
Veffang: rbf.is

Umbrot og textavinnsla: Þröstur Haraldsson
Desember 2011

© 2011 Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)

ISBN 978-9935-9026-8-9

Efnisyfirlit

Ný sjónarhorn og leiðir
til bættrar geðheilsu

Efnisyfirlit	3
Inngangur	4
Samantekt	5
1 Inntak verkefnis og vinnulag	6
1.1 Yfirlit um störf verkefnisstjórnar	6
2 Hugmyndafræði og áherslur	8
2.1 Hefðbundin meðhöndlun fólks með geðraskanir	8
2.2 Ný hugmyndafræði og breyttar áherslur	8
2.3 Valdefling	10
2.3.1 Samantekt	13
3 Niðurstöður	14
3.1 Yfirlit verkefna og samantekt	14
3.1.1 Verkefni frá Danmörku	15
3.1.2 Verkefni frá Íslandi	16
3.1.3 Verkefni frá Noregi	18
3.2 Umfjöllun um verkefnalýsingar	19
3.2.1 Innihald og form	19
3.2.2 Markhópur	19
3.2.3 Stofnár verkefnanna	19
3.2.4 Stofnaðili og uppruni verkefna	19
3.2.5 Hugmyndafræði og markmið verkefna	20
3.2.6 Þáttur félagasamtaka í rekstri	20
3.2.7 Þáttur notenda í verkefnunum	20
3.2.8 Skipulag og ábyrgð	21
3.2.9 Fjármögnun verkefna	21
3.2.10 Úttektir og mat	21
4 Lokaorð	22
Heimildaskrá	23
Fylgiskjöl	25

Geðraskanir eru meðal algengustu sjúkdóma samfélagsins, einkum meðal ungs fólks og aldraðra. Samkvæmt skýrslu Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) frá árinu 2004, þjást um 450 milljónir manna um heim allan af geðröskunum. Einn af hverjum fjórum mun verða fyrir einni eða fleiri tegundum geðraskana einhvern tíma á lífsleiðinni. Geðraskanir leggja sálrænar, félagslegar og efnahagslegar byrðar á einstaklinga, fjölskyldur þeirra og samfélag. Þær auka einnig líkurnar á líkamlegum sjúkdómum. Geðraskanir eru taldar aðalorsök um helmingsfötlunar og ótímabærs dauða um allan heim (WHO, 2004).

Einstaklingar sem þjást af geðröskunum glíma, auk geðraskananna sjálfra, við ýmis félagsleg vandamál, fátækt og útskúfun úr samfélaginu vegna neikvæðra viðhorfa, fordóma og ranghugmynda um geðsjúkdóma. Viðhorfin auka þannig á áhrif skerðingarinnar og auka líkur á fötlun. Þetta leiðir bæði til skertra lífsgæða einstaklinganna og til mikils kostnaðarauka fyrir samfélagið. Öll Norðurlöndin eiga það sameiginlegt að mikil aukning er í hópi þeirra sem verða öryrkjar af völdum geðsjúkdóma. Í þessu sambandi má nefna að á Íslandi fá hátt í 40% örorkulífeyrisþega örorkubætur vegna geðraskana og í Noregi og Danmörku á þetta við um þriðjung örorkulífeyrisþega. Geðraskanir valda sennilega meira vinnutapi og kostnaði fyrir samfélagið en flestir aðrir sjúkdómaflokkar.

Geðraskanir eru oft langvinnir sjúkdómar eða sjúkdómar sem ganga í lotum þar sem skiptast á veikindatímabil og tímabil þar sem fólk nýtur sæmilega góðrar heilsu. Veikindatímabilin má þó stytta og jafnvel koma í veg fyrir með réttri meðhöndlun og öflugri geðheilbrigðisþjónustu. Með réttri meðhöndlun geta margir þeir sem glíma við geðraskanir náð fullum bata (Ahern og Fisher, 2001). Norrænu félags- og heilbrigðisráðherrarnir hafa meðal annars hvatt til nýsköpunar í velferðarþjónustunni

með það að markmiði að gera hana skilvirkari og betri ásamt því að auka lífsgæði notenda þjónustunnar (Utánríkisráðuneytið, 2010). Einn þáttur í slíkum umbótum getur falist í því að auka valdeflingu, þ.e.a.s. að auka vald fólks með geðræn vandamál til að ráða málum sínum sjálf.

Á árinu 2009 stóð Geðhjálp í samstarfi við Norræna lýðheilsuháskólann í Gautaborg og Norrænu Velferðarstofnunina í Stokkhólmi fyrir norrænni ráðstefnu með alþjóðlegu ívaði á Akureyri sem nefndist: Ný viðhorf – besta geðheilbrigðisþjónustan (New perspectives – Best mental health practices). Þema ráðstefnunnar voru ný sjónarhorn á geðheilbrigðisþjónustu og bestu leiðirnar sem þekktar eru. Reynt var að nálgast geðheilbrigðisþjónustuna út frá nýjum opnari aðferðum sem reynsla erlendis frá hafði bent til að vel gæfist, jafnvel betur en það sem við eigum að venjast. Reynt var að varpa ljósi á hvernig hægt er að móta nýjar leiðir til að koma betur á mótis við þarfir þeirra sem glíma við geðraskanir og geðfatlanir sem og aðstandendur þeirra (Nordens Välfärdscenter, 2010).

Tilgangur þessarar skýrslu er að kanna nýjar leiðir sem reyndar hafa verið með valdeflingu (empowerment) í geðheilbrigðisþjónustu á Norðurlöndum. Upplýsinga var leitað hjá aðilum sem eru að vinna áhugaverð verkefni á Íslandi, Danmörku og í Noregi með það að leiðarljósi að taka saman hvað er að gerast á þessu sviði sem og að kynna það sem vel hefur verið gert (best practice).

Samstarfsaðilum í verkefninu eru færðar bestu þakkir fyrir samstarfið og framlag sitt. Sérstakar þakkir fá Erik Olsen, Jóhanna Erla Eiríksdóttir, og Daniel Fisher fyrir kynningar og innlegg á fundum stýrihóps verkefnisins. Einnig fær Tove Johnsen bestu þakkir en hún veitti ómetanlega aðstoð sem tengiliður og við öflun verkefnalýsinga frá Noregi. Síðast en ekki síst er Norrænu ráðherranefndinni þakkaður stuðningurinn við verkefnið.

Samantekt

Ný sjónarhorn og leiðir
til bættrar geðheilsu

Upphafleg áætlun gerði ráð fyrir að aflað yrði lýsinga á fimm verkefnum frá hverju þáttökulandi, eða alls 15. Sú varð því miður ekki raunin, en það var að hluta til bætt upp með því að fjölga verkefnalýsingum frá Íslandi.

Niðurstöðurnar í þessari skýrslu þarf að túlka með varfærni þar sem þær byggja á takmörkuðum lýsingum forsvarsmanna verkefnanna og hafa ekki verið unnar af óháðum aðila. Þá hefur heldur ekki verið lagt mat á hvort reynsla af einstökum verkefnum sé í samræmi við yfirlýst markmið. Áhugasamir geta kynnt sér verkefnin nánar með því að lesa lýsingar á verkefnum í fylgiskjöllum þar sem einnig er að finna upplýsingar um tengiliði og vísun í frekari gögn. Hér á eftir er leitast við að draga saman meginniðurstöður um þá þrjá þætti sem verkefnið fjallar um.

Nýjungar í þjónustu og meðferð

- Mikil gróska – fjölbreytileiki úrræða
- Uppspretta nýjunga og þróunar úrræða í geðheilbrigðisþjónustu

Allar verkefnalýsingarnar bera með sér mikla grósku og að unnið er með nýjungar og nýjar leiðir, með áherslu á valdeflingu, á mörgum sviðum stofnana, félagasamtaka og opinberrar þjónustu sem útfærðar eru á fjölbreyttan hátt. Gera má ráð fyrir að í hverju landi sé til staðar enn fjölbreyttari flóra verkefna þar sem unnið er út frá hugmyndum og áherslum valdeflingar.

Valdefling og reynsla félagasamtaka og opinberra aðila

- Áhersla er á hugmyndafræði og aðferðir valdeflingar – hjálp til sjálfshjálpar.
- Aðkoma notenda er mismikil.

Verkefnalýsingarnar sýna að hvert og eitt verkefni er nýjung á því sviði, á því svæði, eða í því samhengi sem þau eru í. Myndin sem verkefnalýsingarnar draga fram sýnir verulega vaxandi áherslu á sjónarmið og virka þátttöku fólks með geðraskanir í þjónustu, fræðslu og skipulagningu á úrræðum og í meðferðarstarfi. Jafnframt er ljóst að hægt er að vinna með hugmyndafræði valdeflingar á nánast hverju því stigi félagslegs stuðnings, þjónustu og meðferðar sem hugsast getur. Í þessu sambandi má benda á að efling þekkingar og færni

starfsmanna er valdeflandi fyrir þá um leið og lögð er áhersla á aðferðir valdeflingar fyrir notendur. Á sama hátt er þátttaka í félags- og fræðslustarfi eða skipulagningu og stjórnun, valdeflandi fyrir notendur sem samstarfsaðila.

Að nokkru marki má halda því fram, út frá gögnunum, að á vettvangi félagasamtakanna sé að finna þau verkefni sem vísa hvað skýrast til hugmyndafræði og aðferða valdeflingar og þar hafi fólk með geðraskanir mest áhrif á skipulag og stýringu verkefna.

Að sama skapi má leiða líkum að því, á grundvelli verkefnalýsinganna, að þau verkefni sem að meira eða minna leyti eru í umsjón opinberra aðila nýti sér á takmarkaðan hátt þá samstarfsmöguleika og þekkingu sem félagasamtökin gætu lagt til.

Þáttur frjálsra félagasamtaka í þjónustu og stuðningur hins opinbera

- Stefnumótun stjórnvalda mismunandi skýr.
 - o Noregur og Danmörk: Vísun í opinbera stefnumörkun sem rammi verkefna og fjárveitinga.
 - o Ísland: Ekki vísað til stefnumörkunnar. Verkefni háð frumkvöðlastarfi einstaklinga og hópa.
- Takmörkuð tenging milli fjárveitinga og mats-/gæðaúttekta.

Í nokkrum verkefnanna kemur fram að um er að ræða samstarf félagasamtaka og opinberra aðila. Slíkt samstarf birtist í sameiginlegri þátttöku í sjálfseignarstofnunum en einnig með því að verkefni á vegum félagasamtaka er vistað eða fær aðgang að húsnæði og aðstöðu á vegum hins opinbera og tekur í staðinn að sér ákveðin verkefni s.s. fræðslu eða úttektir.

Stuðningur hins opinbera á Íslandi gæti í meira mæli komið fram í stefnumörkunum enda má sjá af verkefnalýsingum frá Noregi að stefnumörkun ásamt skilgreindum fjárveitingum gefur félagasamtökum tækifæri til að vinna að og koma á framfæri áhugaverðum nýjungum um leið og það tryggir rekstrargrundvöll nýrra hugmynda og verkefna.

Svo virðist sem lítil tengsl séu milli fjárveitinga til verkefna og gæðaúttekta. Þetta er sérstaklega áberandi í íslensku verkefnunum. Hugsanlega tengist þetta skorti á heildstæðri stefnumótun í þjónustu við fólk með geðraskanir og takmörkuðu gæðaeftirliti.

1 Inntak verkefnis og vinnulag

Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu

Aformennskuári Íslands í Norrænu ráðherra-nefndinni 2009 var samþykkt tillaga Íslands um að beina sjónum að geðheilbrigðismálum með verkefninu „Hállbar mental hälsa með nýja metoder“. Sótt var um styrk í sjóð ráðherranefndarinnar um sjálfbæra þróun og fékkst styrkur til verkefnisins. Lögð var áhersla á að skoða annars konar eða óhefðbundnar aðferðir í meðferð og stuðningi við fólk með geðraskanir og/eða langvinna geðsjúkdóma þar sem valdefling, bæði hugmyndafræði og aðferðafræði, væri í brennidepli.

Markmið verkefnisins var að auka þekkingu innan Norðurlandanna á óhefðbundnum aðferðum við meðferð og þjónustu við fólk með geðraskanir/langvinna geðsjúkdóma meðal annars til þess að vinna gegn útskúfun þeirra úr samfélaginu.

Eftir allnokkrar tilraunir til að fá þátttakendur frá sem flestum Norðurlandanna urðu fyrir valinu auk Íslands, Noregur og Danmörk þar sem tókst að fá áhugasamt fólk á þessum vettvangi til liðs við verkefnið. Styrkur frá Norrænu ráðherranefndinni er alltaf háður því að um sé að ræða samstarfsverkefni með þátttöku að minnsta kosti þriggja norrænna landa.

Verkefnið skyldi fjalla um:

- Nýjungar og þróun í þjónustu og meðferð einstaklinga með geðræna sjúkdóma.
- Söfnun upplýsinga um hvernig og að hve miklu leyti opinberir aðilar og eða félagasamtök nota valdeflingu og reynslu þeirra af því.
- Söfnun upplýsinga um þátt frjálsra félagasamtaka í þjónustu við geðsjúka/fatlaða á Norðurlöndum og hvernig hið opinbera styður slíkt starf.

Í styrkumsókn Íslands var gert ráð fyrir aðkomu háskólasamfélagsins að verkefninu og í mars 2010 var samið við Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF) við Háskóla Íslands (HÍ) um að taka að sér faglega ráðgjöf og skýrslugerð.

Í framhaldinu var skipuð verkefnisstjórn með eftirfarandi aðilum:

- Lára Björnsdóttir, félags- og tryggingamálaráðuneytið, nú velferðarráðuneytið.
- Auður Axelsdóttir, forstöðumaður Geðheilsu-eftrifylgd-iðjuþjálfun hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Hugarafli.
- Kristín Sigursveinsdóttir, þá framkvæmdastjóri búsetudeildar Akureyrarbæjar, nú aðjúnkt við Háskólann á Akureyri.

- Halldór Sig. Guðmundsson, lektor við félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands.
- Jóna Rut Guðmundsdóttir, verkefnastjóri á skrifstofu velferðarsviðs Reykjavíkurborgar.
- Steindór J. Erlingsson, frá Hugarafli (tók þátt í fyrstu fundum verkefnisstjórnar)
- Sigursteinn Músson, frá Geðhjálpi (tók þátt í fyrstu fundum verkefnisstjórnar)

Kristján Jósteynsson félagsráðgjafi var ráðinn starfsmaður verkefnisins og síðar Viðar Halldórsson félagsfræðingur.

Samstarfslönd og fulltrúar sem þátt tóku í verkefninu: Erik Olsen frá Landsforeningen af nuværende og tidlige psykiatribrugere í Danmörku; Jóhanna Erla Eiríksdóttir, teymisstjóri við Ríkisspítalann í Kaupmannahöfn í Danmörku; Tove Johnsen, verkefnisstjóri við Háskólann í Agder, Kristiansand í Noregi.

1.1 Yfirlit um störf verkefnisstjórnar

Hlutverk verkefnisstjórnar var að safna upplýsingum um hvort og þá hvernig opinberar stofnanir og frjáls félagasamtök notfæri sér aðferðir valdeflingar (empowerment) til að vinna gegn félagslegri útskúfun fólks með geðraskanir. Einnig átti hópurinn að leita upplýsinga um reynslu og árangur af valdeflingu. Þá skyldi aflað vitneskju um hvert væri hlutverk þriðja geirans / frjálsra félagasamtaka í þjónustu við fólk með geðraskanir og hvernig opinberum stuðningi við slík verkefni væri háttað.

Fyrsti samráðsfundur var 4. febrúar 2010 og þá voru sett upp drög að verkefnalýsingu og verkþættir skilgreindir:

1. Safna upplýsingum um nýjungar og þróun í þjónustu og meðferð einstaklinga með geðræna sjúkdóma Unnið með vinnufundum tengiliða og meðlima verkefnisstjórnar og kynningum á verkefnum.
2. Safna upplýsingum um hvernig og að hve miklu leyti opinberir aðilar og/eða félagasamtök nota valdeflingu (empowerment) og reynsluna af því. Rætt samhliða kynningum á vinnufundum og sendur var út spurningalisti til þátttakenda á vinnufundum/fulltrúa samtaka/úrræða sem fjallað var um. Verkefni skyldu vera frá a.m.k. þremur Norðurlandanna.
3. Safna upplýsingum um þátt frjálsra félagasamtaka í þjónustu við geðsjúka/fatlaða á Norðurlöndum (þrjú

lönd með Íslandi) og hvernig hið opinbera styður slíkt starf.

Ákveðið var að afla upplýsinga með því að senda út spurningalista til a.m.k. fimm verkefna/þjónustuúræða í hverju landi.

Verkefnisstjórn fundaði nokkrum sinnum á árinu 2010 og þar voru meðal annars kynnt nokkur verkefni og samtök sem talin voru geta átt erindi í verkefnið. Á fund verkefnisstjórnar þann 14. maí 2010 mættu þau Erik Olsen, hjá Landsforeningen af nuverende og tidligere psykiatribrugere (LAP) Kaupmannahöfn og Jóhanna Eiríksdóttir, Rigshospitalet, Kaupmannahöfn, og sögðu frá verkefnum sínum um bata og valdeflingu (Recovery and Empowerment). Einnig kom á fundinn Daniel Fisher geðlæknir og framkvæmdastjóri National Empowerment Center í Massachusetts, og sagði frá starfsemi, helstu áherslum og nýjungum í geðheilbrigðisþjónustu. Jafnframt sótti verkefnisstjórnin fræðslufund Hugarafis þar sem Daniel Fisher hélt fyrirlestur.

Í framhaldi af vinnufundum var unnið að uppsetningu spurninga og eyðublaðs til skráningar og gagnasöfnunar. Ennfremur var unnið sýnishorn (demo) sem fylgdi með eyðublaðinu svo svarendur hefðu fyrirmynd til að styðjast við við útfyllingu. Samhliða var unnið að því að fá samstarfsaðila að verkefninu frá Noregi. Leitað var til Solbjörg Talseth frá Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp í Noregi og staðfesti hún þátttöku í verkefninu og áformaði að mæta á vinnufund verkefnisstjórnar og kynna verkefni á vegum samtakanna. Af því varð þó ekki vegna veikinda og fór svo að lokum að Solbjörg baðst undan frekari þátttöku í verkefninu á haustdögum 2010.

Spurningaeyðublað var sent í júlí 2010 með tölvupósti til tengiliða á Íslandi, Noregi og Danmörku og ítrekað í ágúst með símtölum og tölvupóstum. Tengiliðir voru beðnir að tilgreina og leita eftir fimm verkefnum eða þjónustu í hverju landi.

Í október til desember 2010 var unnið við að kalla eftir lýsingum á verkefnum frá Ísland og Danmörku samhliða athugun á mögulegum nýjum samstarfsaðila frá Noregi. Einnig urðu veikindi og síðar starfslok starfsmanns verkefnisins til þess að seinkun varð á verkefninu. Í lok febrúar 2011 kom til starfa við verkefnið Viðar Halldórsson, starfsmaður hjá Félagsvísindastofnun HÍ.

Í mars 2011 höfðu borist verkefnalýsingar fyrir íslensku verkefni og ein lýsing frá Danmörku en engin frá Noregi. Ljóst var því að enn vantaði fjórar verkefnalýsingar frá Danmörku og fimm frá Noregi. Niðurstaða verkefnisstjórnarinnar var að leggja áherslu á að halda áfram með gagnasöfnunina og vinna samhliða að því að finna nýjan tengilið í Noregi. Komið var á samstarfi við Tove Johnsen, verkefnisstjóra við Háskólann í Agder, Kristiansand í Noregi sem aðstoðaði við að afla verkefna frá Noregi. Einnig bárust fjórar verkefnalýsingar til viðbótar frá Danmörku.

Í júní 2011 höfðu borist upplýsingar um þau verkefni sem skýrslan byggir á, sjö verkefni frá Íslandi, fimm frá Danmörku og þrjú frá Noregi.

Við úrvinnslu ganga voru svör þemagreind þar sem verkefnalýsingar voru notaðar til að draga fram meginatriði hvers verkefnis. Þær niðurstöður voru settar í samantvörfur fyrir hvert land fyrir sig. Að því loknu voru töflurnar sendar til forsvarsmanna verkefnanna til yfirlstrar og athugasemda á haustdögum 2011. Að fengnum athugasemdum voru verkefnalýsingarnar grundvöllur umfjöllunar í verkefnisstjórninni og þessarar skýrslu. Lögð var áhersla á að framsetning gagna og niðurstaðna væri aðgengileg og hagnýt.

Úrvinnsla gagna og skýrsluskrif hafa verið í höndum Halldórs S. Guðmundssonar og Kristínar Sigursveinsdóttur með aðstoð verkefnisstjórnar og starfsmanna sem komu að verkefninu.

2 Hugmyndafræði og áherslur

Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu

2.1 Hefðbundin meðhöndlun fólks með geðraskanir

Fólk með geðraskanir hefur lengi átt í erfiðleikum með að fá að halda stjórn á eigin lífi (Corrigan, 2004). Mestan hluta síðustu aldar voru alvarlegir geðsjúkdómar, s.s. geðklofasjúkdómurinn og sú fötlun sem fylgdi í kjölfarið álitnir óafturkræfir sjúkdómar með stöðugt aukinni hrörnun og fötlunarstigi. Talið var að einstaklingar með fötlun af völdum geðsjúkdóma ættu ekki neina framtíð, að þeir væru ófærir um að taka þátt í atvinnulífinu, að þeir gætu ekki myndað félagsleg tengsl við aðra, að þeir væru ófærir um að takast á við sjúkdómseinkennin og vanhæfir um að taka á sig þau hlutverk sem almennt fylgja þátttöku í samfélaginu. Þessir einstaklingar voru því ekki taldir eiga neina von um bata og eðlilegt líf.

Sú geðheilbrigðisþjónusta sem þróuð var og viðhöfð á stærstum hluta tuttugustu aldar einkenndist af þessum ósveigjanleika, svartsýni og vantrú. Fólk með alvarlega geðsjúkdóma var iðulega vistað á stórum stofnunum þar sem takmörkuð meðferð eða endurhæfing var í boði, og meirihlutinn vænti þess að dvelja á þessum stofnunum alla sína ævi. Fjölskyldum og aðstandendum þessara einstaklinga var gjarnan sagt að sjúklingarnir ættu enga framtíð eða von um eðlilegt líf. Þetta neikvæða gildismat og viðhorf varðandi horfur og framgang geðsjúkdóma varð rötfest í huga fjölskyldumeðlima, fagfólks, almennings og fjölmiðla (Borinstein, 1992; Deegan, 1990; Min-koff, 1978).

Fordómar, skömm og félagsleg útilokun eru oft hluti af daglegu lífi fólks sem glímir við geðræn vandamál (Angermeyer og Dietrich, 2006). Fordómar og stimplun eru meðal helstu hindrana fólks með geðraskanir (Corrigan, 1998; 1999; Ritsher, Otilingam, og Grajales, 2003; Sigrún Ólafsdóttir og Jón Gunnar Bernburg, 2010; Wahl, 1999). Slíkir fordómar hafa neikvæð áhrif á sjálfstraust, sjálfs-eflingu, félagsleg tækifæri og batavonir einstaklinga með geðraskanir og ýta undir tilfinningar eins og reiði, sárindi og skömm (Corrigan, 1998; Ritsher, Otilingam, og Grajales, 2003; Wahl, 1999). Rannsóknir (Brockington o.fl., 1993; Taylor, Dear og Michael, 1981) sýna enn fremur þær almennu hugmyndir fólks að fólk með geðraskanir sé geðsjúkt fólk sem sé hættulegt umhverfi sínu og því þurfi að loka það inni; að slíkt fólk sé óáreiðanlegt og því ekki fært um að taka mikilvægar ákvarðanir um eigið líf; og að slíkt fólk sé barnalegt og þurfi mikla umönnun. Slíkar hugmyndir, sem viðurkenndar eru í samfélaginu, draga

úr lífsgæðum og tækifærum fólks með geðraskanir er varða atvinnu, tekjur, húsnæði og vini. Þegar slíkar hugmyndir verða almennar þá draga þær einnig úr mætti, trú og sjálfstrausti einstaklinga með geðraskanir til að takast á við vandamál, þeir fara að trúá þeim og hegða sér í takt við þessar almennu væntingar (Corrigan, 1998; Corrigan og Watson, 2002; Link og Phelan, 1982; Wahl, 1995). Vert er að benda á að rannsóknir sýna fram á hið gagnstæða, þ.e. að fólk með geðraskanir er ekki hættulegra umhverfi sínu en aðrir.

Læknisfræðin hefur stundum tilhneigingu til að byggja á þeim hugmyndum að geðræn vandamál stafi af erfðafræðilegum þáttum og efnafræðilegum breytingum. Að slíkir einstaklingar séu ófærir um að tjá tilfinningar sínar, geti ekki unnið hefðbundin störf eða verið undir álagi, hafi ekki sömu réttindi og aðrir og séu jafnvel hættulegir samfélaginu. Þeir þurfi því á lyfjagjöf að halda og verði sífellt að vera undir faglegu eftirliti (Ahern og Fisher, 2001). Viðhorfin hafa þannig verið lituð af líf-læknisfræðilegu sjónarhorni og lítið verið horft á áhrif umhverfisins og þátt þess í að hamla eða auðvelda fólki með geðraskanir þátttöku í daglegu lífi.

2.2 Ný hugmyndafræði og breyttar áherslur

Í batamódeli Daniels Fishers er að finna aðrar áherslur. Hann greinir frá rannsóknum af bataferli fólks með geðröskun og frá valdeflingarmódelinu sem hann þróaði ásamt samstarfskonu sinni Laurie Ahern og PACE batamódelinu sem er í raun vegvísir fyrir hvernig samfélagslegur stuðningur getur ýtt undir bata. Í batamódelinu kemur fram hvernig hægt er að skapa viðmót sem örvar bata og styrkir einstaklinga til sjálffræðis. Batamódelið byggir fyrst og fremst á þeirri trú á að hægt sé að ná bata af alvarlegum geðröskunum, og voninni. Vonin er grundvallaratriði og forsenda þess að einstaklingur geti unnið í sínu bataferli. Lögð er áhersla á að geðrænir erfiðleikar geti stafað af missi, áföllum eða vöntun á stuðningi en að það sé hægt að sigrast á þeim. Fisher og fleiri sem hafa náð bata af geðklofa heyra það gjarnan, að úr því að svo sé hafi veikindin ekki verið raunveruleg og hann nefnir að sú goðsögn sé enn býsna sterk. Rauði þráðurinn í batamódelinu er að það er hægt að öðlast drauma sína á ný, að læra að höndla tilfinningar, að takast á við áskoranir og mynda aftur tengsl sem hafa rofnað í veikindunum. Að sinna sínum hlutverkum á ný og vera virkur þjóðfélagsþegn. Einnig að það sé mikilvægt

að hefja virkni eins fljótt og hægt er, það sé mikilvægt að bíða ekki. Það verður oft vendipunktur í bataferlinu þegar einstaklingur kemst í gegnum tilfinningalegt röt án þess að upplifa stjórnleysi og verður mikilvægt skref í áttina að auknu sjálfstrausti og trú á eigin styrk til að takast á við hlutina í dagsins önn. Í batamódelinu er ítrekað að fólk með geðraskanir er ekki hættulegra en annað fólk og hefur að sjálfsögðu sömu mannréttindi og aðrir (Ahern og Fisher, 2001).

Skýringar á geðrænum vandamálum hafa gegnum tíðina breyst frá því að vera einstaklingsbundnar og í að vera skilgreindir sem líkamlegir sjúkdómar. Vonir voru bundnar við að það myndi draga úr fordómum í garð geðsjúkra en rannsóknir benda til þess að sú hafi ekki enn orðið raunin (Angermeyer og Matschinger, 2005; Lauber, o.fl., 2004; Phelan, 2005). Samkvæmt alþjóðlegri rannsókn Sigrúnar Ólafsdóttur og Jóns Gunnars Bernburg (2010) á viðhorfum til fólks með geðræn vandamál kemur fram að fólk er líklegra til að hafa fordóma gagnvart þeim sem eiga við geðræn vandamál að stríða heldur en þeim sem glíma við líkamleg vandamál sem ekki tengjast neikvæðum staðalmyndum.

Langt fram eftir 20. öldinni höfðu hefðbundnar rannsóknir á horfum og bata fólks með geðsjúkdóma einkennst af því að skoða sjúklinga sem dvöldust á sjúkrastofnunum en skoðuðu síður þá sjúklinga sem höfðu náð bata (Harding o.fl., 1992). Enn í dag beinist vinna fagfólks að einstaklingum sem eru með verulegar fatlanir sem afleiðingar af alvarlegum geðsjúkdómum og hafa einangrast frá samfélaginu yfir lengri tíma. Þrátt fyrir ófullnægjandi rannsóknir á högum fólks með geðræn vandamál þá hafa margar rannsóknir á seinni árum sýnt að yfir helmingur og allt að tveimur þriðju fólks með alvarlega geðsjúkdóma nær verulegum bata (Harding & Keller, 1998; Harding & Zahniser, 1994; Harding o.fl., 1992). Þessar rannsóknarniðurstöður eru ríkulega studdar af sjálfshjálparefni sem gefið hefur verið út í þeim tilgangi að fræða og efla einstaklinga með geðræn vandamál og aðstandendur þeirra (Deegan, 1990; Houghton, 1982; O'Neal, 1984). Þær hugmyndir að fólk með fötlun vegna geðsjúkdóma geti ekki náð bata eru ekki studdar af rannsóknum.

Í dag er enn langmestu fjármagni og faglegum úræðum til geðheilbrigðismála varið í að veita bráðþjónustu inni á stofnunum eða geðdeildum spítalanna. Fjármagn sem fer í eftirfylgd eða aðra samfélagsþjónustu er ekki talið verið í samræmi við þörfina og oft fáir aðrir

valmöguleikar en bráðþjónusta geðdeilda, fyrir hendi (WHO, 2011).

Á ráðstefnu Evrópudeildar Alþjóða heilbrigðismála-stofnunarinnar (WHO) í janúar 2005 var í yfirlýsingu Evrópulanda, Helsinki sáttmálanum, samþykkt að efla samstarf aðila sem koma að geðheilbrigðisþjónustu, þ.e. fagfólks, notenda og aðstandenda. Í sáttmálanum má greina áhrif frá hugmyndafræði valdeflingar. Einnig að stuðla bæri að aukinni þjónustu í nærumhverfi með bata að leiðarljósi (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2005).

Geðheilbrigðisþjónusta hefur þó á undanförunum áratugum gengið í gegnum miklar breytingar í átt að samfélagslegri þjónustu, þar sem þjónusta er veitt í nær-umhverfi notandans. Dregið hefur úr hlutverki stofnana hvað varðar umönnun og veitingu þjónustunnar (sjá í Askheim og Starrin, 2007). Þessar breytingar hafa verið tengdar væntingum, vonum og stefnumótun í þá átt að geðheilbrigðisþjónustan verði skilvirkari, og liðki fyrir því að þessi þjónusta verði hluti af almennri samfélagsþjónustu. Einnig áttu breytingarnar að draga úr fordómum og stimulun í garð geðsjúkra og þeirri tilhneigingu að ýta þessum hópi út á jaðar samfélagsins. Væntingar voru um að þessar breytingar í þjónustu yrðu einnig til að auka einstaklingsbundið sjálfstæði og bæta félagslega stöðu fólks með geðsjúkdóma. Þrátt fyrir væntingar hefur komið í ljós að „afstofnanavæðingin“ var ekki alltaf vel heppnuð og víða kom í ljós að fólk með langvinna geðsjúkdóma sem flutti út af stofnunum út í samfélagið bjó við óviðunandi aðstæður. Margir þeirra voru á jaðri samfélagsins með skert lífsgæði og undir fátækramörkum. Einnig voru þeir án meðferðarsambands við heilbrigðisþjónustu og var þeim ekki kleift að vera þátttakendur í eigin umönnun (WHO, 2003; 2004; 2011).

Nokkur breyting hefur orðið á samfélagslegri þjónustu og eftirfylgd hér á landi. Má þar nefna úrræði eins og Geðheilsu-efitrygging hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Hugarafli, Geðteymi heimaþjónustu Reykjavíkurborgar og Samfélagsgeðteymi Landspítala. Þarna er stuðlað að auknum stuðningi við einstaklinga með geðraskanir í nærumhverfi utan stofnana. Einnig hafa orðið til verkefni á landsbyggðinni sem er ætlað svipað hlutverk. Hjá Geðheilsu - eftirfylgd og Hugarafli hefur verið unnið með ofangreint batamódel Fishers og valdeflingu frá stofnun 2003 og gefið mjög góða raun. Enn má gera betur til að koma til móts við þessa hópa samfélagsins sem enn búa við skort á eftirfylgd,

skert lífsgæði, stimplun og fordóma. Þótt einhver árangur hafi náðst og þróun kerfisins hafi færst í rétta átt þá eru verkefni geðheilbrigðisþjónustunnar enn brýn í að bæta stöðu fólks sem glímur við geðræn veikindi.

2.3 Valdefling

Valdefling er íslensk þýðing á enska orðinu „empowerment“. Valdefling hefur á síðustu árum hlotið vaxandi athygli og verið notuð í víðu samhengi þegar um er að ræða skipulagningu á heilbrigðis- og félagslegri þjónustu fyrir ólíka hópa sem eru á jaðri samfélagsins. Hugmyndin um valdeflingu á sér rætur í starfi notendahreyfinga, hagsmunahreyfinga og sjálfshjálparhópa. Hún er tilraun til að leggja áherslu á það að ná tökum og stjórn á eigin lífi. Neytendur vildu hafa áhrif á hvaða þjónusta væri til staðar og með hvaða hætti hún væri framkvæmd (McLean, 1995). Valdefling er einnig hugmynd sem hefur þróast innan ýmissa fagstétta, eins og innan félagsráðgjafar, iðjuþjálfunar og sálfræði og er víða notuð í stefnumótun í velferðar- og félagsmálum. Langflest úrræði sem vinna að þjónustu við fólk með geðsjúka halda því fram að unnið sé að því að efla vald skjólstæðinga þessara stofnana, þó að fáar skilgreiningar séu til staðar á hugtakinu. Það er einnig langt frá því að vera skýrt að stofnanir sem nota hugtakið „valdefling“ séu frábrugðnar þeim sem nota hugtakið ekki. Valdeflingarhugtakið hefur verið víða notað á undanförunum árum en þó virðist ekki vera um að ræða neina eina sameiginlega skilgreiningu á hugtakinu (Askheim og Starrin, 2007; Corrigan, 2004; Rogers o. fl., 1997). Skilningurinn virðist því oft fara eftir því hvar hugtakið er notað hverju sinni.

Í grunninn byggir valdeflingarhugtakið á hugmyndinni um vald (power). Vald verður til í félagslegum samskiptum og því getur það breyst og færst til – það er félagslega skilgreint og því ekki endanlegt. Einnig byggja nútímahugmyndir um vald ekki eingöngu á því að sumir hafa vald en aðrir ekki heldur á sameiginlegu valdi. Það að öðlast vald getur styrkt vald annarra í stað þess að draga úr því. Slíkt vald hefur verið nefnt „relational power“ (Lappé og DuBois, 1994), „generative power“ (Korten, 1987), „integrative power“ og „power with“ (Kreisberg, 1992). Valdeflingarhugtakið dregur fram ný sjónarmið um hvernig hlutirnir eru og hvernig þeir geta orðið og endurskilgreinir hugmyndir okkar um orð eins og vald, hjálp, meðferð og árangur (Page og Czuba, 1999). Valdefling getur sprottið úr grasrótastarfi, komið

í gegnum stefnumótun stjórnvalda eða átt sér stað með íhlutun félagslegra þjónustustofnana (Hanna Björg Sigurðardóttir, 2006).

Page og Czube (1999) nefna þrjá grundvallarþætti í valdeflingu. Í fyrsta lagi er valdefling ekki bundin við eina fræðilega nálgun heldur felur hún meðal annars í sér félagslega, sálræna og efnahagslega þætti auk þess sem hún getur tekið til einstaklinga sem og hins stærra félagslega skipulags. Valdefling byggir einnig á þeirri forsendu að hún er háð félagslegum samskiptum, þar sem félagsleg samskipti auka eða draga úr valdi einstaklinga. Og í þriðja lagi byggir valdefling á þróun. Valdefling verður því til með þróun og framförum. Þó virðast einkum tvær „víddir“ vera ráðandi þegar valdefling er notað sem hugtak. Önnur er sálræn og einstaklingsbundin nálgun, hún lítur til sjálfsmyndar og sjálfsmats, en hin lítur einkum til félagslegra þátta sem samanstanda af því að ná tökum á og að stjórna eigin lífi og lífsaðstæðum (Ahern og Fisher, 2001).

Valdefling byggir á því að fólk hafi val og nái tökum og stjórn á eigin lífi, eflist og finni að það geti meðal annars haft áhrif á líðan sína og þá þjónustu sem það fær. Samkvæmt skilgreiningu Hugarafis er valdefling einstaklingsmiðað batahvetjandi kerfi sem byggir á trú á bata, að notandi hafi val, samvinnu starfsmanns og notanda sem byggð er á trausti og virðingu, heildrænni sýn og að notandi hafi áhrif á ferlið. Einnig gerist valdefling í virku samspili við umhverfið og getur þannig haft víðtæk áhrif og stuðlað að breytingum. Eitt af markmiðum Hugarafis byggir á að hafa áhrif á geðheilbrigðiskerfið og er unnið að því markvisst með aðferðum valdeflingar. Fagfólk og notendur vinna saman á jafningjagrunni og öll ákvarðanatáka er sameiginleg (www.hugarafi.is). „Jafningjar eru bestir til að leiða fólk til bata“ (Fisher, 2005) Sjálfur batinn er einstaklingsbundinn og persónulegur, hann tekur tíma og gerist á mörgum sviðum í samspili við umhverfið.

Í rannsókn Huldu Birgisdóttur og Sylviane Pétursdóttur Lecoultré á upplifun notenda í Hugarafli á áhrifum þátttöku í notendasamtökum á daglegt líf kom eftirfarandi fram: Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að Hugarafi er uppspretta mikils afls í lífi þátttakenda sem felst í hugsjón samtakanna, vinnunni sem þar er unnin, baklandinu sem þeir hafa og jafningjatengslunum sem færa þeim m.a. sjálfsvirðingu. Breyting átti sér stað í daglegu lífi allra þátttakendanna, þeir öðluðust nýtt líf. Meiri regla var komin á líf þeirra og betri stjórnun á tilveru þeirra. Flestir upplifðu meira jafnvægi milli skylduverk-

efna og frítíma og samskipti við fjölskyldu og vini voru betri. Þeim leið betur og líkaði vel að starfa í Hugarafli. Verkefnin sem þau unnu voru spennandi og höfðu gildi fyrir þátttakendur. Afl það sem fólst í Hugarafli náði ekki bara að skapa meðlimum þess nýtt líf heldur hafði það áhrif á samfélagið. Meðlimir Hugarafls töldu að viðhorf í samfélaginu til geðsjúkra væru fordómaminni og sáu fram á breytingar í geðheilbrigðiskerfinu í framtíðinni (www.hugarafli.is).

Corrigan o.fl. (2001) hafa enn fremur skilgreint nokkur lykiltríði til valdeflingar. Þau eru að áherslan færast frá utankomandi stjórnun til samvinnu stjórnenda og notenda, að verkefnin þurfi að vera á áhugasviði notenda, að meðhöndlun eigi sér stað hjá notanda, að jafningjafræðsla og jafningjastuðningur séu við lýði, að mennta fólk með geðraskanir sem komi til baka og gerir rannsóknir á efninu og bæti því kerfið innan frá.

Judy Chamberlin (1997) hefur sett fram ítarlega útlitun á valdeflingu sem notendahópar styðjast gjarnan við. Vinnuskilgreining hennar og skýringar skiptast í eftirfarandi fimmtán þætti og eftirfarandi samantekt er byggð á þýðingu Hugarafls (www.hugarafli.is):

1. Að hafa ákvörðunarvald

Fagfólk gerir oft ráð fyrir að notendur geðheilbrigðisþjónustu séu ekki hæfir til að taka ákvarðanir, eða að taka „réttar“ ákvarðanir. Því eru margar meðferðir þar sem gengið er að því sem vísu hvað notendunum er fyrir bestu og þar sem fjöldi eða mikilvægi þeirra ákvarðana sem þeir geta tekið er takmarkaður. Notendur geta þannig t.d. ákveðið hvað er í kvöldmatinn, en ekki hvaða stefnu meðferð þeirra tekur í meginatriðum. Án þess að fá þjálfun í að taka ákvarðanir er notendum haldið í tengslum þar sem þeir eru háðir fagaðilunum. Enginn getur staðið á eigin fótum án þess að fá tækifæri til að taka mikilvægar ákvarðanir sem varða eigið líf.

2. Að hafa aðgang að upplýsingum og úrræðum

Ákvarðanir sem teknar eru í tómarúmi geta ekki verið góðar. Bestu ákvarðanirnar eru teknar þegar við höfum nægar upplýsingar til þess að vega og meta til hvaða niðurstöðu hver valkostur leiðir. Margir fagaðilar takmarka slíkar upplýsingar því þeir trúa að þeir viti hvað notandanum er „fyrir bestu“. Enginn þarf að vera hissa þó að notendur, sem hafa ónógar upplýsingar,

taki fljótfærnislegar ákvarðanir og staðfesti þannig álit fagaðilanna.

3. Að eiga ýmissa kosta vö

Fagfólk lítur oft svo á að nóg sé að geta gengið að einhverju einu úrræði eða geta valið á milli tveggja kosta. T.d. að fara í keilu eða sund, sem auðvitað er aumur kostur ef mér líkar hvorugt. Kannski finnst mér áhugavert að fara í fjallgöngur, líkamsrækt, hjóla, stunda karate, fallhlífastökk eða dýfingar. Get ég bara valið um atvinnuleysi eða að vinna sem bréfberi? Af hverju get ég ekki valið um að vera málari, bílasmiður, forritari, félagsráðgjafi, nemi, geðlæknir eða iðjuþjálfari? Er ákveðið lyf eina úrræðið sem mér stendur til boða?

4. Ákveðni

Hjá fólki sem ekki hefur verið greint með geðröskun þykir ákveðni eftirsóknarverður eiginleiki. Á geðdeildum er sami eiginleiki hins vegar oft kallaður „stjórnsemi“. Þetta er dæmi um hvernig geðveikistimpillinn leiðir til þess að jákvæðir eiginleikar verða endurskilgreindir sem eitthvað neikvætt. Ákveðni – að geta látið óskir sínar skýrt í ljós og að standa á sínu – hjálpar okkur að öðlast það sem við viljum.

5. Að finnast eigið framlag geti gert gæfumuninn

Von er ómissandi þáttur í skilgreiningu á valdeflingu. Sá sem er vongóður trúir á möguleikann á breytingum og úrbótum í framtíðinni. Án vonar getur virst tilgangslaut að reyna. Fagaðilar sem stimpla skjólstæðinga sína sem „ólæknandi“ eða „króníska“ virðast samt sem áður búast við að þeir síðarnefndu finni hjá sér hvöt til að láta hendur standa fram úr ermum – þrátt fyrir vonleysið sem þessir stimplar hafa í för með sér – og geri breytingar á lífi sínu.

6. Að læra að hugsa á gagnrýninn hátt, að komast úr gömlum hjólförum, að sjá hlutina í nýju ljósi

Í ferli greiningar og meðferðar á geðröskun hefur lífi og persónulegum sögum notenda verið umbreytt í „sjúkdómstilfelli“. Hluti af valdeflingarferlinu er því að endurheimta þessar ævisögur. Á svipaðan hátt felst í valdeflingarferlinu að endurvekja trúna á eigin getu og að læra að bera kennsl á valdatengslin sem oft leynast í meðferðaræstæðunum. Til dæmis er mjög algengt að félagar í sjálfshjálparhópum láti verða eitt af sínum fyrstu

verkum þar að segja hverjum öðrum sögu sína. Hvort heldur að segja frá eða að hlusta á hina er meðlimum hópsins mikilvægt.

7. Að læra um reiði og láta hana í ljósi

Fagaðilar telja oft að notendur sem sýna reiði séu „að missa tókin“ eða „stjórnlausir“. Þetta á við jafnvel þegar reiðin er réttmæt og væri talin það ef „venjuleg“ manneskja léti hana í ljósi. Hér er enn eitt dæmið um hvernig jákvæður eiginleiki verður neikvæður eftir að einhver hefur verið greindur með geðröskun. Af því að notendur hafa svo oft haldið aftur af tjáningu á reiði sinni, er algengt að þeir hræðist eigin reiði og ofmeti eyðileggjandi áhrif hennar. Notendur verða að hafa tækifæri til þess að læra um reiði, að geta af öryggi látið hana í ljósi og að þekkja takmörk hennar.

8. Að finnast maður ekki vera einn, að vera hluti af hóp

Hópurinn er mikilvægur þáttur í skilgreiningunni. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að valdefling á sér ekki stað í einstaklingnum einum og sér, heldur snýst um að upplifa samkennd með öðru fólki. Ímyndin af kúrekanum sem kemur í bæinn, reddar öllu, og hverfur svo út í sólarlagið – eða af öðrum slíkum einförum sem svo oft er haldið á lofti í bíómyndunum -- á ekki heima í skilgreiningunni.

9. Að skilja að fólk á sér réttindi

Sjálfsþjálfingur meðal þeirra sem hafa komist yfir geðræn vandamál er hluti af breiðari hreyfingu um að tryggja grundvallarréttindi með lögum. Við finnum sterkan samhljóm með okkar hreyfingu og öðrum sem hafa barist fyrir réttindum kúgaðra og réttindalausra hópa, þar með töldum þeim sem hefur verið mismunað vegna kynþáttar eða hörundslitar, konum, samkynhneigðum og fötluðu fólki. Hluti af starfi allra þessara frelsishreyfinga hefur verið baráttan fyrir jöfnum rétti. Með skilningi á réttindum okkar, eykst styrkur okkar og sjálfsöryggi.

10. Að hrinda af stað breytingum í eigin lífi og samfélagi sínu.

Valdefling snýst um eitthvað meira en „tilfinningu“ eða „kennd“, þótt við lítum á slíkar tilfinningar sem forsmekk aðgerða. Þegar einhver kemur raunverulegum breyt-

ingum í kring, finnur viðkomandi sterkar fyrir tilfinningu um að vera við stjórn í sínu lífi. Þetta leiðir svo til frekari og meiri breytinga. Enn og aftur er lögð áhersla á að ekki er einungis persónuleg breyting á ferðinni, hópurinn á stóran hlut að máli.

11. Að læra það sem hver og einn telur mikilvægt

Fagaðilar kvarta oft yfir að notendur hafi fáa hæfileika og virðist ekki geta lært nýja. Hinsvegar eru hæfileikarnir sem fagaðilarnir telja mikilvæga oft ekki þeir sömu og notendunum finnst sjálfum áhugaverðir eða mikilvægir (t.d. að búa um rúmið daglega). Þegar notendum er gefið tækifæri til að læra hluti sem þeir vilja læra, koma þeir oft fagaðilunum (og stundum sjálfum sér) á óvart með því að geta vel lært þá.

12. Að breyta álitum annarra á eigin getu til aðgerða

Ef það er eitthvað öðru fremur sem nær utan um hvernig almenningur (og fagfólk) lítur á „geðsjúklinga“ er það vanhæfni. Fólk sem hefur verið greint með geðröskun er víða talið ófært um að þekkja eigin þarfir eða geta brugðist við þeim. Eftir því sem við verðum betri við að taka stjórn á eigin lífi, sýna hvernig við erum í grundvallaratriðum lík þessu svokallaða „venjulega“ fólki, fer þetta álit að breytast. Notandinn sem tekur eftir hvernig hann eða hún er að öðlast virðingu annarra verður sjálfsöryggari og breytir þannig álitum annarra enn frekar.

13. Að koma út úr skápnum

Þetta hugtak höfum við fengið frá hreyfingu samkynhneigðra. Fólk með lítills metna samfélagsstöðu sem getur falið þá staðreynd velur oft (mjög skiljanlega) að gera það. Engu að síður tekur þessi ákvörðun sinn toll í formi minna sjálfstrausts og ótta við að sannleikurinn komist upp. Þeir sem ná því marki að geta komið til dyranna eins og þeir eru klæddir eru með því að sýna sjálfsöryggi.

14. Vöxtur og breytingar sem taka aldrei enda og eru sjálfsprottnar

Í þessum punkti er lögð áhersla á að valdefling er ekki áfangastaður heldur ferðalag. Enginn hefur náð einhverju endamarki þar sem ekki er þörf á frekari vexti og breytingum.

15. Að styrkja jákvæða sjálfsímynd sína og sigrast á stimplun samfélagsins

Eftir því sem fólk styrkist í valdeflingarferlinu, fer það að finna fyrir auknu sjálfstrausti og getu. Þetta leiðir síðan til aukinnar getu til þess að hafa stjórn á eigin lífi sem leiðir aftur til enn bættari sjálfsmyndar. Sú neikvæða mynd „geðsjúklings“ sem hefur verið greypt í hugann fer líka að breytast. Við getum valið um að henda stimplinum fyrir fullt og allt eða við getum endurskilgreint hann svo hann standi fyrir jákvæða eiginleika.

2.3.1 Samantekt

Nálgun valdeflingar með notendum byggir á þeim skilaboðum að notandinn sé að ganga í gegnum geðræn vandamál sem hafa áhrif á þátttöku hans í samfélaginu, vandamál sem stafa af áföllum, missi eða vöntun á stuðningi. En að notandinn geti náð bata og best sé að byrja eins fljótt og hægt er í að stunda virkni sem hefur einhverja þýðingu fyrir notandann. Lyf gætu mögulega hjálpað en aðrar aðferðir eru ekki síður gagnlegar (Ahern og Fisher, 2001).

Rannsóknir hafa sýnt jákvæð áhrif valdeflingar á lífsgæði (Rosenfield, 1997). Ennfremur sýna rannsóknir að einstaklingar með geðraskanir sækja í umhverfi þar sem þeir verða ekki fyrir fordómum og þar sem þeir finna fyrir stuðningi (Schutt og Rogers, 2009). Til dæmis sýnir mat á norska verkefnum Galleri Vox, þar sem einstaklingar með geðraskanir sem áhuga hafa á listum fá aðstöðu og aðstoð til að þróa sína listhæfileika, mikla ánægju þeirra með að fá aðstöðu og stuðning í umhverfi sem setur vinnu þeirra í forgang í stað þess að einblína á sjúkdóma og neikvæðar hliðar sjálfsmyndar þeirra (Loga, 2008). Það eflir sjálfsmynd þeirra og sjálfstraust. Þá benda niðurstöður rannsókna til þess þ að sé gagnlegt í bataferli slíkra einstaklinga að taka þátt í ákvarðanatöku um meðferð sinna mála (Hamann, Leucht og Kissling, 2003) og fá tækifæri til að hjálpa og vinna með jafningjum (Schutt og Rogers, 2009). Að mati Page og Czuba (1999) felst lausnin þó ekki í því að veita fólki með geðraskanir óheft frelsi og völd heldur að veita þessu fólki tækifæri, úrræði og stuðning í því að ráða sér sjálft.

3 Niðurstöður

Ný sjónarhorn og leiðir
til bættrar geðheilsu

Leitast var við að fá upplýsingar um áhugaverð verkefni um nýja nálgun við fólk sem glímir við geðraskanir og geðsjúkdóma. Óskað var eftir upplýsingum frá ýmsum aðilum sem vinna að áhugaverðum verkefnum á Íslandi, í Danmörku og í Noregi. Flestir þeirra sem haft var samband við voru jákvæðir og tilbúnir til þátttöku en erfiðlega gekk að fá upplýsingar frá mörgum þessara aðila í verkefnið. Að lokum skiluðu sér 15 verkefnalýsingar, 7 frá Íslandi, 5 frá Danmörku og 3 frá Noregi.

Heiti verkefna sem bárust:

Cafe Utopia (Danmörk)
Illness management and recovery (Danmörk)
Implementation of recovery-oriented practice (Danmörk)
Projekt Vendepunkter (Danmörk)
Opsøgende Psykiatri Team (Op Team) afdeling (Danmörk)

Björgin – Geðræktarmiðstöð Suðurnesja (Ísland)
Geðheilsa – eftirfylgd (Ísland)
Hlutverkasetur (Ísland)
Hugarafli (Ísland)
Ráðgjöfin heim (Ísland)
Setrið – geðræktarmiðstöð (Ísland)
VSL – virkjum, styðjum og leysum (Ísland)

HUSK (Noregur)
Kim Centret (Noregur)
KBT Midt Norge (Noregur)

3.1 Yfirlit verkefna og samantekt

Útdráttur verkefnalýsinga er settur fram hér á eftir í nokkrum töflum en verkefnalýsingar í heild sinni er að finna í fylgiskjölum skýrslunnar. Í töflunum er leitast við að skapa yfirsýn og auðvelda samanburð á verkefnunum. Þar eru dregnir fram nokkrir þættir úr verkefnalýsingunum þ.e. innihald eða form úrræðis, markhópur, markmið, stofnár, stofnaðili, ástæða stofnunar, tenging við hugmyndafræði valdeflingar, þáttur félagasamtaka í verkefninu, þáttur notenda í verkefninu, skipulag og ábyrgð, fjármögnun, úttektir og mat.

3.1.1. Verkefni frá Danmörku

Heiti	Café Utopia	Projekt Vendepunkter	Op-team	IMR - Illness management and recovery	Implementation of Recovery-oriented Practice in Danish Mental Health Service
Innihald/ form úrræðis	Café - arbeidstilbud	Recovery kompetanse, udviklingstilbud.	Opsøgende psykiatri-team	A 9 month curriculum-based rehabilitation program designed with a recovery approach.	Implimentation of recovery-oriented practice. IMR is a part of the implimention process
Markhópur	Personer med en psykisk sårbarhed eller en sindslidelse	Mennesker med alvorlige sindslidelser som ønsker at få en bedre hverdag	Einastaklingar 18-65 ára með tilgreindar geðsjúkdómsgreiningar.	Adults diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder.	The Psychiatric Department and the community psychiatry
Markmið	At øge livskvaliteten, for målgruppen, gennem meningsfuld beskæftigelse.	Velvære og en meningsfuld dagligdag	Skapa betri meðferð fyrir endurkomusjúklinga og sjúklinga sem ekki hafa getað nýtt sér hefðbundna geðlæknisþjónustu	To rehabilitate people with severe mental illness by helping them acquire knowledge and skills in managing their illness and achieve personal recovery goals.	To establish a recovery-oriented practice.
Stofnár	1997	2004	2004	2011	2011
Stofnaðili	Holstebro kommune	Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatrirbrugere København-Frederiksberg	Rigshospitalet, psykiatrisk center, København	Four community mental health centers in the Capital Region.	Frederiksberg Mental Health Center, which is a part of The Mental Health Service of the Capital Region.
Ástæða stofnunar	Andre arbejdstilbud var ikke tilgængelige eller ikke effektive nok.	LAP fik idéen fordi psykiatrirbrugerne ikke længere fandt det tilfredsstillende blot at benytte egne væresteder, og behovet for at deltage i samfundet pressede sig på.	Áhugi á að skapa betri meðferð fyrir endurkomusjúklinga byggða á nýrri meðferðarálgun, ACT-aðferð (Assertive Community Treatment)	To investigate the effectiveness of IMR-program compared with treatment as usual.	Based on the results of a bottom-up process among the staff, which took place in 2008.
Tenging við hugmyndafræði valdeflingar	Arbejde og deltagelse. Arbejdes med personen og ikke sygdommen bag.	Inspireret af den internationale psykiatrirbrugerbevægelses arbejde med tankegange om recovery, empowerment og inklusion. Empowerment-begrebet spiller en central rolle.	Megináhersla á einstaklingsmiðaða nálgun á forsendum notandans og í hans eigin umhverfi/heimili. Sjálfsvörðunarréttur, þarfir og vilji notenda í öndvegi.	Key issues in the IMR-program are recovery and empowerment. The aim is that the patients gain empowerment so that they can manage their mental illness and begin a process of recovery.	The ideology and method of empowerment is based on recovery-oriented practice. 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.
Þáttur félagsamtaka í verkefninu	Ingen	Udviklet i den frivillige organisation LAP København og Frederiksberg.	Enginn.	None - not yet involved.	None.
Þáttur notenda í verkefninu	Medarbejdere og deltager i daglig planlægning.	Alle ansatte i administration, ledelse og undervisning er eller har været psykiatrirbrugere. Kurser har udgangspunkt i deltagerne egne ønsker og behov.	Geta haft áhrif gegnum notendaráð og tengiliði. Ekki bein áhrif á stjórnun.	Users/clients participate and contribute by giving advice in the planning of the project and monitoring the development of the project. It will be a possibility that clients/users contribute by teaching at the program.	The users/clients are included in the assessment.
Skipulag og ábyrgð	Holstebro kommune	Brugerorganisationen LAP	Psykiatrisk Center København, afdeling O	Steering committee from the management of the mental health departments where IMR is situated.	Frederiksberg Mental Health Center, which is a part of The Mental Health Service of the Capital Region.
Fjármögnun	Holstebro kommune og egne indtægter	LAP søger årligt midler fra stat og kommune.	Stat	The involved mental health departments, The Capital Region of Denmark and The Health Fund.	Frederiksberg Mental Health Center, which is a part of The Mental Health Service of the Capital Region.
Úttektir og mat	I ár 2000	Egenevaluering af 12 forløb, udviklet fra 2004-2009, er afsluttet (se www.psykiatrirbrugere.dk)	Ekstern/PhD evaluering for perioden 2003-2005	There are no results yet.	Intended in 2012-2013. The first report with basic values is finished.

3.1.2. Verkefni frá Íslandi

Heiti	Björgin - geðræktarmiðstöð	Geðheilsa-eftirfylgd	Hugarafli	Hlutverkasetur
Innihald/ form úrræðis	Athvarf, endurhæfing og eftirfylgd	Stuðningur, ráðgjöf og eftirfylgd	Samtök notenda og fagfólks með reynslu af geðheilbrigðiskerfinu.	Miðstöð um virkni og þátttöku einstaklinga og atvinnuleg endurhæfing.
Markhópurur	18-67 ára með geðheilsuvanda	Einstaklingar með geðraskanir, 18 ára og eldri, og aðstandendur þeirra	Geðsjúkir, almenningur, geðheilbrigðisþjónustan.	Opið öllum sem vilja halda sér virkum, koma skipulagi á daginn eða að bæta líf sitt.
Markmið	Að styðja fólk til sjálfshjálpar, draga úr félagslegri einangrun og auka samfélagsþátttöku fólks með geðræn vandamál.	Efla virkni og þátttöku einstaklingsins í samfélaginu, efla og viðhalda færni og fyrirbyggja félagslega einangrun. Lögð er áhersla á að skjólstæðingar séu virkir í bataferlinu og að þjónustan sé mótuð út frá þörfum og reynslu skjólstæðinga og aðstandenda þeirra.	Að nýta reynslu geðsjúkra til að hafa áhrif á geðheilbrigðiskerfið í samvinnu við aðra sem láta sig málið varða. Að vinna gegn fordómum með sýnileika og í gegnum verkefni, skapa notendum hlutverk og stuðla að kynningu og samvinnu um batahvetjandi leiðir fyrir fagfólk og almenning.	Auka virka samfélagsþátttöku til að fyrirbyggja heilsubrest og fylgikvilla aðgerðaleyfis.
Stofnár	2005	2003	2003	2007
Stofnaðili	Félagsþjónusta Reykjanesbæjar, Sjálfsbjörg og Svæðisskrifstofa málefna fatlaðra á Reykjanesi	Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins í samvinnu við ráðuneyti.	Fjórir notendur og fagmaður með reynslu úr geðheilbrigðisþjónustu.	Einkahlutafélagið AE-starfsendurhæfing
Ástæða stofnunar	Hvatning frá einstaklingum í samfélaginu.	Verkefnið er afrakstur hugmynda og frumkvæðis fagaðila og notenda með reynslu af geðröskunum sem leituðu samstarfs við heilbrigðisráðuneyti um batahvetjandi úrræði og eftirfylgd.	Vilji stofnenda til að miðla reynslu af geðheilbrigðiskerfinu með öðrum sem láta sig málefnið varða, hafa áhrif á þjónustu og varpa ljósi á batahvetjandi leiðir.	Fjölgun öryrkja vegna geðraskanana. Reynsla stofnenda og niðurstöður rannsókna þeirra sem undirstrikuðu mikilvægi fjölbreytni, eftirfylgni og atvinnuþátttöku í bataferlinu. Byggt á hugmyndum notenda Hugarafils 2003-2004.
Tenging við hugmyndafræði valdeflingar	Þjónustan miðar að því að efla og styðja til sjálfshjálpar og þátttöku í mótun þjónustunnar.	Skýr tenging við batamódel (PACE) og valdeflingu (skv. skilgreiningu Judi Chamberlin)	Skýr tenging við batamódel (PACE) og valdeflingu (skv. skilgreiningu Judi Chamberlin)	Skýr fræðileg tenging.
Þáttur félagasamtaka í verkefninu	Sjálfsbjörg er stofnaðili og leggur til húsnaði. Önnur samtök hafa lagt til fjárstyrki.	Unnið er í nánun samstarfi við Hugarafli og taka félagar Hugarafils virkan þátt í daglegu starfi, mótun, þróun og ýmsum verkefnum.	Hugarafli er frjálst félagasamtök notenda og fagfólks með eigin fjárhag og stjórn.	Enginn.
Þáttur notenda í verkefninu	Þeir kynna þjónustuna og kenna/ leiðbeina í öðru starfi.	Notendur (frá Hugarafli) koma að skipulagi þjónustunnar, einstökum verkefnum, viðtölum og kynningu.	Notendur stýra gangi mála og þróun og annast framkvæmd einstakra verkefna, s.s. Teymi um framkvæmd Geðfræðslu Hugarafils m.a. í grunn- og framhaldsskólum.	Virkni og þátttaka í skipulagi og útfærslu starfseminnar. 80% starfsmanna eru með notendareynslu.
Skipulag og ábyrgð	Félagsþjónusta Reykjanesbæjar.	Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins.	Sjálfstæð stjórn sem skipuð er fimm fulltrúum.	Stjórn og framkvæmdastjóri einkahlutafélagsins.
Fjármögnun	Sveitarfélög, velferðarráðuneyti og félagasamtök. Styrkir eru sammingsbundnir eða verkefnatengdir.	Ríki og framlag notenda félaga Hugarafils í formi sjálfboðastarfa.	Hafa starfsaðstöðu hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Samningar við Reykjavíkurborg og ríki um ákveðin verkefni. Fjárstyrkir frá einstaklingum, sjóðum og fyrirtækjum.	Fjárstyrkir og þjónustusamningar við Reykjavíkurborg, Sjúkratryggingar Íslands, VR, Virk, menntamálaráðuneyti, velferðarráðuneyti. Verkefnatengdir styrkir frá opinberum sjóðum.
Úttektir og mat	Viðhorfskönnun 2009. Innra mat á ákveðnum þáttum. Heildstætt mat hefur ekki verið gert.	Mat árið 2005: símakönnun, fundur með samstarfsaðilum, skýrsla birt. Öreglubundið innra mat eftir það.	Árlegt innra mat. Einnig nemaverkefni 2006 og 2010.	Innri þátttökuathaganir 2009-2011 og nemaverkefni. Símakönnun 2011.

Verkefni frá Íslandi – framhald

Heiti	Ráðgjöfin heim	Setrið - geðræktarmiðstöð	VSL (virkjum-styðjum-leysum)
Innihald/ form úrræðis	Sérhæfð heimaþjónusta	Batahvetjandi stuðningsúrræði	Vinnuaðferð í búsetuúrræði
Markhópur	Einstaklingar með geðraskanir sem búa í sjálfstæðri búsetu á Akureyri.	Einstaklingar í Þingeyjarsýslu sem búa, eða hafa búið við geðraskanir, atvinnuleysi og /eða alvarleg veikindi sem skert hafa lífsgæði.	Fullorðið fólk með geðfötlun sem býr í búsetuendurhæfingarúrræði á vegum Reykjavíkurborgar
Markmið	Að veita heildræna þjónustu sem sniðin er að einstaklingsbundnum þörfum notenda, styðja þá í bata og fyrirbyggja þær skerðingar sem fólk verður fyrir eftir erfið veikindatímabil.	Efla sjálfstraust og ábyrgð til félagslegrar þátttöku, samskipta, iðju, virkni í daglegu lífi og trú á eigin áhrifamátt. Að fækka innlögnum og efla geðheilbrigði.	Virkja notendur til aukinnar ábyrgðar, þátttöku á eigin forsendum út frá notendasamráði, valdeflingu og hjálp til sjálfshjálpar.
Stofnár	2006	2006	2006
Stofnaðili	Búsetudeild Akureyrarbæjar	Félagsþjónusta Norðurlþings, Félags- og tryggingamálaráðuneyti og Húsavíkurdeild Ríkis	Velferðarsvið Reykjavíkurborgar
Ástæða stofnunar	Þjónustan sem í boði var mætti ekki nægilega vel þörfum fólks með geðraskanir varðandi sveigjanleika og einstaklingsmiðun. Hugmyndin er afrakstur samráðs við notendur.	Áhugi fagaðila á svæðinu til að fjölga batahvetjandi úrræðum fyrir fólk með geðraskanir í nærumhverfi þess.	Þróaðist í nærþjónustu með notendum.
Tenging við hugmyndafræði valdeflingar	Megináhersla á að efla notandann til áhrifa í eigin lífi.	Áhersla á jafnrétti, virkni notenda og áhrif þeirra á starfseminna.	Valdefling er einn af sjö grunnþáttum vinnuaðferðarinnar.
Þáttur félagasamtaka í verkefninu	Enginn.	Rauði krossinn og Sjálfshjálpar eru í bakhjarlahópi. Önnur félagasamtök hafa styrkt starfseminna fjárhagslega og með gjöfum.	Hagsmuna- og félagasamtök hafa komið að stefnumótun og þróun og átt fulltrúa í starfshópum.
Þáttur notenda í verkefninu	Koma ekki beint að stjórnun. Hafa bein áhrif á útfærslu eigin þjónustu.	Taka þátt í skipulagningu og útfærslu starfseminnar.	Óbeinn þáttur í stjórnun - fulltrúar í starfshópum.
Skipulag og ábyrgð	Búsetudeild Akureyrarbæjar (félagsþjónusta sveitarfélags)	Samstarfsverkefni Félagsþjónustu Norðurlþings, Velferðarráðuneytis og Húsavíkurdeildar Ríkis	Velferðarsvið Reykjavíkurborgar
Fjármögnun	Búsetudeild Akureyrarbæjar (félagsþjónusta sveitarfélags)	Félagsþjónusta Norðurlþings, Félags- og tryggingamálaráðuneyti og Húsavíkurdeild Ríkis	Opinber: ríki og Reykjavíkurborg
Úttektir og mat	Úttekt utanaðkomandi sérfræðings á verkefninu árið 2007.	Framvinduskýrsla unnin af Þekkingasetri Þingeyinga árið 2007.	Innra mat.

3.1.3. Verkefni frá Noregi

Heiti	HUSK Högskole og universitetssosialkontor	KBT Midt Norge	Stiftelsen KIM senteret
Innihald/ form úrræðis	Femárig statlig prosjekt.	Kompetensesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling	Brukerinitiert, brukerstyrt og brukerdrevet senter for mennesker med psykiske problemer
Markhópur	Annsatte 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.
Markmið	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 å medvirke.	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.
Stofnár	2006	2006	1998
Stofnaðili	HUSK- Högskole og universitetssosialkontor - Universitet i Stavanger	Brukerorganisasjonene Mental Helse, LPP og Voksne for barn er eiere av KBT Midt-Norge	Mental Helse Sør-Trøndelag
Ástæða stofnunar	Utprøving af 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.
Tenging við hugmyndafræði valdeflingar	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, brukersamarbeide, bruker lærer av bruker. Måltrettet individuelt arbeid med avtaler og egevaluering.
Þáttur félagasamtaka í verkefninu	Ingen	Representert i styre og samarbeidspartnere ved gjennomføring av evalueringer.	Reprentanter fra Mental Helse Sør-Trøndelag i styre for prosjektet.
Þáttur notenda í verkefninu	Rådgivere med brukererfaring er ansatt i deltidstilinger for å bidra i delprosjekter som forskningsmedarbeidere eller prosjektledere.	Sentret er drevet af folk 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.
Skipulag og ábyrgð	Statlig prosjekt	Selvstendig senter med eget styre	Stiftelse (eier seg selv). Ansvar: styre
Fjármögnun	Statlige midler - årlige bevilninger. Kommuner og universitet bidrar med ansattes arbeidstid	Senterets drift er hovedfinansiert av Helsedirektoratet i tilskuddsordningen for brukerstyrte senter. Salg av evaluasjoner.	Driftstilskudd fra NAV (staten), Trondheim kommune og St. Olavs Hospital Psykisk Helsevern. Egne inntekter.
Úttektir og mat	Ekstern evaluator - rapport.	Ingen - ikke gjennomført	I 2001, 2008 og 2010. Både intern og ekstern evaluering.

3.2 Umfjöllun um verkefnalýsingar

Þær verkefnalýsingar sem bárust gefa innsýn í þá vinnu sem fram fer í löndunum þremur. Niðurstöðurnar eru að sjálfsögðu ekki tæmandi fyrir allt það starf sem unnið er á vettvangi heldur eru þær eingöngu dæmi um mismunandi verkefni á sviðinu. Verkefnin bera með sér all nokkra fjölbreytni í tilurð, formi og stýringu. Um er að ræða þjónustutilboð, þróunarverkefni, rannsóknarverkefni og innleiðingarverkefni sem eiga það sameiginlegt að vinna með valdeflingu á einn eða annan hátt.

Í umfjöllun stýrihópsins um verkefnalýsingar sem bárust og þann samburð sem er að finna í yfirlitstöflunum voru nokkur atriði sem talin er ástæða til að draga fram og verður þeim gerð frekari skil hér á eftir.

3.2.1 Innihald og form

Lýsingarnar sem bárust gefa mynd af margvíslegum verkefnum sem spanna allt frá ákveðinni nálgun í þjónustu við notendur innan opinbera velferðarþjónustukerfisins til algjörlega notendastýrðra þekkingarsetra eða þjónustu (Projekt Vendepunkter). Sem dæmi um verkefni má nefna vinnustað (Café Utopia), þekkingarsetur um notendareynslu og þjónustuþróun (KBT Midt-Norge), geðræktarmiðstöðvar (Hlutverkasetur, Björgin, Setrið), einstaklingsmiðaða þjónustu (Ráðgjöfin heim, Op-team) og stofnanatengd rannsóknar- og þróunarverkefni (IMR). Mikil breidd og ólík uppbygging verkefnanna er athyglisverð og gefur vísbendingar um mikla grósku og hugmyndaauði þegar kemur að útfærslu á bættri þjónustu við einstaklinga með geðraskanir. Áhugavert er að velta fyrir sér að hve miklu marki uppruni og form verkefnanna endurspeгла aðstæður í því nærsamfélagi sem þau spretta úr og þá ekki síður stærð þess samfélags.

3.2.2 Markhópur

Verkefnin beinast helst að fólki með geðraskanir almennt en einnig að sérgreindum hópum þeirra, s.s. fullorðnum með ákveðna sjúkdómsgreiningu. Í tveimur verkefnum er áherslan á starfsfólk og aðferðir í geðheilbrigðisþjónustu. Nokkur verkefnanna hafa almenna skírskotun og er ætlað að ná til notenda, aðstandenda, almennings og opinberra aðila. Meginmarkhópur allra íslensku verkefnanna er fólk með geðraskanir og leggja þau í lýsingum sínum minni áherslu á aðra hópa. Hugarafl sker sig úr en þar er markhópurinn geðsjúkir, almennings og

heilbrigðisþjónustan. Í Danmörku eru öll verkefnin nema eitt með megináherslu á fólk með geðraskanir. Í norsku verkefnunum eru markhóparnir margir og mismunandi milli verkefna og endurspeglar mikla breidd verkefnanna.

3.2.3 Stofnár verkefnanna

Samkvæmt verkefnalýsingunum virðist hafa orðið ákveðin vakning varðandi valdeflingu í þjónustu við fólk með geðraskanir á fyrri hluta síðasta áratugar. Fyrsta verkefnið, sem upplýsingar bárust um, var sett á laggirnar árið 1997 og þau síðustu árið 2011 en flest verkefnin hófust á árunum 2003-2006. Þessi þróun virðist vera nokkuð lík í öllum löndunum þremur.

Að sjálfsögðu er ekki hægt að alháfa neitt um þróun í þjónustu við fólk með geðraskanir í þáttökulöndunum út frá þessum fáu dæmum en hinsvegar gefa upplýsingarnar vísbendingar um að ákveðin áherslubreyting hafi átt sér stað og sé enn í gangi.

3.2.4 Stofnaðili og uppruni verkefna

Verkefnalýsingarnar sem bárust sýna að verkefnin eru sprottin úr mismunandi jarðvegi. Sum þeirra eru dæmigerð grasrótarkerfni þar sem notendur eða samtök notenda hafa átt veg og vanda að tilurð verkefnis. Önnur hafa orðið til í einhvers konar samstarfi notenda og starfsmanna innan velferðarþjónustu. Loks eru verkefni sem eiga uppruna sinn í stefnumótun stjórnvalda eða breyttum áherslum opinberra stofnana og þjónustuveitenda.

Greina má ákveðinn áherslumun milli landa er varðar uppruna verkefnanna þar sem stofnanir, samtök og einstaklingar koma að verkefnunum með mismunandi hætti. Verkefnin frá Noregi skera sig úr að því leyti að þar kemur fram að verkefnin eiga uppruna sinn í stefnumótun stjórnvalda og að verkefnin hafa tilvísun í útfærslu á þeirri stefnu. Slíkar breytingar eða þróunarverkefni er hægt að flokka sem ferli ofanfrá og niður (top-down). Frumkvæði og aðild félagasamtaka í verkefnunum kemur fram í þáttöku og aðild að stofnun og þáttöku í stjórn verkefna. Þar virðist tilhneigingin vera að styrkja stofnanir og starfsfólk til breytinga á þjónustu. Hér er aðeins um þrjú verkefni að ræða og ljóst að flóra valdeflandi tilboða er mun fjölbreyttari í Noregi. Athygli vekur hins vegar að verkefnin sem bárust virðast hafa skýra tengingu við opinbera stefnu.

Verkefnin frá Danmörku hafa mismunandi bakgrunn og elstu verkefnin byggja frekar á frumkvæði notenda og

nærssamfélags. Tvö nýjustu verkefni spretta upp sem þróunar/rannsóknarverkefni innan stofnana. Ekki er að sjá að opinber stefna liggja að baki verkefnunum en frekar að vísað sé til hugmyndafræði, notendasamráðs, virkni og þátttöku.

Íslensku verkefni virðast eiga það sammerkt að byggja töluvert á frumkvæði og frumkvöðlastarfi einstaklinga sem ýta verkefnum af stað og fá síðan fyrirtæki og opinbera aðila til að koma að verkefnunum með einum eða öðrum hætti (bottom-up). Í verkefnalýsingunum er ekki vísað til opinberrar stefnumörkunar í þjónustu við fólk með geðraskanir.

3.2.5 Hugmyndafræði og markmið verkefna

Verkefni eru fjölbreytt að innihaldi hvað varðar skipulag, áherslur og markmið. Öll byggja þau þó á hjálp til sjálfshjálpar og/eða sjálfræðis einstaklinga. Segja má að áherslan sé að auka möguleika fólks með geðraskanir til þátttöku og lífsgæða á eigin forsendum og hafa þannig áhrif í þá átt að samfélagið þróist til aukins margbreytileika frekar en að aðlaga fólk með geðraskanir að fyrirframgefnum viðmiðum eða samfélagsumgjörð. Sum verkefni notast að fullu við skilgreiningu og aðferðir Judi Chamberlin á valdeflingu en flest verkefnanna virðast vísa til alþjóðlegrar þróunar og áherslu á mannréttindi og þátttöku hópa sem standa höllum fæti. Almenn má segja að áhersla á fræðslu sé einkennandi fyrir verkefni. Ýmist beina þau sjónum að fræðslu og eflingu notenda, aðstandenda, starfsmanna eða almennings. Sum þeirra byggja á þekkingarsköpun og önnur vinna að því að breyta viðhorfum í samfélaginu til fólks með geðraskanir. Einnig má greina að sum verkefni vinna markvisst að því að þróa nálgun í meðferð og þjónustu sem tekur mið af valdeflingu notenda.

Þrátt fyrir mismunandi nálgun og útfærslu virðast öll verkefni eiga það sameiginlegt að markmiðið til langs tíma sé að hafa áhrif á viðhorf til fólks með geðraskanir og möguleika þess á þátttöku á eigin forsendum. Með þeim hætti sé beint og óbeint unnið að vitundarvakningu og breytingum á samfélaginu.

3.2.6 Þáttur félagasamtaka í rekstri

Félagasamtök hafa óbeina aðild að norsku verkefnum enda eru þau að mestu rekin sem sjálfseignarstofnanir með eigin samþykktir og starfsreglur. Í dönsku verkefnum er það eingöngu Projekt Vendepunkter sem byggir á

félagasamtökum en hin eru ótengd slíkum samtökum. Á Íslandi er breytileikinn meiri þar sem rekstur flestra verkefnanna hefur einhverja tengingu við félagasamtök og byggir á virku samstarfi eða beinum stuðningi þeirra. Undantekningar frá þessu eru Hlutverksetur, Ráðgjöfin heim og VSL.

Þegar kemur að þátttöku félagasamtaka má ætla að nokkur munur geti verið á milli landanna þriggja. Skýringarnar á þessum mun er að líkindum að finna í mismunandi tilurð verkefnanna og að íslensku verkefni bera með sér hreyfiafl einstaklinga og grasrótahreyfinga. Norsku og dönsku verkefni virðast meira tengjast stofnunum eða opinberri stefnumótun og geta þannig fundið verkefnunum stað eða rými innan opinberrar stefnumótunar og þurfa ef til vill í minna mæli að reiða sig á aðra samstarfsaðila við að koma hugmyndum í framkvæmd.

3.2.7 Þáttur notenda í verkefnum

Eins og áður hefur verið nefnt hafa notendur átt mismunandi aðkomu að tilurð verkefnanna sjálfra. Bein þátttaka þeirra í verkefnunum er einnig breytileg, allt frá því að vera ráðnir til verkefnisins sem starfsmenn yfir í það að vera í einhvers konar samráðshlutverki. Í verkefnunum frá Danmörku kemur fram mikil breidd hvað varðar þátttöku notenda þar sem eingöngu notendur eða fyrrverandi notendur stýra og starfa við Projekt Vendepunkter. Notendur eru þátttakendur sem starfsmenn í Café Utopia en eru minna sýnilegir í hinum verkefnum þremur þar sem þeir hafa þó einhver áhrif gegnum ákveðna aðkomu eða þátttöku en án valds yfir verkefninu sjálfu. Verkefni þrjú frá Noregi gera öll ráð fyrir notendum sem virkum þátttakendum, sem starfsmenn eða samstarfsmenn með notendareynslu. Íslensku verkefni sjö greina frá mismunandi þátttöku notenda allt frá því að þeir hafi einungis áhrif á eigin þjónustu/meðferð yfir í að þeir stýri og annist að mestu þá þjónustu eða starfsemi sem fer fram.

Almenn má segja að notendur hafi í flestum tilvikum haft mikil áhrif á mótun verkefnanna í öllum þátttökulöndunum. Aðkoma notenda að verkefnunum sjálfum er þó afar breytileg. Aðild notenda að stýringu og ákvörðunum um úrræði er oftast takmörkuð, en skýrari varðandi útfærslu á eigin þjónustu. Réttur notandans til þátttöku er yfirleitt dreginn fram í verkefnunum og tengir þau þannig við grunnhugmyndir valdeflingar.

3.2.8 Skipulag og ábyrgð

Þegar kemur að skipulagi og ábyrgð er áberandi að opinberar aðilar eru oftast tilgreindir. Tvö verkefnanna í Noregi eru með einhvers konar blandaða ábyrgð sem felst í því að um er að ræða sjálfseignarstofnanir. Af dönsku verkefnunum er það einungis Projekt Vendepunkter sem er skipulagt og að fullu á ábyrgð notendasamtaka, hin verkefnin eru opinber. Svólítið blandaðri mynd er að finna í íslensku verkefnunum þar sem fjögur af sjö er opinber, eitt er á ábyrgð notendasamtaka, eitt er einkahlutafélag og eitt er samstarfsverkefni félagasamtaka og opinberra aðila.

3.2.9 Fjármögnun verkefna

Í öllum löndunum þremur er hið opinbera helsti fjármögnunaraðili verkefnanna, hvort sem verkefnin eru alfarið í umsjón hins opinbera eða annarra. Hið opinbera kemur að fjármögnun verkefnanna með einum eða öðrum hætti hvort sem verkefnin eru upprunalega sprottin úr stofnunum opinbera geirans, félagasamtökum

eða að frumkvæði einstaklinga. Verkefni sem ekki eru undir opinberum stofnunum þurfa að sækja opinbera styrki til starfseminnar en eru einnig háð fleiri fjármögnunarleiðum eins og frá fyrirtækjum, félögum og sjóðum.

Athygli vekur að fjármögnun verkefnanna virðist yfirleitt ekki vera tengd eða háð úttektum og mati á árangri þar sem víða hefur slíkt mat ekki farið fram með reglubundnum hætti.

3.2.10 Úttektir og mat

Einhvers konar úttektir eða mat virðist hafa farið fram á öllum verkefnunum innan fárra ára frá því að til þeirra var stofnað. Í flestum tilvikum virðist þó ekki vera um reglubundið mat að ræða. Form úttektanna er afar mismunandi, er ýmist svokallað innra eða ytra mat eða nemendaverkefni.

Svo virðist sem frekar sé ákveðin tilhneiging til að fram fari markvisst mat og birting á niðurstöðum í dönsku og norsku verkefnunum, en í þeim íslensku.

4 Lokaorð

Ný sjónarhorn og leiðir
til bættrar geðheilsu

Verkefnið hefur tekið lengri tíma en upphaflega var áætlað. Helstu skýringar á því eru að erfiðlega gekk að fá svör um þátttöku og ítreka þurfi beiðnir um verkefnalýsingar frá þeim félagasamtökum og fulltrúum þeirra sem leitað var til. Einnig komu til veikindi starfsmanns og nýráðning í hans stað. Þar með röskuðust allar tímaáætlanir um fundi og vinnu stýrihópsins.

Verkefnalýsingarnar þarf að túlka með varfærni þar sem þær eru aðeins takmarkaðar lýsingar forsvarsmanna og hafa ekki verið unnar af óháðum aðila. Þá hefur heldur ekki verið lagt mat á hvort reynsla af einstökum verkefnum sé í samræmi við yfirlýst markmið. Áhugasamir geta kynnt sér verkefnið nánar með því að lesa lýsingar á verkefnum í fylgiskjölum þar sem einnig er að finna upplýsingar um tengiliði og vísun í frekari gögn.

Hér á eftir er leitast við að draga saman meginniðurstöður um þá þrjá þætti sem verkefnið fjallar um.

Nýjungar í þjónustu og meðferð

Upphafleg áætlun gerði ráð fyrir að aflað yrði lýsinga á fimm verkefnum frá hverju þátttökulandi, eða alls 15. Sú varð því miður ekki raunin, en það var að hluta til bætt upp með því að fjölga verkefnalýsingum frá Íslandi.

Allar verkefnalýsingarnar bera með sér mikla grósku og að unnið er með nýjungar og nýjar leiðir, með áherslu á valdeflingu, á mörgum sviðum stofnana, félagasamtaka og opinberrar þjónustu sem útfærðar eru á fjölbreyttan hátt. Gera má ráð fyrir að í hverju landi sé til staðar enn fjölbreyttari flóra verkefna þar sem unnið er út frá hugmyndum og áherslum valdeflingar.

Notkun og reynsla félagasamtaka og opinberra aðila

Verkefnalýsingarnar sýna að hvert og eitt verkefni er nýjung á því sviði, á því svæði, eða í því samhengi sem þau eru. Myndin sem verkefnalýsingarnar draga fram sýnir verulega vaxandi áherslu á sjónarmið og virka þátttöku fólks með geðraskanir í þjónustu, fræðslu og skipulagningu á úrræðum og í meðferðarstarfi. Jafnframt er ljóst að hægt er að vinna með hugmyndafræði valdeflingar á nánast hverju því stigi félagslegs stuðnings, þjónustu og meðferðar sem hugsast getur. Í þessu sambandi má benda

á að efling þekkingar og færni starfsmanna er valdeflandi um leið og lögð er áhersla á aðferðir valdeflingar fyrir notendur. Á sama hátt er þátttaka í félags- og fræðslustarfi eða skipulagningu og stjórnun, valdeflandi fyrir notendur sem samstarfsaðila.

Að nokkru marki má halda því fram, út frá gögnunum, að á vettvangi félagasamtakanna sé að finna þau verkefni sem vísa hvað skýrast til hugmyndafræði og aðferða valdeflingar og þar hafi fólk með geðraskanir mest áhrif á skipulag og stýringu verkefna.

Að sama skapi má leiða líkum að því, á grundvelli verkefnalýsinganna, að þau verkefni sem að meira eða minna leyti eru í umsjón opinberra aðila nýti sér á takmarkaðan hátt þá samstarfsmöguleika og þekkingu sem félagasamtökin gætu lagt til.

Þáttur frjálsra félagasamtaka í þjónustu og stuðningur hins opinbera

Í nokkrum verkefnanna kemur fram að um er að ræða samstarf félagasamtaka og opinberra aðila. Slíkt samstarf birtist í sameiginlegri þátttöku í sjálfseignarstofnunum en einnig með því að verkefni á vegum félagasamtaka er vistað eða fær aðgang að húsnæði og aðstöðu á vegum hins opinbera og tekur í staðinn að sér ákveðin verkefni, s.s. fræðslu eða úttektir.

Stuðningur hins opinbera á Íslandi gæti í meira mæli komið fram í stefnumörkunum enda má sjá af verkefnalýsingum frá Noregi að stefnumörkun ásamt skilgreindum fjárveitingum gefur félagasamtökum tækifæri til að vinna að og koma á framfæri áhugaverðum nýjungum um leið og það tryggir rekstrargrundvöll nýrra hugmynda og verkefna.

Svo virðist sem lítil tengsl séu milli fjárveitinga til verkefna og gæðaúttekta. Þetta er sérstaklega áberandi í íslensku verkefnunum. Hugsanlega tengist þetta skorti á heildstæðri stefnumótun í þjónustu við fólk með geðraskanir og því hve framkvæmd verkefna er tengd frumkvæði einstaklinga og hópa sem vinna ötullega að framgangi hugmynda sinna. Aðkoma stjórnvalda verður þar af leiðandi frekar í að bregðast við beiðnum um fjárhagslegan stuðning við einstök þróunarverkefni.

- 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. (ritstjórar). (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Osló: 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., Champion, 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). Valdefling. Glíma við margrætt hugtak. Í Rannveig Traustadóttir (ritstjóri), *Fötlun: Hugmyndir og aðferðir á nýju fræðasviði* (bls. 66-80). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Harding, C. M. og Keller, A. B. (1998). Long-term outcome of social functioning. Í K. T. Mueser og N. Tarrier (ritstjórar), *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 a balansere mellom kreativet 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. Í J. A. Talbott (ritstjóri), *The Chronic Mental Patient: Problems, Solutions and Recommendations fo a Public Policy*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Nordens Vælfærdscenter. (2010). *Nya perspektiv – Goda exempel på mental hälsa*. Sótt af <http://www.nordisktvalfardscenter.org/filearchive/1/118517/Konferensrapport%20Akuryeyri%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). Inernaized 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). Fordómar og geðræn vandamál: Samanburður á þremur löndum. *Íslenska Þjóðfélagið: Tímarit Félagsfræðingafélags Íslands*, 1, 69-94.
- Taylor, S., Dear, M. og Michael J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.

- Utanríkisráðuneytið. (2010). *Skýrsla Katrínar Jakobsdóttur samstarfsráðherra Norðurlanda um störf Norrænu ráðherranefndarinnar 2009*. Sótt af 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: Höfundur. Sótt af http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effectiv Interventions and Policy Options: Summary Report*. Genf: Höfundur. Sótt af http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Inversting in mental health*. Genf: Höfundur. Sótt af http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf.

Norrænt verkefni um valdeflingu og geðheilsu

Blaðsíða 1 af 65

Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu

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

ÍSLAND

RÁÐGJÖFIN HEIM

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

„Ráðgjöfin heim“, Þjónusta fyrir einstaklinga í sjálfstæðri búsetu á Akureyri.

„Ráðgjöfin heim er hluti af Búsetudeild sem er deild í félagsþjónustu Akureyrarbæjar og veitir íbúum bæjarins ýmis konar búsetuþjónustu. Ennfremur sinnir deildin þjónustu við íbúa nokkurra annarra sveitarfélaga samkvæmt samningum þar að lútandi.

Markmið þjónustunnar er að veita faglega ráðgjöf og leiðbeiningar til einstaklinga með fötlun af margvíslegum toga er hafa þörf fyrir aðstoð og stuðning til að takast á við ýmis verkefni daglegs lífs. Þjónustan getur bæði farið fram á heimili viðkomandi eða utan þess.

„Ráðgjöfin heim“ byrjaði sem tilraunaverkefni árið í júlí 2006. Markhópur þjónustunnar voru einstaklingar með geðraskanir sem bjuggu í sjálfstæðri búsetu á Akureyri. Tilraunaverkefninu lauk í júlí 2007. RH varð hluti af heimaþjónustu Akureyrarbæjar í september 2007. Markhópur breyttist, skjólstæðingahópurinn breikkaður og „Ráðgjöfinni heim“ er nú ætlað að veita einstaklingum í sjálfstæðri búsetu margháttða þjónustu, óháð fötlun.

Akureyrarbær er fjölmennasta sveitarfélag landsins utan höfuðborgarsvæðisins. Um þessar mundir búa þar tæplega 18.000 manns. Akur Akureyrarbær er fjölmennasta sveitarfélag landsins utan höfuðborgarsvæðisins. Í dag búa þar tæplega 18.000 manns og teljast þar með allir íbúar Grimseyjar og Hríseyjar. eyrabær er fjölmennasta sveitarfélag landsins utan höfuðborgarsvæðisins. Í dag búa þar tæplega 18.000 manns og teljast þar með allir íbúar Grimseyjar og Hríseyjar.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

Verkefnið byrjaði sem tilraunaverkefni um miðjan júlí árið 2006. Megintilgangur verkefnisins er að efla og styrkja fólk með geðfötlun sem býr í sjálfstæðri búsetu í bænum. Ráðgjöfinni er ætlað að veita heildræna þjónustu sem sniðin er að einstaklingsbundnum þörfum notenda, styðja þá í bata og fyrirbyggja þær skerðingar sem fólk verður fyrir eftir erfið veikindatímabil.

Hvati að verkefninu var að þjónustan sem í boði var mætti ekki nægilega vel þörfum fólks með geðraskanir, þ.e. hún þótti ekki nægjanlega sveigjanleg og einstaklingsmiðuð til að hún næði því markmiði að styðja fólk til bata og aðstoða það við að minnka áhrif veikindatímabila. Hugmyndin þróaðist í hópi starfsmanna sem unnu með notendahópnum og þannig er hugmyndin afrakstur samráðs við notendur.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Valdefling tengist bataferlinu (Recovery) og snýst um í meginatriðum að setja vald og ákvörðunarrétt í hendur notenda (skjólstæðinga). „Valdefling er ferli sem á sér stað þegar fólk nær tökum á eigin lífi, hefur áhrif á umhverfi sitt og upplifir sig sem þátttakenda í samfélaginu“.

Ráðgjöfin heim snýst um að notandi fær ráðgjafa (faglærðan starfsmann) til samstarfs um að ná betri tökum á eigin lífi. Hlutverk ráðgjafans er að vera notandanum til aðstoðar við að setja sér markmið og vinna að þeim. Markmiðin, og þar með ráðgjöfin, geta snúið að ýmsum þáttum daglegs lífs, t.d. fjármálum, heilsufari, heimilishaldi og samskiptum. Leitast er við að samstarfið sé á forsendum notandans, þ.e. að hann stýri ferðinni og nái sem mestu valdi yfir eigin aðstæðum.

Ráðgjöfin/aðstoðin er sveigjanleg varðandi útfærslu og magn, þ.e. er meiri þegar aðstæður og heilsa notandans kalla á það og svo dregið úr þegar notandi hefur minni þörf fyrir aðstoð. Samstarfið fer fram á ýmsan hátt, gegnum síma, tölvupóst, samræður á heimili notanda eða annars staðar. Ráðgjafi getur einnig aðstoðað notanda í samskiptum við kerfið t.d. farið með honum til læknis eða í banka ef notandi óskar eftir. Samstarfið byggir á trausti og virðingu milli notanda og ráðgjafa.

4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Félagasamtök koma ekki að „Ráðgjöfinni heim“

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Notendur koma ekki beint að stjórnun og rekstri ráðgjafarinnar, hún er hluti af félagslegri heimaþjónustu sveitarfélagsins og stýrt þaðan. Hinsvegar er notendum ætlað að hafa mikil áhrif á útfærslu þjónustunnar, innan þess ramma sem henni er markaður. Notandinn mótar innihald ráðgjafarinnar og áherslur og vinnur að markmiðum sínum í samstarfi við ráðgjafann.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

(Dæmi: Á Akureyri er Ráðgjöfin heim sem er þjónusta sem ætluð er einstaklingum í sjálfstæðri búsetu óháð fötlun staðsett innan almennar heimaþjónustu sveitarfélagsins).

„Ráðgjöfin heim“ er þjónusta, sem ætluð er einstaklingum í sjálfstæðri búsetu óháð fötlun, staðsett innan almennar heimaþjónustu sveitarfélagsins, en heimaþjónustan er hluti af Búsetudeild Akureyrarbæjar.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

- a) Hvernig er þetta verkefni fjármagnað?
„Ráðgjöfin heim“ er eins og önnur félagsþjónusta bæjarins, fjármögnuð af sveitarfélaginu.
- a) Hvernig er aðkoma/stuðningi ríkisins háttáð?
Ríkið kemur ekki að þessari þjónustu
- b) Hvernig er aðkoma/stuðningi sveitarfélags/a háttáð?
Sjá a)
- c) Hvernig er aðkoma/stuðningi félagasamtaka háttáð?
Félagasamtök koma ekki að þjónustinni
- d) Aðrar fjármögnunarleiðir, t.d. einstaklingar, sjóðir o.s.frv.
Ekki er um aðrar fjármögnunarleiðir að ræða

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Elín Ebba Ásmundsdóttir, M.Sc., lektor við Háskólann á Akureyri gerð úttekt á tilraunaverkefninu út frá sjónarhorni notenda og lauk henni þ. 9. maí 2007. Eigindlegri aðferðarfræði var beitt við framkvæmdina. Rætt var við sex notendur þjónustunnar og byggt var á upplifun þeirra og reynslu af þjónustunni. Niðurstaða EEÁ var sú að með „Ráðgjöfinni heim“ hafi verið stigið stórt skref í uppbyggingu og fyrirkomulagi nærþjónustu í sveitarfélaginu.

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

- a) Var það gert eftir ákveðinn tíma?
Matið var framkvæmt við lok fyrsta árs tilraunaverkefnisins.
- b) Er það gert með reglubundnu mati?
Það er ekki gert formlegt reglubundið mat á þjónustunni, en þjónustan er í stöðugri þróun og endurskoðun.

10. Hverjar eru meginniðurstöður matsins?

Eins og segir í nr. 8, þá er það ein af niðurstöðum úttektar á tilraunaverkefningu að „Akureyrarbær hafi stigið stórt skref í uppbyggingu og fyrirkomulagi nærþjónustu í sveitarfélaginu“. Viðmælendur í úttektinni voru mjög jákvæðir gagnvart þjónustunni og höfði tekið henni “opnum örmum”.

Niðurstaðan var afgerandi að mati viðmælenda: “Ráðgjöfin heim” er heildstæð þjónusta sem mætir þörfum þeirra. Ráðgjöfin hefur eft sjálfsbjargargetu, minnkað einangrun og aukið lífsgæði þeirra. Mat þjónustuþega á fagmanninum sem veitti þjónustuna var einnig samhljóma. Þau mátu faglegan bakgrunn og persónuleika. Í tengslum, framkomu og nálgun á viðfangsefnum sýndi fagmaðurinn fagþekkingu, virti skoðanir þeirra og áherslur, kom inn á heimili þeirra með nærgætni og gerði ekkert nema í samráði við þau. Viðmælendur kunnu að meta að fagmaðurinn var opinn við þau, jákvæður og hvatti þau áfram. Engar hindranir voru óyfirstíganlegar oghann var tilbúinn að vinna með þeim hvaða verk sem var. Mat á magni þjónustu vareinstaklingsbundið og gat breyst yfir tíma. Flestir sáu fyrir endan á þjónustunni þegar ákveðinni færni eða sjálfstæði væri náð, meðan sumir sáu þjónustuna breytast frá því að vera stuðningur á heimili yfir í stuðning við að nýta sér tómstundatilboð eða til að komast út á atvinnumarkaðinn. Viðmælendur sáu þjónustuna þróast yfir í að geta í gegnum símahaft auðvelt aðgengi að fagaðilum sem þeir treysta og velja sjálfir.

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

1. Til hvers/hverra er hægt að leita til þessa þ fá nánari upplýsingar um verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Kristín Sóley Sigursveinsdóttir, framkvæmdastjóri Búsetudeildar Akureyrarbæjar, kristin@akureyri.is

Bergdís Bjarkadóttir, forstöðumaður heimaþjónustu, bergdis@akureyri.is

S. 460-1410

2. Aðsetur/heimilisfang:

Glerárgötu 26, 600 Akureyri

3. Vefsíða:

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

BJÖRGIN – GEÐRÆKTARMÍÐSTÖÐ SUÐURNESJA

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

Björgin – Geðræktarmiðstöð Suðurnesja. Björgin er endurhæfingarúrræði fyrir fólk á aldrinum 18-67 ára með geðheilsuvanda. Þjónustuþættir eru athvarf, endurhæfing og eftirfylgd. Markmið þjónustunnar er m.a. að styðja fólk til sjálfshjálpar, draga úr félagslegri einangrun og auka samfélagsþátttöku fólks með geðræn vandamál.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

Björgin var stofnuð í febrúar 2005. Einstaklingur/ar í samfélaginu höfðu haft á orði við félagsmálastjóra í Reykjanesbæ að mikilvægt væri að opnað yrði einhverskonar úrræði fyrir fólk með geðrænan vanda. Úr varð að félagsmálastjóri fékk samþykkt frá bæjaryfirvöldum að fá að opna athvarf og var það þá gert í samstarfi við Sjálfsbjörgu sem lánaði húsnæði sitt, Svæðisskrifstofu málefna fatlaðra á Reykjanesi.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Þjónustan miðar alltaf að því að efla og styðja einstaklinginn til sjálfshjálpar. Þegar ákvarðanir eru teknar varðandi þjónustuleiðir er það ávallt gert í samráði við einstaklinginn sjálfan. Einstaklingarnir eru hvattir til að taka þátt í mótun þjónustunnar. Megin vettvangur til þess er á Húsfundum sem haldnir eru einu sinni í mánuði. Einnig hefur verið á staðnum hugmyndakassi og aðgengi að starfsfólki til að koma með hugmyndir. Reynt er eftir besta megni að fá félaga til að taka þátt í að kynna starfsemina þegar slíkar aðstæður koma upp.

4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Ýmis félagasamtök hafa stutt Björgina fjárhagslega. Einnig hafa félagasamtök verið í samstarfi við Björgina um ýmis verkefni, má þá t.d. nefna Rótarýklúbb Keflavíkur sem gaf út jólakort með Björginni.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Notendur koma ekki beint að stjórnun eða rekstri Bjargarinnar. Hins vegar er lagt mikið upp úr því að fá notendur með í að kynna þjónustuna, þannig að hlið notenda sé með. Reynt er að nýta styrkleika hvers einstaklings og því hafa notendur verið fengnir til að kenna/leiðbeina í lögju og öðru starfi í Björginni, með það að markmiði að nýta mannauðinn, allt eftir getu hvers og eins.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Í dag er Björgin rekin með stuðningi frá öllum sveitafélögum á Suðurnesjum, félags- og tryggingarmálaráðuneytinu og svæðisskrifstofu málefna fatlaðra. Reykjanesbær heldur utan um rekstur og starfsmenn Bjargarinnar. Forstöðumaður er ábyrgur fyrir daglegum rekstri stofnunarinnar undir stjórn félagsmálastjóra Reykjanesbæjar.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

- e) Hvernig er þetta verkefni fjármagnað? Verkefnið er í dag fjármagnað með stuðningi frá Félags- og tryggingamálaráðuneytinu, Svæðisskrifstofu málefna fatlaðra á Reykjanesi og öllum sveitafélögum á Suðurnesjum.
- f) Hvernig er aðkoma/stuðningi ríkisins háttað? Með fjárhagslegum stuðningi í formi samnings sem gerður var til þriggja ára.
- g) Hvernig er aðkoma/stuðningi sveitarfélags/a háttað? Með fjárhagslegum stuðningi sem gerður er í gegnum Samband sveitafélaga á suðurnesjum til eins árs í senn. Hvert sveitafélag borgar hlutfallslega eftir fjölda íbúa í því sveitafélagi.
- h) Hvernig er aðkoma/stuðningi félagasamtaka háttað? Björgin hefur fengið góðan stuðning frá félagasamtökum með gjöfum og fjárhagslegum stuðningi í formi styrkja. Félagasamtök hafa einnig styrkt Björgina eða félagi í Björginni til ákveðinna verkefna eins og útgáfu á jólakortum, útgáfu bókar og fl.
- i) Aðrar fjármögnunarleiðir, t.d. einstaklingar, sjóðir o.s.frv. einstaklingar hafa lagt Björginni lið, bæði með gjöfum, fjárhagsstyrk og með því að gefa vinnu sína.

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða

liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Lagt var fyrir viðhorfskönnun meðal notenda þjónustunnar sumarið 2009. einnig hefur verið lagt mat á ákveðna þætti þjónustunnar eins og Geðræktarskólann. Skýrslur liggja fyrir með niðurstöðum þessa mats.

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

- c) Var það gert eftir ákveðin tíma? Nei
- d) Er það gert með reglubundnu mati? Heildstætt mat hefur ekki verið gert með reglubundnum hætti. Þó hefur verið lagt mikið upp úr því að leggja mat á einstaka þætti starfseminnar með því að leggja við spurningalista þar sem notendur koma á framfæri hvernig þeim hafi fundist ákveðið námskeið hafa gagnast þeim.

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

Notendur voru almennt ánægðir með starfsmena og segja hana hafa skipt sköpun í þeirra bataferli.

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

- 4. Til hvers/hverra er hægt að leita til þessa til fá nánari upplýsingar um verkefnið/þjónustuna/úrræðið? Ragnheiður Sif Gunnarsdóttir, forstöðumaður/ Hjördís Árnadóttir, félagsmálastjóri í Reykjanesbæ.
- 5. Aðsetur/heimilisfang suðurgata 15, 260 Reykjanesbæ
- 6. Vefsíða www.bjorgin.is

GEÐFRÆÐSLA HUGARAFLS

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

Geðfræðsla Hugarafls

Helsta markmið verkefnisins er að draga úr fordómum gagnvart geðröskunum og notendum (geðsjúklingum) meðal nemenda í efstu bekkjum grunnskóla og framhaldsskólum, auk þess að fræða þá um geðrækt, forvarnir og bataleiðir.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

Frá stofnun, hefur eitt af höfuðmarkmiðum Hugarafls verið að berjast við fordóma, gera geðraskanir sýnilegar. Haustið 2007 fékkst fjárhagslegur stuðningur frá SPRON og ákveðið var að vinna markvisst að því að koma fræðslu um geðheilbrigðismál í grunn- og framhaldsskóla.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Geðfræðslan fer þannig fram að tveir félagar úr Geðfræðsluhópnum eyða einni kennslustund (40-60 mínútur) með hverjum bekk. Tala þeir hvor í 10-15 mínútur um baráttu sína við geðröskunina og fara síðan fram umræður. Við leggjum sérstaka áherslu á bjargráð sem fela í sér að ungmennin snúi ekki baki við vinum í vanda og mikilvægi tilfinningalegra tjáskipta við vini, foreldra, kennara eða aðra sem þau treysta. Reynum við einnig að hafa húmorinn ekki langt undan.

4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Geðfræðslan er algerlega á höndum félaga Hugarafls. Frá skipulagningu að framkvæmd.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Notendur sinna þessu verkefni algerlega. Innan Hugarafls er hópur sem sér um skipulag, þjálfun og framkvæmd.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Verkefnið er unnið af Hugarafli í samstarfi við velferðasvið Reykjavíkurborgar og þjónustumiðstöðvar borgarinnar. Innan Hugarafls er verkefnisstjóri og 10 manna teymi sem er í sambandi við þjónustumiðstöð í hverju hverfi, eða skólana beint.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Í maí 2011 undirritaði Reykjavíkurborg samning við Hugarafli sem kveður á um að borgin kaupir 150 tíma á komandi vetri við geðfræðslu, þar sem farið verður inn í alla 10. bekki í Reykjavík með geðfræðsluna. Auk þess hefur verið farið með fræðsluna inn í þjónustumiðstöðvar borgarinnar. Hins vegar eru margir framhaldsskólar farnir að biðja um fræðslu til sín og fyrir þann hluta vantar fjármögnun.

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Mat liggur fyrir. Antoníu Maríu Gestsdóttir gerði rannsókn á verkefninu, sem hluta af meistaraþrófverkefni sínu, sem hún lauk við í september 2010.

Antonía María Gestsdóttir: [Mat á skólamiðaðri geðheilsufræðslu fyrir unglinga. Áhersla á þekkingu, viðhorf, hjálparsækni og úrræði](#) (September 2010)

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

Gerð var rannsókn með samanburðarhópum og tölfræðilegri úttekt:

- 111 nemendur í 10.bekk
- 2 grunnskólar:
- Stærri skóli miðsvæðis
- Minni skóli í úthverfi
- Fræðsluhópar og samanburðarhópar
- Spurningarlistar lagðir fyrir fyrir og eftir fræðslu
- Öll viðeigandi samþykki og leyfi fengin

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

Fræðslan bar árangur

- Fræðsluhóparnir breyttust marktækt eftir fræðslu en samanburðarhóparnir ekki.
- Stærri skólinn sýndi marktækar breytingar á þekkingu, úrræðum, leiðum að lausnum
- Minni skólinn sýndi marktækar breytingar á þekkingu og viðhorfum

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

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

GEÐHEILSA – EFTIRFYLGD OG HUGARAFL

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

Verkefnið heitir Geðheilsa-eftirfylgd og Hugarafl.

Tilgangur þjónustunnar er að veita stuðning, ráðgjöf og eftirfylgd við einstaklinga með geðraskanir, 18 ára og eldri og aðstandendur þeirra. Þjónustan á að vera batahvetjandi, stuðla að auknum lífsgæðum, bjargráðum og bata í daglegu lífi. Reynsla fólks með geðraskanir og aðstandenda er nýtt í daglegu starfi og í þróun. Unnið er markvisst með þá nálgun að hægt sé að ná bata af geðröskun, unnið eftir batamódelinu og valdeflingu. Í starfinu er einstaklingum mætt á eigin forsendum og með sveigjanleika, þannig er þjónustan hreyfanleg og fer fram þar sem við á hverju sinni t.d. á heimavelli eða annars staðar, í viðtölum eða hópum. Unnið er í samstarfi við alla aðila svo sem fjölskyldu og annað fagfólk, myndað tengslanet og samstarfsvettvangur.

Markmiðið er að efla virkni og þátttöku einstaklingsins í samfélaginu, efla og viðhalda færni og fyrirbyggja félagslega einangrun. Lögð er áhersla á að skjólstæðingar séu virkir í bataferlinu og að þjónustan sé mótuð út frá þörfum og reynslu skjólstæðinga og aðstandenda þeirra. Teynið starfar í nánú samstarfi við Hugarafl.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

Þjónustan er frumkvæði iðjuþjálfara annars vegar og hins vegar notenda með reynslu af geðröskunum, í samstarfi við sama iðjuþjálfara Auði Axelsdóttur, þar sem verður til samstarfsvettvangur, þ.e. Hugarafl. Iðjuþjálfinn fékk hugmyndir sínar samþykktar í samninganefnd Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis sumarið 2003, gerður var samningur um eftirfyldina, samstarf við aðstandendur/aðstandendahóp og notendur/notendahóp. Áhugi reyndist vera innan Heilsugæslunnar á að efla nálgun geðsviðs og féllst Auður á að þróa verkefnið þar. Þótti það kostur að geta haft þjónustuna miðlæga innan Heilsugæslunnar og með auðveldu aðgengi. Einnig var áhugi fyrir því að stuðla að því að fólk með geðraskanir leitaði sér fyrr þjónustu áður en nauðsyn væri á að leita til sjúkrahúss, stuðla þannig að fækkun innlagna og snemmtæku inngripi.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Unnið er samkvæmt Batamódelinu(PACE) og valdeflingu(Working definition of empowerment, Judi Chamberlin). Allt starfið þ.e. viðtöl, vitjanir, hópastarf, fræðsla og önnur starfssemi tekur markvisst mið af hugmyndafræðinni. Á teymisfundum vikulega er farið yfir sameiginleg mál, hugmyndafræði rædd og mismunandi leiðir. Í nálgun allri hafa fagmenn og notendur tileinkað sér þessa nálgun og minna hvort annað á ef ekki þykir tekið mið af henni á réttan hátt. Á fundum Hugarafls er valdefling rædd einu sinni í viku og reynsla hópsins/einstaklinga notuð til að skerpa á skilningi og til að tryggja að vitneskja og hugmyndafræði sé alltaf fersk. Unnið hefur verið að þýðingum á erlendu efni um hugmyndafræðina og aðferðir sem styða einstaklinga í bataferli, einnig gefnir út bæklingar sem byggja á þessari nálgun.

Árið 2004 kom Judi Chamberlin hingað til lands til að aðstoða hópinn við að læra um grundvallarþætti Empowerment hugmyndafræðinnar, einnig veitti hún hópnum aðstoð við að skerpa á hvernig nýta mætti hugmyndafræðina sem best við íslenskar aðstæður. 2005 hitti Auður Axelsdóttir iðjubjálfi Daniel Fisher og fékk frekari innsýn inn í batamódelið sem hafði verið notað frá byrjun í starfinu. Þau hafa haldið sambandi síðan og Fisher veitt stuðning við þróun starfsins. Hann kom til landsins í maí 2009 og hélt fyrirlestur á vegum Auðar og Hugarafls, Auður hefur tvívegis heimsótt Fisher til Boston og einnig Judi Chamberlin. Samstarf þessara aðila hefur því verið mikið og farsælt og skapast vinátta sem hefur einnig stutt við starfið og framþróun þess.

4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Félagasamtökin Hugarafli koma mjög sterkt inn í þjónustuna. Samstarf notenda og fagfólks er mjög náið og Hugarafismenn sinna miklu sjálfbóðaliðastarfi. Þegar farið er á fundi til dæmis hjá opinberum aðilum er það starfsregla að þátttakendur komi frá báðum hópum, þ.e. faghópi og notendahópi. Fræðsluerindi og umræða í fjölmiðlum hefur líka einkennst markvisst af þessu samstarfi. Samvinna þessi hefur skilað miklum árangri og aðilum hefur líkað vel við að fá inn bæði sjónarhornin.

Eins og fram hefur komið eru einnig tveir notendur frá Hugarafli inni í teymi Geðheilsu-eftirfygldar. Sameiginlega taka fagfólk og notendur nýliðaviðtöl, fara í heimavitjanir, sinna hópastarfi saman og kynningarstarfi út á við. Hugarafli er sjálfstæð eining hvað varðar fjármagn og hefur þannig getað kostað til við eigin verkefni s.s. bæklingagerð, heimasíðu Hugarafls, ferðir til útlanda til að viðhalda hugmyndafræðinni og fleira.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Hugarafli tekur virkan þátt í daglegu starfi Geðheilsu-eftirfylgdar, mótun og þróun. Eins er Hugarafli í húsnæði stöðvarinnar og samstarf því aðgengilegt. Hugarafli menn eru virkir við ýmis verkefni í dagsins önn, s.s. símsvörun, að taka á móti fólki, sinnir Samherjaþjónustu þ.e. notendur styðja notendur(stuðningsviðtöl), Geðfræðslu í grunn-og framhaldsskólum, einnig kynningu og fræðslu á geðdeildum og víðar og fleira. Fagfólk stöðvarinnar er ávallt til taks, veitir handleiðslu og stuðning ef með þarf.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Geðheilsa-eftirfylgd og Hugarafli, starfa innan Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðis og flokkast undir að vera miðlæg þjónusta. Þannig geta þeir sem leita þjónustunnar komið frá öllu höfuðborgarsvæðinu, ekki bundið ákveðnu hverfi eða heilsugæslustöð. Frá Heilbrigðisráðuneytinu kemur ákveðið fjármagn til Heilsugæslunnar á hverju ári sem er „eyrnamerkt“ stöðinni. Ábyrgð á rekstri og fjárhag ber forstöðumaður/iðjuþjálfinn og yfir honum stjórn sýla Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðis. Lækningarforstjóri er næsti yfirmaður iðjuþjálfans og þar yfir forstjóri Heilsugæslunnar. Hugarafli er sem áður segir sjálfstæð eining innan stöðvarinnar, með eigin fjárhag, kennitölu og stjórn. Fjármagn Hugarafli rennur þannig ekki inn í heildarrekstur stöðvarinnar. Hugarafli hefur ekki verið styrkt sérstaklega á fjárlögum heldur verið rekið af strykjum og sérstöku framlagi til einstakra verkefna eins og Geðfræðslu og Samherjaverkefnið.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

- a) Hvernig er þetta verkefni fjármagnað? Geðheilsa-eftirfylgd er fjármagnað af ríkinu, Heilbrigðisráðuneyti. Fjármagn sett til Heilsugæslunnar sem heldur utan um rekstur. Hugarafli er styrkt af sjálfsaflafé og strykjum. Ekkert fast framlag fer til Hugarafli fyrir utan aðgang að húsnæði.
- b) Hvernig er aðkoma/stuðningi ríkisins háttað? Heilbrigðisráðuneytið
- c) Hvernig er aðkoma/stuðningi sveitarfélags/a háttað? Reykjavíkurborg hefur styrkt einstaka samstarfsverkefni Hugarafli.
- d) Hvernig er aðkoma/stuðningi félagasamtaka háttað? Hugarafli hefur eigin fjárhag og því verða til sjálfstæð verkefni innan hópsins sem eru ekki háð

fjármagni stöðvarinnar.

- e) Aðrar fjármögnunarleiðir, t.d. einstaklingar, sjóðir o.s.frv. Sparisjóðurinn styrkti Hugarafli sérstaklega vegna Geðfræðslu Hugarafis og notendastarfa, stór fyrirtæki hafa styrkt starfið, Sorpa styrkti einnig Geðfræðslu Hugarafis, eins og sótt hefur verið um Pokasjóð en yfirleitt hafnað. Landbankinn og Baugur hafa styrkt starfið einnig.

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Geðheilsa-eftirfylgd var metin árið 2005(þá eftir tvö ár) og árangur varð til þess að starfsemin var fest í sessi af þáverandi heilbrigðisráðherra Jóni Kristjánssyni, bætt við tveimur 100% stöðugildum og aðstaða endurnýjuð. Síðan hafa verið teknar saman tölur um aukningu skjólstaðinag og umsagnir frá notendum og aðstandendum verið nýttar virkt til þróunar og endurskoðunar.
„Það er kraftur í þessu“ er bs verkefni á vegum Háskólans á Akureyri og iðjubjálfa Sylviane L. Pétursson og Huldu Birgisdóttur, þar sem starfssemi Hugarafis var tekin út.

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

- a) Var það gert eftir ákveðin tíma? Eftir tvö ár var formlegt mat gert með símakönnun og fundum aðila frá Landspítala, Tryggingastofnun og Heilsugæslunni. Skrifuð var skýrsla með niðurstöðum. Síðan hefur farið fram óformlegra mat einu sinni á ári sem byggist á umsögnum notenda stöðvarinnar og Hugarafis, einnig samantekt yfir árið sett í skýrslu.
- b) Er það gert með reglubundnu mati? Mat er ekki alveg reglubundið en reynt að sinna því árlega að einhverju leiti.

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

Almenn ánægja með nálgun, forvarnir og auðvelt aðgengi. Að stuðlað sé fyrir að snemmtækri íhlutun og forvörnum sem skilar færri innlagnardögum, einnig hægt að útskrifa einstaklinga fyrr frá Landspítala og eftirfylgdin tekur við. Nálgun persónuleg sem skilar einstaklingum áfram í bataferli, mikil fjölskylduvinna sem byggist á tengslaneti og auðveldar aðstandendum aðgengi að annarri þjónustu. Hugmyndafræði hefur fest sig í sessi og haft áhrif á nálgun innan geðheilbrigðiskerfis. Nýsköpun hefur orðið til í formi verkefna þar sem notendur nýta reynslu sína af geðröskunum markvisst. Samstarf notenda og fagfólks hefur stuðlað að framförum

einstaklinga í bataferli, einnig fleytt fram þróun verkefna. Samstarfið hefur vakið athygli, víðast hvar á mjög jákvæðan hátt. Ýmis verkefni sem Hugarafli hefur staðið fyrir hefur stuðlað að breyttri nálgun í Geðheilbrigðiskerfinu og kynnt fyrir almenningi nýja sýn. Fjöldi viðurkenninga vitnar til um þetta.

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

12. Til hvers/hverra er hægt að leita til þessa þó fá nánari upplýsingar um verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

13. Aðsetur/heimilisfang Geðheilsa-eftirfylgd og Hugarafli,

Álfabakka 16, jarðhæð, 109 Reykjavík

s.4141550 og 8212183

audur.axelsdottir@heilsugaeslan.is og hugarafi@hugarafi.is

14. Vefsíða, www.heilsugaeslan.is og www.hugarafi.is

HLUTVERKASETUR

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

- Heiti: Hlutverkasetur. Leiðarljós Hlutverkaseturs er virk samfélagsþátttaka til að fyrirbyggja heilsubrest og niðurbrot sem eru algengir fylgikvillar aðgerðarleysis. Fyrirtækið sérhæfir sig í að aðstoða einstaklinga sem einhverra hluta vegna hafa misst mikilvæg hlutverk, hafa ekki náð að tengjast atvinnumarkaði eða hrökklast út af honum. Einstaklingar koma í Hlutverkasetrið að eigin frumkvæði og á eigin forsendum. Hlutverkasetur gengur út frá því að allir geti lagt eitthvað af mörkum og hvetur þá sem mæta, þegar þeir treysta sér til að bjóða fram krafta sína og þekkingu.
- Markmið: Komast út á almennan vinnumarkað, fara í nám, auka lífsgæði sín, að koma reglu á lífið, brjóta einangrun, að kynnast fólki og að efla félagsfærni.
- Markhópur: Opið fyrir alla sem vilja halda sér virkum, koma skipulagi á daginn eða að bæta líf sitt.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

Félagið AE starfsendurhæfing sem rekur Hlutverkasetur var stofnað í maí 2005. Ástæðan var fjölgun öryrkja vegna geðraskana síðustu áratugina. Tengiliður Hlutverkaseturs hafði sem iðjubjálfi unnið; í geðrænni endurhæfingu frá 1979, starfað með grasrótinni, komið að fjölmörgum samstarfverkefnum í geðheilbrigðismálum og gert bata/notendarannsókn við Háskólann á Akureyri (fylgiskjal 1 og 2). Niðurstöður batarannsóknna sýna að einstaklingar með geðraskanir nýta sér fjölbreyttar leiðir til að ná tökum á eigin lífi og undirstrika mikilvægi eftirfylgni í nærumhverfi og mikilvægi atvinnuþátttöku í bataferlinu. Þeir sem stunduðu Hugarafl á árunum 2003 – 2004 tóku þátt í að móta upprunalegar hugmyndir um starfsemi og markmið Hlutverkaseturs (fylgiskjal 3). Tengiliður fór á brautargengisnámskeið fyrir konur hjá IMPRU og gerði viðskiptaáætlun um Hlutverkasetur sem valin var áhugaverðasta viðskipahugmyndin árið 2004 (fylgiskjal 4). Starfsemi Hlutverkaseturs hófst snemma árs 2007 að Lækjargötu 4, flutti síðan um sumarið að Laugavegi 26. Í nóvember 2009 flutti starfsemin í núverandi húsnæði að Borgartúni 1. Eftir efnahagshrunið 2008 var starfsemin aðlöguð breyttum aðstæðum í íslensku samfélagi og allir boðnir að taka þátt sem töldu sig geta nýtt sér starfssemina. Atvinnuleitendur og öryrkjar hafa síðan þá einnig stundað Hlutverkasetur og starfsemin hefur því breyst frá sértæku úrræði í almennt.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við

verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Í batarannsókn tengiliðs kom skýrt fram að þeir sem náð höfðu tökum á eigi lífi þrátt fyrir alvarlegar geðraskanir höfðu reynslu af valdeflingu. Það gat verið í tengslum við samferðarmenn, vini, ættingja, fagfólk eða þjónustuna. Valdefling snérist um að sjálfskilningur þeirra breytist. Frá því að vera þiggjendur höfðu þeir uppgötvað hæfileika sem þeir nýttu til að láta gott af sér leiða eða fengu tækifæri til að aðstoða aðra. Þeir höfðu verið í umhverfi þar sem tekið var mark á þeim, þeir fengu von um betri tíð, gátu haft áhrif á þjónustuna, aðstoðina, lífið og tilveruna. Breyttur sjálfskilningur var huglæg tilfinning, sem í gegnum tengsl manna á milli, ýtti undir sjálfsákvörðunarrétt, sjálfsvirðingu og sjálfsmat og hafði áhrif á félagsstöðu. Hugtakið valdefling tengdist auknum lífsgæðum og mannréttindum. Á þessum áherslum notenda er starfsemi Hlutverkaseturs byggð.

4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Þeir sem mæta á staðinn eru í stöðugum samskiptum við þá sem reka staðinn og hafa áhrif á mótun hans og skipulag. Starfsemi Hlutverkaseturs speglar því áherslur þeirra sem mæta hverju sinni og er í stöðugri þróun. Þeir sem mæta á staðinn koma af því að þeir vilja það sjálfir, þeir ákveða hvenær þeir mæta, hvað þeir taki þátt í, hvort þeir þiggja aðstoð og/eða gefa af sér. Vikulegir fundir eru haldnir til að athuga hvort staðurinn sé að spegla áherslur þátttakenda. Starfsfólksfundir eru einu sinni í viku og þátttakendur eru velkomnir að taka þátt ef þeir óska þess. Ársfundur Hlutverkaseturs eru opin og þar er einnig hægt að koma á framfæri ábendingum. Stjórn Hlutverkaseturs gefur þátttakendum reglulega tækifæri á að nálgast sig með því að taka þátt í reglulegum viðburðum, koma á starfsdaga, vorhátíð, litlu jólin, uppákomur, sýningar og fleira. Þátttakendur frá öðrum félagasamtökum eins og Geðhjálp, Geysi, Hugarafli hafa áhrif með því að nýta sér ýmiss námskeið og fá aðstoð við að halda eigin námskeið. Þeir eins og aðrir sem mæta geta því haft áhrif á starfsemina.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Meirihluti starfsmanna (80%) er með reynslu af geðröskunum. Notendasýnin er því tryggð í daglegri starfsemi. Starfsmenn geta haft samband við stjórnarmeðlimi þegar þeir óska þess. Starfsemi félagsins skiptist í fjögur megin svið og hvert svið er sjálfstætt og starfsmenn sem vinna á hverju sviði bera ábyrgð á sínu verkefni.

1. Atvinnuleg endurhæfing/virkni.
2. Notandi spyr notanda (NsN)/Valdefling í verki. NsN er gæðapróunarverkefni sem metur geðheilbrigðisþjónustuna út frá sýn

notenda. Gerðar hafa verið úttektir á íbúðarkjörnum, geðdeildum, athvörfum og virknimiðstöðvum. Málþing “Valdefling í verki” í samvinnu við velferðarráðuneytið, Rauða kross Íslands eru haldin fjórum sinnum á ári á landsbyggðinni. Markmiðin með þessum málþingum er að fræða landsbyggðina um valdeflingu og á hvern hátt hún birtist. Notendabekking og reynsla er það höfð í fyrirrúmi.

3. Geðræktarnámskeið/fræðsla.
4. Sértek verkefni/námskeið. Námskeiðshaldarar eru annað hvort verktakar eða sjálfboðaliðar. Námskeiðin eru fjölbreytt og ólík.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Hlutverkasetur er einkafyrirtæki sem byggir á þjónustusamningum án arðgreiðsla. Sæunn Stefánsdóttir, verkefnistjóri rektors HÍ er stjórnarformaður og Þórólfur Árnason, fyrrverandi borgarstjóri og forstjóri Skýrr er varaformaður. Aðrir í stjórn eru Andri Árnason, lögmaður, Árni Gunnarsson, fyrrverandi alþingismaður og framkvæmdarstjóri Heilsustofnunar NLF í Hveragerði, Jóhanna E. Vilhelmsdóttir, tengiliður atvinnuleitenda hjá VR og varamaður er Elín Ebba Ásmundsdóttir, dósent við HA og framkvæmdarstjóri Hlutverkaseturs. Stjórnin ber fjárhagslega ábyrgð á starfseminni. Framkvæmdarstjóri ber ábyrgð á faglegu innihaldi starfseminnar. Starfsemin er skipt upp í fjögur megin svið þar sem hver og einn starfsmaður ber ábyrgð á sínu verkefni. Sjá nánar við svar á spurningu 5.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Hlutverkasetur er í samstarfi við eftirfarandi aðila sem jafnframt styðja setrið með fjárframlögum: Reykjavíkurborg, Sjúkrasjóður Íslands, VR, Virk, mennta- og velferðarráðuneytið. Hlutverkasetur hefur einnig hlotið styrki frá Nord plus, Evrópusambandinu og mótvægisjóði velferðarvaktarinnar.

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Þar sem fólk kemur að eigin frumkvæði mæta aðeins þeir sem eru að fá eitthvað út úr starfseminni. Að meðaltali koma um 50 einstaklingar á dag og nýta sér starfsemina einstaklingsbundið.

Þeir sem stunda atvinnulega endurhæfingu fylla út spurningarlista sem metur heilsutengd lífsgæði.

Þátttökuathuganir voru gerðar í Hlutverkasetri dagana 14. október 2009, 17. og 19. maí 2010 og 17. og 18. febrúar 2011. Markmiðið var að kanna reynslu þátttakenda af starfseminni. Af hverju stundar fólk staðinn og hvaða þýðingu þátttakan hefdi á líf þess. Fyrsta þáttökurannsóknin var hluti af námsverkefni Védísar Drafnardóttir í fötlunarfræðum. Síðari tvær athuganirnar fóru fram að beiðni framkvæmdarstjóra Hlutverkaseturs sem hluti af gæðaeftirliti vegna þjónustusamninga Hlutverkaseturs. Rannsakandi er í meistaranámi í fötlunarfræði við HÍ, er viðskiptafræðingur, og hefur reynslu af líkamlegum og geðrænum veikindum. Hann hefur jafnframt starfað við gæðaþróunarverkefnið Notandi spyr notanda, (NsN) sl. þrjú ár. NsN byggir á eigindlegum rannsóknaraðferðum eins og þátttökuathugun. Meginmarkmið NsN er að kanna stöðu, ímynd, upplifun og reynslu einstaklinga með geðraskanir og fá sýn þeirra á velferðarþjónustunni. Árið 2009 og 2010 var rætt við þrjátíu og fimm einstaklinga og árið 2011 við tuttugu. Aldur þeirra var frá 25 – 60 ára. Í fyrstu athugunum var þriðjungur karlmenn og allir viðmælendur bjuggu á höfuðborgarsvæðinu nema einn. Í seinni voru 11 konur og 9 karlar. Sex af þessum tuttugu voru atvinnulausir og einn þeirra var erlendur. Þeir sem voru atvinnulausir höfðu verið það í meir en eitt ár. Rannsakandi spurði ekki sérstaklega um bakgrunn viðmælenda, en þær upplýsingar komu frá viðmælendum sjálfum. Meirihluti viðmælenda í öllum þrem þátttökuathugunum sagðist eiga við sálfélagsleg vandamál að stríða (ýmsar geðraskanir).

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

Rannsakandi nýtti vettvangsrannsókn og hafði fræðilegt sjónarhorn fyrirbærafræðarinnar sem leiðarljós í öflun og túlkun gagna. Upplýsingum var safnað saman á kerfisbundinn hátt á vettvangi. Rannsakandinn deilir aðstæðum þeirra sem taka þátt og öðlast þannig þekkingu á lífi þeirra og aðstæðum. Milliliðalaust lærir hann um daglegt líf þeirra og fylgist með því sem fyrir augu og eyru ber. Áherslan er á daglegt líf, hugsanir og athafnir. Rannsakandi lét viðmælendur vita af tilgangi sínum. Hann tók þátt í þeim umræðum sem voru á staðnum og fylgdi eftir með spurningum til að auka skilning á viðfangsefninu. Að lokinni hverri heimsókn voru nákvæmar vettvangsnótur skrifaðar sem og athugasemdir rannsakanda. Helstu þemu voru síðan dregin fram ásamt beinum tilvitnun frá þátttakendum sem sett var saman í skýrslu (fylgiskjal 7)

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

Helstu niðurstöður matsins 2009- 2010 var samkenndin sem þátttakendur fundu fyrir á staðnum. Eins kunnu þátttakendur að meta að þeir hefðu tækifæri á að vera með öðrum sem voru í svipuðum aðstæðum og þeir. Aukin lífsgæði fólust fyrst og fremst í vináttutengslum sem mynduðust og samkenndinni sem skapaðist á staðnum. Að eignast vini og komast út úr einangrun hafði haft mest jákvæð áhrif á líðan og heilsu þeirra. Í úttektinni 2011 var viðmótið á staðnum og heimilisbragurinn sem oftast var dregið fram og viðmælendur settu í fyrsta sæti sem mikilvægast.

Önnur þemu sem komu fram 2009 – 2010 voru: að eiga val, tilheyra hópi, brjótast út úr einangrun, búa til ramma í kringum tilveruna, fá hlutverk og að geta séð fyrir sér bjartari framtíð. Þemu sem komu fram 2011 og ekki tengdust viðmóti né heimilisanda voru: að koma á eigin forsendum, ekkert þátttökugjald, að komast út úr einangrun, hlutverkið vinur, hafa dagskipulag, aukin virkni og von um betri tíð.

Þar sem mæting er frjáls og aðeins þeir sem eru að fá eitthvað út úr staðnum mæta voru frásagnir yfirleitt jákvæðar. Það sem þótti helst skorta var að einstaka þátttakendur vildi hafa fleiri sérfræðinga á staðnum til að takast á við fjölbætt vandamál, en aðrir sögðu að þeir fengu bæði viðtöl og stuðning ef þeir bæðu um það. Margir þátttakendur voru í góðum tengslum við fagaðila út í bæ. Helsta gagnrýnin sem kom fram tengdist kennurum námskeiðanna. Frásagnir viðmælenda staðfesti að kennarar í Hlutverkasetri eru ólíkir, sumir eru með langa reynslu meðan aðrir hafa litla sem enga reynslu í kennslu. Fólki sem átt hefur við sálfélagleg vandmál eða er atvinnulaust er gefið tækifæri á að spreyta sig í mismunandi hlutverkum. Einstaka þátttakendur höfðu ekki áttað sig á að verið sé að gefa fólki tækifæri í að prófa sig áfram til að virkja áhugahvöt og virkni. Rannsakandi benti forsvarsmönnum Hlutverkaseturs á að draga betur fram þessa nýsköpun í bataferlinu til að koma í veg fyrir frekari misskilning.

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

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

SETRIÐ - GEÐRÆKTARMÍÐSTÖÐ

1. Hver er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

Setrið, geðræktarmiðstöð er batahvetjandi stuðningsúrræði fyrir einstaklinga innan Þingeyjarsýslu sem búa, eða hafa búið við geðraskanir, atvinnuleysi og/eða alvarleg veikindi með þeim afleiðingum að lífsgæði þeirra hafa skerst.

Markmið Setursins eru m.a. að efla sjálfstraust og ábyrgð til félagslegrar þátttöku, að auka færni til samskipta, að efla þátttöku í ýmiskonar iðju, að efla virkni og þátttöku í daglegu lífi, að efla trú eigin áhrifamátt, að draga úr fordómum gegn geðröskunum, að draga úr neikvæðum áhrifum geðraskana á einstaklinga, fjölskyldur og samfélagið í heild, að fækka innlögnum á geðdeildir og að efla geðheilbrigði.

Setrið er samstarfsverkefni Félagsþjónustu Norðurlþings, Félags- og tryggingamálaráðuneytis og Húsavíkurdeildar Rauða kross Íslands.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegn var verkefnið/þjónustan set á laggirnar?

upphafi var um að ræða tilraunaverkefni frá 10. október 200 til 31. desember 200 en samningagerð stendur yfir við Félags- og tryggingamálaráðuneytið og Rauða Kross Íslands út árið 2010 um þátttöku í rekstri Seturs. Starfsmenn eru tveir, forstöðumaður í 50% starfshlutfalli (var lækkað um mitt árið úr 100%), starfsmaður í 70% starfi og einn notandi í 15% starfshlutfalli á örorkuvinnusamningi.

Fólk sem býr út á landi og veikist af geðsjúkdómi stendur oft frammi fyrir því að þurfa að sækja sér geðheilbrigðisþjónustu um langan veg. Fyrir veikan einstakling getur það verið bæði kvíða- og streituvaldandi, jafnvel ógerlegt. Samfara veikindunum detta margir út af vinnumarkaði til lengri eða skemmri tíma, ákveðin einangrun og fjárhagslegt óöryggi blasir við þeim. Mikilvægt er því að fjölga batahvetjandi úrræðum fyrir fólk með geðraskanir í þeirra nærumhverfi. Með því skapast auknir möguleikar á skilvirkari eftirfylgd eftir innlögnum á geðdeild. Einnig gefst einstaklingum betra tækifæri til að vinna

heildrænt að sínum bata í raunverulegum aðstæðum, nær fjölskyldu og vinum sem oft er þeirra mikilvægasti stuðningur og tengslanet. Þeir sem eru félagslega einangraðir og með veikt tengslanet geta þá nýtt þau úrræði sem eru í þeirra heimabyggð sem sitt tengslanet og einnig fengið stuðning við að rjúfa einangrun sína í raunverulegum aðstæðum.

Forsögu Setursins má rekja til þess að í janúar 2005 var stofnaður stuðningshópur fagaðila um geðheilbrigði Þingeyjarsýslum. Hópurinn sem kallar sig Bakhjarl samanstendur af aðilum frá Fjölskylduþjónustu Þingeyinga, Húsavíkurdeild Rauða Kross Íslands, Heilbrigðis-



Þingeyinga, Sjálfsbjörgu og sóknarpresti Húsavíkur. Megin markmið Bakhjarls er að beita sér fyrir bættri geðheilbrigðisþjónustu í Þingeyjasýslum og fjölga þar batahvetjandi úrræðum.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/ þjónustuna/ úrræðið?

Mikil vinna hefur verið lögð í að móta starf Setursins og er í stöðugri þróun. Lagt er upp úr að vinna sem mest á jafnréttisgrundvelli, notendur séu virkir þátttakendur í að móta starfsemina og að þjónustan sé löguð að þeirra þörfum. Við sem þar störfum leggjum okkur fram um að vinna að valdeflingu einstaklingsins, notendur fá tækifæri til að koma sínum sjónarmiðum á framfæri á reglulegum húsfundum þar sem verið er að taka fyrir og móta starfsemi Setursins. Þar er lögð áhersla á að einstaklingarnir fái að nýta styrkleika sína, þroska þá og öðlast sem innihaldsríkast líf. Í Setrinu vinnur fólk m.a. við handverk af ýmsu tagi, myndvinnslu og heimasíðugerð í tölvu, bakstur og eldamennsku, útivist og slökun ásamt ýmsum öðrum verkefnum. Einnig hafa verið farnar styttri ferðir til að njóta menningarviðburða s.s. í leikhús og listasýningar. Til að efla starfið eru ýmis námskeið og fræðsla reglulega í boði fyrir notendur. Í Setrinu er lögð áhersla á að veita einstaklingsmiðaða þjónustu og að mæta hverjum og einum þar sem hann er staddur hverju sinni

4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Setrið hefur fengið jákvæðar viðtökur hjá notendum, aðstandendum og samfélaginu í heild. Einnig hefur myndast gott samstarf við aðra aðila á svæðinu sem sinna geðheilbrigðisþjónustu s.s. Heilbrigðisstofnun Þingeyinga og Geðdeildarinnar á Fjórðungssjúkrahúsi Akureyrar. Ýmis félagasamtök hafa styrkt starfsemina frá upphafi bæði með fjárstuðningi og styrkjum í formi gjafa. Einnig hafa einstaklingar úr samfélaginu fært Setrinu gjafir til handverks og ýmissa annarra hluta s.s. húsbúnaðar. Námskeið, fyrirlestrar og ýmis fræðsla hefur verið Setrinu að kosnaðarlausu þar sem hlutaðeigendur hafa gefið vinnu sína.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Notendur taka virkan þátt í því sem fram fer í Setrinu og skipta þá með sér verkum og ábyrgð. Þegar verið er að undirbúa ýmis verkefni skipa starfsmenn og notendur í undirbúninghópa til að fylgja verkefnunum eftir. Notendur taka þátt í verkefnum eins og „List án landamæra“ þar sem þeir hafa verið með listsýningar og kaffihús. Einnig hafa notendur tekið virkan þátt í ráðstefnum sem haldnar hafa verið um geðheilbrigðismál, þar sem þeir hafa verið með erindi og tekið þátt í undirbúningi.

Notendur reka og sjá alfarið um nytjamarkaðinn „Kynlega kvisti“ og rennur allur ágóði til góðgerðarmála. Út frá Setrinu spratt upp afleggjari sem kallar sig Sólsetrið. Sú geðræktarmiðstöð er tilkomin vegna fjarlægðar Setursins frá öðrum þjónustusvæðum þess. Þar halda notendur að mestu utan um sína starfsemi með Setrið sem sinn bakhjarl. Engu að síður nýta þau sér þjónustu Setursins þegar þau geta.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Setrið er samstarfsverkefni Félagsþjónustu Norðurlands, Félags- og tryggingamálaráðuneytis og Húsavíkurdeildar Rauða kross Íslands.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

15. Hvernig er þetta verkefni fjármagnað?

16. Hvernig er aðkoma/stuðningi ríkisins háttað?

17. Hvernig er aðkoma/stuðningi sveitarfélags/a háttað?

18. Hvernig er aðkoma/stuðningi félagasamtaka háttað?

19. Aðrar fjármögnunarleiðir, t.d. einstaklingar, sjóðir o.s.frv.

- Félagsþjónusta Norðurlands: - verkefnisstjórn, rekstur og fjárframlag
- Félagsmálaráðuneyti: fjárframlag og gæðaeftirlit
- Húsavíkurdeild Rauða kross Íslands – framlag og verkefnisstjórn
- Heilbrigðisstofnun Þingeyinga – faglegt samstarf, verkefnaskipti Þingeyskt samfélag – fyrirtæki, félagasamtök og einstaklingar með fjárframlögum, öðrum gjöfum og sjálfboðnu starfi

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Framvinduskýrsla var unnin af Þekkingarsetri Þingeyinga á starfsemi Setursins árið 2007.

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

a) Var það gert eftir ákveðin tíma?

Framvinduskýrslan var unnin eftir fyrsta starfsár Seturs. Upplýsingar um bakgrunn og sögu Setursins voru fengnar frá Félagsþjónustu Norðurþings. Spruningarlistar voru lagðir fyrir notendur, aðstandendur og fagaðila. Þekkingarsetrið bar ábyrgð á allri úrvinnslu gagna.

b) Er það gert með reglubundnu mati?

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

Meginniðurstaða skýrslunnar var sú að Setrið hafi batahvetjandi áhrif á notendur og 64% aðstandenda notenda töldu að þátttaka ástvarnar síns hafi haft jákvæð áhrif fyrir sig. Allir samstarfsaðilar töldu að þátttaka í Setrinu geti fækkað innlögnum á geðdeildir sjúkrahúsa og viðhaldið bata skjólstæðinga Setursins.

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

a) Til hvers/hverra er hægt að leita til þessa og fá nánari upplýsingar um verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

b) Aðsetur/heimilisfang

Setrið, Árgötu 12. 640 Húsavík. Sími: 464-1740

Forstöðumaður: Alma Lilja Ævarsdóttir.

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

VSL- virkjum, styðjum, leysum

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

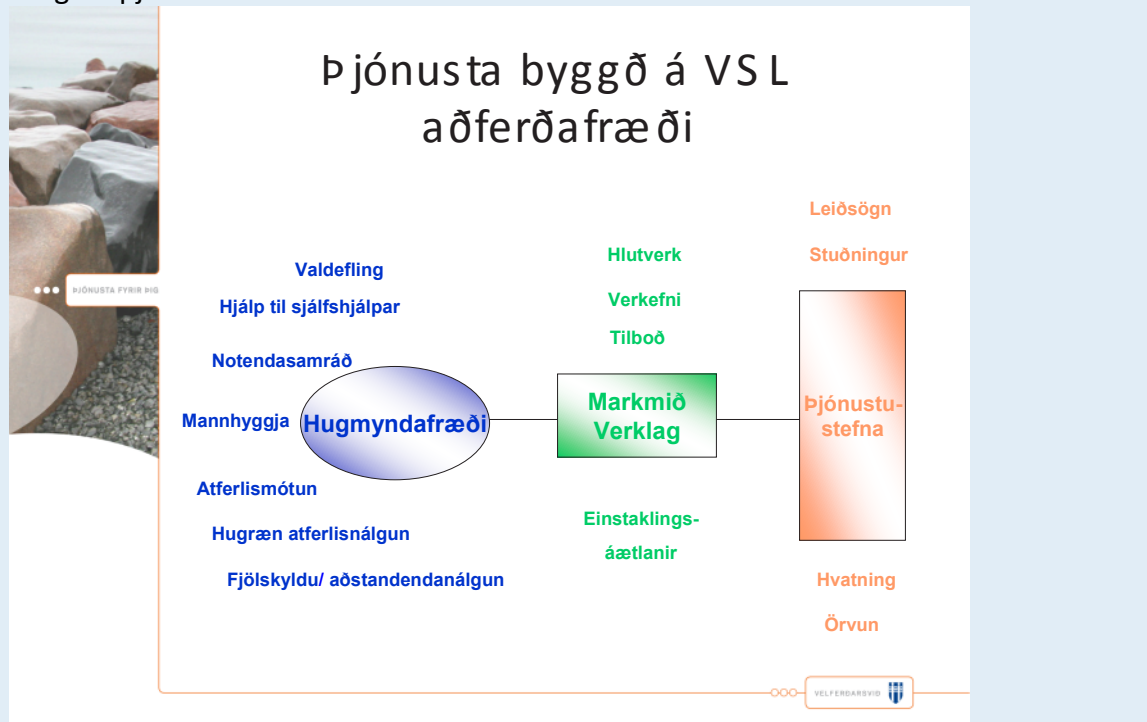
Aðferðafræði VSL sem stendur fyrir „virkjum, styðjum og leysum“ var þróuð á búsetuendurhæfingarheimili fyrir geðfatlaða sem rekin er á vegum Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar og er einkum ætlað einstaklingum sem hafa mikla þjónustubörf og/eða hæfni til að nýta sér búsetuendurhæfingu í nærsamfélaginu. Í stefnu Velferðarsviðs um þjónustu við geðfatlaða, sem unnin var í samvinnu við hagsmunasamtök, er m.a. lögð áhersla á að notendur séu virkjaðir til aukinnar ábyrgðar, þátttöku á eigin forsendum út frá notendasamráði, valdeflingu og hjálp til sjálfshjálpar. Þannig hafa notendur sjálfir vald til að taka ákvarðanir um eigið líf en fá markvissan stuðning til þess að finna þá leið sem er farsælust hverju sinni. VSL aðferðafræðin er fagleg en um leið hagnýt aðferð til þess að uppfylla stefnu sviðsins um framkvæmd þjónustu við geðfatlaða.

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

VSL aðferðafræðin þróaðist í nærþjónustu með notendum á árunum 2006-2008 og hefur verið í framkvæmd síðan. Almennt má segja að þessi aðferðafræði hafi fengið góðar viðtökur m.a. hjá notendum, aðstandendum og hagsmunafélögum (Hugarafli, Geðhjálp og ÖBI). Umtalsverðar framfarir í bata og virkni til samfélagslegrar þátttöku hefur orðið hjá notendum þjónustunnar. Þannig má nefna að árið 2008 var virkni notanda til samfélagslegrar þátttöku var um 30% en árið 2010 var hún komin upp í 60%, án sértækra átaksverkefna um dagþjónustu.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Valdefling er einn af sjö undirþáttum VSL en aðrir þættir eru: hjálp til sjálfshjálpar, notendasamráð, mannhygga, atferlismótun, hugræn atferlismótun og fjölskylduvinna. Verklag þjónustunnar byggist á því að allir notendur setja sér eigin markmið í 7 undirflokkum og má þar nefna matseld, heimilishald, hlutverk, samfélagsþátttöku o.fl. Í samvinnu við starfsfólk getur notandi valið um fjóra undirþætti þjónustustefnu; hvatningu, stuðning, leiðsögn eða örvun. Með þessu móti er ýtt undir vald og ábyrgð notenda þjónustunnar og haft er að leiðarljósi að viðkomandi fái stuðning við athafnir og til að auka hæfni og færni í eigin umhverfi. Með þessu móti er reynt að tryggja valdeflingu íbúa og koma í veg fyrir að starfsfólk taki forræði af viðkomandi með röngum þjónustuáherslum.



4. Hver er þáttur félagasamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Hagsmuna og félagasamtök hafa bæði komið að stefnumótun sem og nánari þróun á aðferðafræðinni með setu í starfshópum.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Notendur hafa komið óbeint að stjórnun og rekstri búsetuendurhæfingaheimilis með setu í starfshóp um starfsáætlun þjónustuúrræðis. Fulltrúar notenda (hagsmunasamtaka) hafa setið í starfshópi vegna heildaruppbyggingar Reykjavíkurborgar á þjónustu við geðfatlaða.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Öll þjónusta við geðfatlaða í sértækri búsetu (rúmlega eitthundrað einstaklingar) fylgir aðferðafræði VSL. Forstöðumenn búsetukjarna bera ábyrgð á daglegri þjónustu og verklagi. Forstöðumenn heyra beint undir framkvæmdastjóra þjónustumiðstöðva en allir forstöðumenn funda með verkefnastjóra vegna stefnumótunar og þróun á verklagi þjónustunnar eða VSL.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

- a) Hvernig er þetta verkefni fjármagnað?
Þjónusta við geðfatlaða (félagsleg heimaþjónusta, liðveisla og frekari liðveisla) byggir á þjónustusamningi Reykjavíkurborgar og ríkisins.
- b) Hvernig er aðkoma/stuðningi ríkisins háttað?
Ríkið ber ábyrgð á eftirliti á framkvæmd þjónustusamnings.
- c) Hvernig er aðkoma/stuðningi sveitarfélags/a háttað?
Sveitarfélagið ber ábyrgð á allri framkvæmd þjónustunnar byggt á þjónustusamningi við ríkið.
- d) Hvernig er aðkoma/stuðningi félagasamtaka háttað?
Félagasamtök/hagsmunasamtök hafa tekið þátt í heildaruppbyggingu á þjónustu við notendur í gegnum starfshópa. Ennfremur hefur sveitarfélagið gert ýmsa þjónustusamninga um kaup á þjónustu frá félagasamtökum t.d. úttekt á þjónustu, þjónustu til að auka notendasamráð o.fl.
- e) Aðrar fjármögnunarleiðir, t.d. einstaklingar, sjóðir o.s.frv.
nei

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Sveitarfélagið hefur sjálft gert úttekt á búsetuendurhæfingarheimili sem vinnur eftir VSL og voru megin niðurstöður: unnið er út frá notendasamráði, notendur upplifa stuðning starfsmanna við framfylgd einstaklingsáætlana, allir viðmælendur sögðust sjá árangur af notkun einstaklingsáætlana og að endurskoðun þeirra væri einn af árangurstengdum þáttum bata o.fl. Ein af megin niðurstöðum úttektar var að einstaklingar sem höfðu lokið búsetuendurhæfingu voru í auknu mæli í bataferli í langtímabúsetu en þeir einstaklingar sem ekki höfðu fengið tækifæri á búsetuendurhæfingu. Notendur voru lengra komnir er varðar valdeflingu, hjálp til sjálfshjálpar og notendasamráð. Gert er ráð fyrir að notendur í Hlutverkasetri muni gera úttektir á þremur sértækum búsetuúrræðum á árinu 2011.

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

a) Var það gert eftir ákveðin tíma?

Markmið á úttekt á þjónustu varðar fjárhagslegar forsendur sem og faglegar forsendur. Sérfræðingur á miðlægri skrifstofu velferðarmála gerði úttekt á umræddri þjónustu. Rætt var við stjórnendur, starfsfólk og notendur. Horft var til hversu lengi notandi hafði fengið þjónustu og var þannig rætt við einstaklinga sem höfðu nýlega hafið búsetuendurhæfingu, þá sem voru rúmlega hálfnaðir með ferlið og að lokum einstaklinga sem höfðu lokið búsetuendurhæfingu.

b) Er það gert með reglubundnu mati?

Já, tölulegaur upplýsingar voru notaðar (m.a. þjónustuþyngd) og byggt var á aðferðum eigindlegra rannsóknaraðferða.

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

Sjá svar í spurningu 8

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

a) Til hvers/hverra er hægt að leita til þessa ð fá nánari upplýsingar um verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Jónu Rut Guðmundsdóttur, verkefnastjóra skrifstofu Velferðarsviðs
Reykjavíkurborgar, jona.rut.gudmundsdottir@reykjavik.is

b) Aðsetur/heimilisfang

Borgartún 12-14, 105 Reykjavík

DANMÖRK

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 café 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 psykiatribrunderbevægelses arbejde med tankegange om recovery, empowerment og inklusion.

LAP fik idéen til Vendepunkter, fordi psykiatribrunderne ikke længere fandt det tilfredsstillende blot at benytte egne væresteder, og behovet for at deltage i samfundet pressede sig på. Psykiatribrundernes 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 psykiatribrundernes 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 í 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 projektet/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 að handleg 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 karftfuld handlen. 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 psykiatribruget, 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 psykiatribruget, 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 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 organisationer i projektet/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 afviklerr i en frivillig organisering, hvor brugernes synsvikler, behov og situation, er det der er afsæt 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 fermed 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 brugere i dette projektet/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 projektet/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 kommuneer. Midler der søges årligt. Det er Brugerorganisationen LAP der søger om midlerne og er økonomiansvarliger.

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

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

En ander af vores projekter er et metodeudviklingsprojekt finansieret af socialdirektoratet og arbejdsmarkeddirektortet i fællesskab, i 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 financeret enten gennem ansøgning af puljemidler eller ved at der er givet bevilling 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 fra 18 midler til frivilligt socialt arbejde. Samt bevilger til godkendte specifikt ansøgte projekter.

Hvilken støtte får projektet fra frivillige organisationer?

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

8. Er det blevet gjort evaluering af projektet/tjenesten/tiltaket og/eller findes der et resultat eller kvalitetsmåling af dette?

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

Evalueringen omfatter 12 forløb afviklet fra 2004-2009.

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

9. Hvordan var denne evaluering gennemført?

e) Var det gjort efter en bestemt tid?

Ja, efter 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 kursusdeltagere, uanset om de har været på et Vendepunkt-kursus for fem år siden, eller de har afsluttet 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 fremgår 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 oplysninger 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?

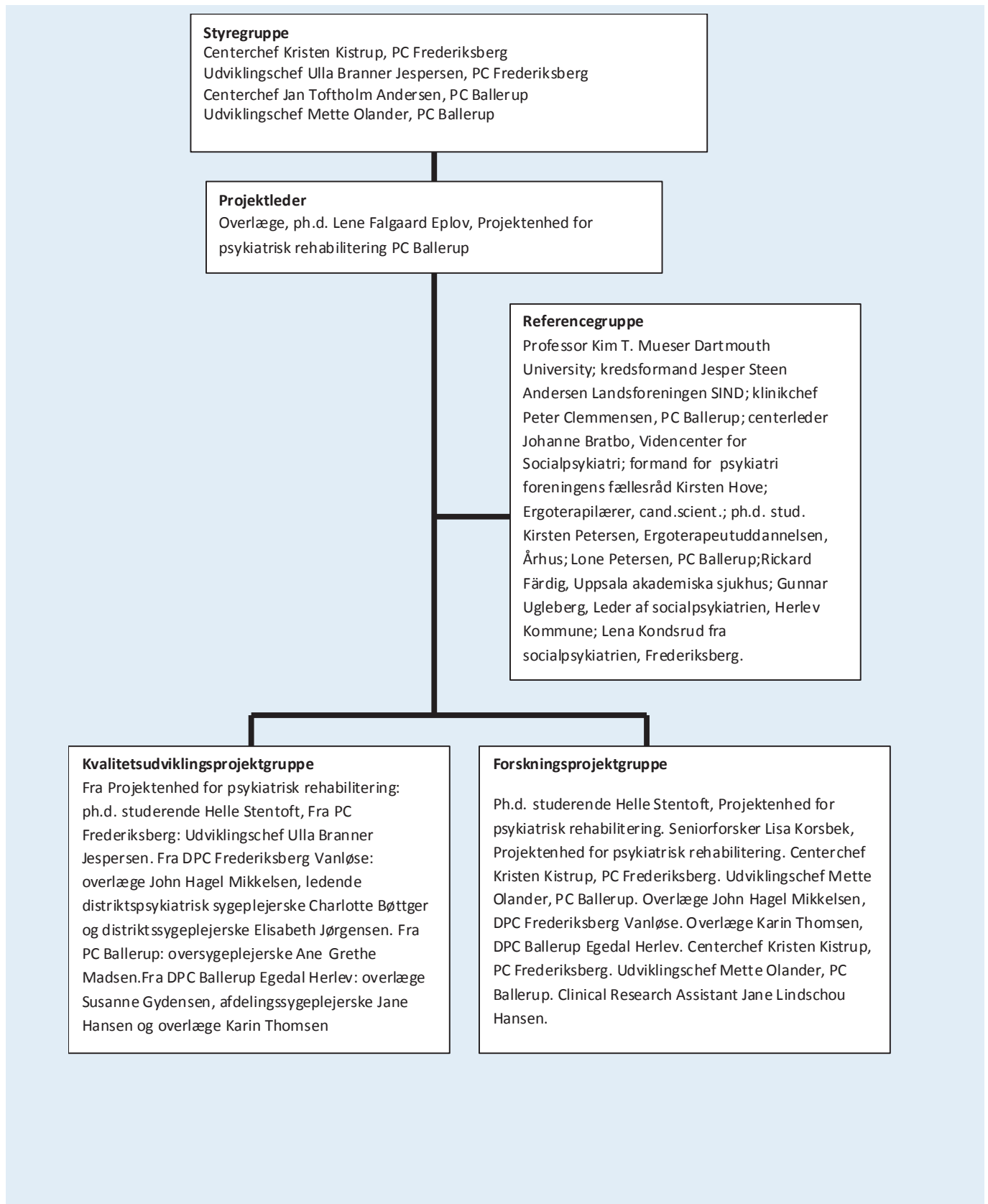
The IMR program is so far only implemented in community mental health centres and social organization are not yet involved.

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/Projektshed+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

OPSÖGENDE PSYKIATRI TEAM

1. Hvert er heiti verkefnis/þjónustu/úrræðis. Markmið þess og markhópur.

Opsögende Psykiatri Team (Op Team) afdeling O, Psykiatrisk Center København. Inngripseftirfylgt (Assertiv Community Treatment, ACT). Viðvarandi og virk vettfangsþjónusta. Markmið að skapa betri meðferð fyrir endurkomusjúklinga og sjúklinga sem ekki hafa getað nýtt sér hefðbundna geðlækniþjónustu. Markhópurinn eru einstaklingar milli 18 til 65 ára. Sjúkdómagreiningar eru skitzofrení, delusional disorder, skitzoaffektívur sjúkdómur, geðhvörf

2. Tilurð verkefnisins/þjónustunnar/ úrræðisins? Hvernig og hvers vegna var verkefnið/þjónustan sett á laggirnar?

ACT aðferðin er þróuð í Madison Wisconsin USA, um 1960. Markmiðið var að skapa betri meðferð fyrir endurkomusjúklinga. Sértek/heilðræn nálgun. Besta fyrirmyndin reyndist að vera ACT líkanið, sem er þróað af Stein og Test. Op Team byrjaði við Ríkisspítalann í KBH í ágúst 2004.

3. Hvernig er hugmyndafræði og aðferð valdeflingar nýtt við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

ACT er viðvarandi og virk vettfangsþjónusta. Það er tengiliðurinn (Case Manager) sem er ábyrgur fyrir meðferð notanda og ekki notandi sem ber ábyrgð á að leita til göngudeildar. Tengiliðurinn ber ábyrgð á að kalla til alla þá aðila sem skipta máli og að styrkja tengslanet viðkomandi. Meðhöndlun fer fram í eigin umhverfi/heimili og er einstaklingsmiðuð. Tengiliðir eru alltaf gestir á heimili notanda. Það er áriðandi að skapa jákvæð tengsl við notanda, svo við séum velkomin til baka. Það er áriðandi að það sé gengið út frá þörfum sem notandi hefur til hvers tíma. Aðstandendur eru hafðir eins mikið með í ráðum og hægt er. Mikilvægt að virða sjálfsákvörðunarrétt notanda.

4. Hver er þáttur félagsamtaka/nna í verkefninu/þjónustunni/úrræðinu?

Teimið er opið fyrir öllum tengslum og reynir að vera virkt út á við. Þat sem notendur í Op Team oftast eru mjög vei kir, eru það oftast tengiliðirnir sem hafa samband við félagsamtök.

5. Hver er þáttur notenda í þessu verkefni/ þjónustu/úrræði, t.d. aðkoma þeirra að stjórnun og rekstri ásamt veitingu þjónustunnar?

Notendur geta komið skoððun sinni áfram í gegn um tengilið, stjórnanda teimis og geðlæknir.

Notendur eru ekki í stjórn.

Það fyrir finnst "Brugerråd" spítalanum.

Hér hafa notendur möguleika á að tjá sig.

6. Skipulag og ábyrgð. Hvar er verkefnið/þjónustan/úrræðið staðsett innan kerfis? Lýsið t.d. út frá skipuriti og stjórnun, stjórnunarleg-, fagleg- og fjárhagslegri ábyrgð

Op Team er vettfangsteimi innan opinberu spítalakerfi og tilheyrir Psykiatrisk Center København, afdeling O.

7. Fjármögnun/stuðningur við verkefnið/þjónustuna/úrræðið?

Opinber stofnun.

8. Hefur verið gerð úttekt/mat á árangri á þessu verkefni/ þjónustu/úrræði og/eða liggur fyrir mat á árangri og gæðum þess?

Marshall og Lockwooe 2000.

Ph.D Thesis, Marie Høgh Thøgersen, Cand.Psyk.

9. Hvernig var það mat framkvæmt?

Marie Høgh Thøgersen fylgdi tveim fyrstu teimunum í Kaupmannahöfn, frá september 2003 til febrúar 2005.

10. Hverjar eru megin niðurstöður matsins?

"Resultater: Op var signifikant bedre til at fastholde patienter end

standartbehandlingen. Patienter der modtog behandling fra Opdeudover færre indlæggelsesdage, et højere socialt funktions niveau, var mere kompliente med antipsykotisk medicin og mere tilfredse med behandlingen. Oplevelsen af paternalisme var lavere blandt dem som modtog behandling fra OP. Der var ingen forskel på tvansindlæggelser, livskvalitet og psykopatologiske symptomer i de to grupper.”

11. Tengiliður við verkefnið/úrræðið/þjónustuna?

Teamleder Jóhanna Erla Eirísdóttir.

NOREGUR

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 deltidstillinger 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 aktivitet 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 independed 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 developeing 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)
fyrir velferðarráðuneytið:

Ný sjónarhorn og leiðir til bættrar geðheilsu:

Norrænt verkefni um valdeflingu í geðheilbrigðisþjónustu



VELFERÐARRÁÐUNEYTIÐ



Útgefandi: Rannsóknastofnun í barna- og fjölskylduvernd (RBF)
Félagsvísindastofnun – Gimli – Sæmundargötu 10 – 101 Reykjavík
Sími: 525 5200 – Netfang: rbf@hi.is – Veffang: rbf.is
Desember 2011