

Nordisk seminar, 28. og 29. august 2014, DGI-byen, København – En skriftlig opsamling

Denne skriftlige opsamling har til formål at give et kort overblik over de væsentligste pointer som kom frem på det første fælles nordiske seminar i DSPR's historie, som løb af staben over to dage i august 2014.

Referatet er ordnet i tre dele: 1. Plenum – Dag 1, 2. Workshops, 3. Plenum – Dag 2 og følger således programmet/kronologien (bortset fra den tredje og sidste del af workshop-arbejdet, som var placeret på anden dagen, mellem afsnit 3.1 og 3.2 i dette referat).

1. Plenum – Dag 1

1.1 Velkomst

Ved velkomsten af de godt 70 inviterede deltagere fra såvel Norge som Danmark, fortæller DSPR-formand Mogens Seider og formanden for selskabets norske søsterorganisation WAPR-Norge, Audun Pedersen om baggrunden for at arrangere et sådant seminar. Ligesom den Norske afdeling af WAPR, har DSPR egenskab af at være Danmarks repræsentant i det internationale samarbejde for psykosocial rehabilitering, World Association for Psykosocial Rehabilitation, eller blot WAPR. Denne sammenslutning blev oprettet i 1996 og har på nuværende tidspunkt 25 lande repræsenteret.

Den danske og den norske afdeling mødte hinanden for første gang på WAPR's internationale konference i Milano i 2012 og fandt hurtigt ud af at de havde vældig meget til fælles med hinanden, bl.a. minder vores velfærdssystemer en del om hinanden. Efter at de to bestyrelser har besøgt hinanden i deres respektive lande, bl.a. var en norsk delegation gæster på DSPR's konference i 2013, har de to afdelinger indgået en aftale om at udveksle erfaringer med hinanden. Og med dette seminar ønsker man at skabe en unik platform for at lære af hinandens erfaringer, finde inspiration samt ikke mindst knytte kontakter imellem danske og norske aktører indenfor den psykosociale rehabilitering.

1.2 Oplæg fra Norge og Danmark. Hvad rører sig på de store linjer i vores respektive lande?

Formiddagens første oplæg i fælles plenum opdaterer deltagerne på hvad der sker på de store linjer i hhv. Norge og Danmark, desuden defineres en række af de to landes centrale begreber indenfor feltet –for på den måde at forebygge begrebsforvirring, da det ofte er et problem at vi imellem landene gør brug af forskellige begreber.

1.2.1 Norge

Marit Borg, professor ved Højskolen i Buskerud og Vestfold og Audun Pedersen der udover at være formand for Norsk WAPR er specialrådgiver i Bergen Kommune, opdaterer os på hvad der sker i Norge. Heroppe er der, indenfor de sidste 20 år sket en stor opprioritering og økonomisk satsning på det psykiske helsevesen. Visionen har været at skabe et mere socialt og humanitært helsefelt med fokus på bruger/patientrettigheder og brugerinddragelse samt en ændring af den professionelle rolle, væk fra institution og ekspertvælde over mod et fokus på personens hele liv.

Desuden har man i Norge også været igennem en samhandlingsreform som skal styrke og forpligte det tværsektorielle samarbejde. Her er der stort fokus på forskning, men desværre ifølge oplægsholderne for lidt fokus på kvalitet samt en diskussion af hvilket kundskapsgrundlag praksis skal bygge på.

Indenfor sygehusvæsenet er der lukket mange sengepladser og meget er flyttet over i de distriktpsychiatriske centre som bl.a. rummer dagtilbud, polyklinikker, ACT-og FACT-teams, ambulante akutteam. Desuden er interventioner i forhold til rusmiddelafhængighed i stigende grad blevet integreret, ligesom brugerstyrede tilbud og sengepladser er i fremgang.

De kommunale tjenester har via Optrappingsplanen fået nye opgaver og flere midler. Dog er det store antal kommuner (430 stk.) en udfordring i forhold til at etablere gode kvalificerede indenfor de enkelte kommuner. Her findes bl.a. botilbud med varierende grader af personaletilknytning, nogle er dog meget tungt bemandede med 4-6 årsværk pr. beboer, aktivitetscentre med stor grad af brugerinvolvering og -styring, et øget fokus på kreative tilbud samt på arbejde og aktivitet samt et øget fokus på recoveryorienteret arbejde. Desuden ses der en stærk vilje til samarbejde mellem psykisk helse- og rustjenesten.

Desuden er der sket reformer af velfærdssystemet resulterende i bl.a. en sammenlægning af trygheds-, arbejds- og socialkontorerne.

Marit og Audun ser meget positivt på situationen lige nu. Der er klart opstået en stærkere brugerorganisering. Og et større samarbejde imellem uddannelse, forskning, brugerorganisationerne og praksisfeltet styrker udviklingen. Dog er der også udfordringer i form af modsatrettede tendenser og krav i forhold til eksempelvis vægtningen af mangfoldighed vs. ensretning, tid og ro vs. produktivitet, borgernære vs. store organisationer og centralisering vs. decentralisering.

Rent faglig mener Marit og Audun er der er for meget biologisk fokus og for lidt fokus på levekår og sociale forhold, ligesom der er tale om et fragmenteret system. Dog er der også mange gode praksisser og samarbejdsformer og det at psykisk helsearbejd er ved at blive etableret som et egentligt fag med eget masterprogram ses som et vigtigt fremskridt.

1.2.2 Danmark

I Danmark er man også i en (lang) proces som Mogens Seider her redegør for.

Siden den nye regering kom til for tre år siden har man villet sætte psykiatrien på dagsordenen og det nationale Psykiatriudvalg blev nedsat med en bred sammensætning af medlemmer hvor brugerorganisationerne også var stærkt repræsenteret. Udvalgsarbejdet mundende ud i rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" hvori der indgår 81 konkrete forslag til forandringer som var lige til at gå til.

Der har været tilfredshed med rapporten blandt brugere og fagpersoner i både regioner og kommuner, og man har håbet at der nu endelig kan ske den sidestilling med det øvrige sygehusvæsen som man har ventet så længe på. Dog tyder udfaldet at den nyligt indgåede finanslov på, at det alligevel ikke er den vej det går, men at man på grund af den fortsatte puljefinansiering stadig må søge fra dør til dør. Mogens gennemgår de 10 udfordringer som rapporten har identificeret og nævner bl.a. at Åben Dialog er nævnt 19 gange i rapporten.

Ud over at kommunalreformen i 2007 har medført en række forandringer, har psykiatrien og socialpsykiatrien siden nytår fået sig en ny legekammerat, idet Jobcentrene er nye aktører på området efter førtidspensionsreformen er trådt i kraft. Dette vækker dog bekymring da der ifølge Mogens er tale om et enormt kompetenceefterslæb, dels pga. manglende faglig relevant uddannelse og dels fordi medarbejderne her simpelthen ikke forstår de problematikker som mennesker med psykiske lidelser står med.

Der tegner sig altså et billede af et politisk fokus på psykiatrien, ligesom En af os-kampagnen har fået masser af opmærksomhed ligesom der er opstået en stor debat om brugen af psykofarmaka med Robert Whitaker og Peter Gøtzsche som bannerførere.

1.3 Oplæg om recovery og udfordringerne i Norden

Formiddagens andet oplæg i plenum er ved Marit Borg (omtalt tidligere) og Pernille Jensen, udviklingsleder ved bo- og rehabiliteringstilbuddet Orion.

Ud over at gennemgå begreber, perspektiver og rødderne knyttet til recovery, kigger de to på hvad vi mon mener, når vi taler om at arbejde recovery-orienteret. Centrale spørgsmål er om vi virkelig er på vej mod recoveryorientering, og hvordan vi kan vide om vi er på vej.

Centrale pointer i oplægget er bl.a. at det overordentligt vigtigt at have kendskab til recoverybevægelsens rødder i bruger- og aktivistmiljøet, da det helt unikke ligger netop heri: At selve kundskaben om recovery og bevægelsen i helhed, er udviklet gennem levede erfaringer og derfor repræsenterer en forandring der kommer ”nedefra”.

En anden pointe er, at vi må være undersøgende og kritiske overfor hvad der menes når nogen siger at de arbejder ”recoveryorienteret”, da der er stor uklarhed om hvad der menes og om hvad vi egentlig taler om – er det f.eks. klinisk, personlig eller social recovery? Man må spørge sig selv om der er tale om en radikalt anderledes tilgang, eller om der blot er tale om nogle supplerende tiltag- nogle nye vaser på hylden ved siden af de eksisterende.

Pernilles personlige overbevisning er, at vi nok ikke er så langt endnu i denne transformationsproces som for hende at se, er det der skal til.

Oplægsholderne identificerer tre faldgruber i forhold til at arbejde recoveryorienteret. Den første er manglende nysgerrighed eller indstillingen om at der intet nyt er at lære, den anden er den fejlslutning at recovery kan manualiseres og handler om at indføre ”evidensbaserede metoder” som f.eks. IMR og IPS. Den tredje faldgrube er når de professionelle eller systemet tror at de er omdrejningspunktet i recoveryprocesser.

Det bliver slået fast at recovery omhandler det enkelte menneskes arbejde med at komme sig, i samspil med sine omgivelser. Behandling og rehabilitering er så det som de professionelle kan stille til rådighed i processen, men det er vigtigt at holde sig for øje, at det ikke en den støtte der skaber recovery i sig selv – her er der et væld af andre faktorer på spil, og ifølge oplægsholderne handler det i høj grad om at få øje på, hvad det er for andre ting der hjælper.

Den radikale recovery-orientering støder imidlertid sammen med meget af det som vi i dag bygger vores system op omkring, såsom New Public Management, BUM-modellen, forskellige foki i lovgivning og organisering, forskellige kulturer i systemerne, øget centralisering og specialisering som dermed vanskeliggør de lokale og netværksbaserede løsninger samt det at netværk, fællesskaber og samarbejde på tværs ikke betragtes som en kerneydelse, og at der dermed ikke følger ressourcer med som der gør til de ”vedtagne kerneydelser”.

Hvis man mener at man vil lave en recoveryorienteret praksis kalder det altså på radikale forandringer, og oplægsholderne udpeger nogle af de veje vi kan gå. For det første må vi gøre op med et ensidigt medicinsk fokus og ideen om NPM og ensartet styring og kontrol, ligesom vi må modvirke ”medikaliseringen” af den psykosociale indsats. Blandt de strategier vi kan gøre brug af, er at lave alliancer med små lokale initiativer som kan få en rolle som ”trojanske heste” der kan starte de nødvendige bottom up-processer. Samtidig er der også brug for at påvirke på et mere overordnet samfundsmæssigt og politisk plan, og via alliancer med brugerbevægelser, forskere og civilsamfund påvirke til større forandringer ”oppefra”, da der altså er brug for både ”bottom up” og ”top down”.

De to oplægsholdere opfordrer til at seminarets deltagere i deres respektive workshops diskuterer hvad der skal til for at recovery kan blive en fælles styrende målsætning og om vi i det hele taget kan forestille os et radikalt systemskifte der er præget af personperspektiv og ligeværd.

2. Workshops

2.1 Workshop 1: Forskning og udvikling

Workshoppen var opdelt i fire temaer samt en afsluttende refleksion.

2.1.1 Tema 1: Tilgange/tilnæringsmåter og samarbejdsformer

Åpen dialog blev delvist udviklet i et finsk-norsk samarbejde mellem Jaakko Seikkula og Tom Andersen. I snart ti år har der eksisteret et lille nordisk Åpen Dialog-netværk, som primært består af forskere. Videreuddannelse i Åpen Dialog er nu nedlagt i Norge. Helsedirektoratet har bestilt en manualisering af Åpen Dialog. Udkommer om 1-2 måneder. (Mark Hopfenbeck)

Et aktuelt forskningsprojekt om at leve med stemmer og lyde som andre ikke hører, henter inspiration i fænomenologi og hermeneutik. Ved kontakt med helsetjenester tilbageholder brugere information om stemmer så længe som muligt. (Anne Martha Kalhovde; [Sometimes I walk and walk, hoping to get some peace](#); [Voice hearing over time: A qualitative study of a woman without psychiatric diagnosis](#))

Et ph.d.-projekt beskæftiger sig med brugerstøtter (dansk for peer to peer) og livshistorier. Hvordan er det at leve med psykiske læreprocesser som erfaringsdannelse? Svært for brugerstøtter at udvise empati og samtidig passe på sig selv. Behov for løbende erfaringsdeling. Der er afsat 35 mio. kr. til peer-støtte (satspuljemidler). (Birgit Hansson)

Hvilke ønsker har brugerne til tjenestene? Korte indlæggelser, tillidsfulde relationer, fleksibel og aktivt opsøgende hjælp (lavtærskeltilbud) og hjælpere som er mere opmærksomme på brugernes

erfaringer og egne problemløsningsstrategier samt er mere åbne overfor brugerindflydelse på behandling og planlægning. (Turid Møller, Dag Øivind Antonsen)

Akuttillbuddet i Lyngby-Taarbæk begyndte som projekt i 2010-12. I dag omfatter det Rudersdal og Gentofte kommuner. Akuttillbuddet arbejder, bla. inspireret af Åben Dialog, ud fra en forståelse af krisen som et åbent vindue. Det har døgnåbent og tilbyder – når brugerens umiddelbare behov er afhjulpet – en kriseplan. Evaluering viser stor tilfredshed med tilbuddet og signifikante forbedringer ift. fem områder af selvet (brugernes selvscore efter endt ophold). (Jens Hjort Andersen)

2.1.2 Tema 2: Perspektiver, begreber og sprog: Hvad taler vi om?

Den offentlige diskurs om psykiatri i DK har sjældent eksplicite sygdomsforståelser, men handler mere om for og imod psykofarmaka. Via debatten om SSRI (Gøtzsche mfl.) kan der opstilles en diskursiv typologi med tre positioner: 1) ”Patienten er skizofren”, biopsykiatri, ekspertviden, 2) ”Brugeren har skizofreni”, det neoliberale projekt, individfokus, 3) ”Personen hører stemmer”, kritisk psykiatri, modstand mod den medicinske model. (Agnes Ringer)

Fører bedre sygdomsindsigt til større chancer for recovery i klinisk forstand? Ja, forskning viser: Indsigt medfører bedre mestring, forebyggelse af tilbagefald – recovery (klinikerens betydning af indsigt). Men også forskning der viser: indsigt er forbundet med depression, sygdomsidentitet – non-recovery (brugeren: indsigtens betydning). Paradoks. (Lisa Korsbek)

Brugermedvirken på systemniveau er fastlagt, men der er langt til brugerens virkelighed. Senter for psykoterapi og rehabilitering ved psykoser (SEPREP) er stiftet i 1990 som reaktion mod den biologiske forståelsesmodel og afsøger nye inspirationskilder til at få brugerstemmen hørt. Ofte husker vi først på brugerstemmer i slutningen af et projekt for at legitimere. (Elisabeth Klæbo Reitan)

Et aktuelt forskningsprojekt undersøger socialpsykiatrisk bostøtte i en dansk kommune. Det er inspireret af narrativ praksis og tager udgangspunkt i begrebet lighed. Vi er lynhurtige til at vurdere og fortolke – glemmer at lytte. Måske har recovery derfor svære vilkår? (Kirsten Mejlvig)

Fælles refleksioner: Sygdomsindsigt kan være brutal. ”Bertel kommer aldrig til at arbejde.” Håbløshed skal ikke undervurderes. Der er evidens for, at øget biologisk forståelse fører til øget stigmatisering. (Bertel Rüdinger) Hvilken indsigt? Sygdomsindsigt bygger på udvalgte definitioner (psykoedukation), som er forbundet med politik. (Agnes Ringer) Håbløshed er medieret af internalisering af stigma, viser forskning. (Lisa Korsbek)

2.1.3 Tema 3: Recovery – perspektiver og praksisser

Aarhus Kommune har udviklet et screeningsredskab som i et samlet forløb afdækker og udvikler recoveryorientering. Der er foreløbig gennemført ca. 30 screeninger både i Aarhus og i andre kommuner. Erfaringer: 1) Handleplanen er ofte et centralt dokument, og der er forskellige opfattelser af den. 2) Insatserne er gode til at støtte borgeren, men der mangler et samlet billede af retningen og en fælles sprogbrug. (Peter Boldsen)

Mange borgere med psykiske problemer ønsker sig ordinær beskæftigelse. Få opnår det. Et brugerstyret, norsk studie belyser, hvad borgerne selv tænker er vigtigt for at komme i arbejde, og peger bla. på det at blive set som et helt menneske og betydningen af relationer, håb og forventninger. (Reidun Jonassen; [Ut i arbejdslivet på egne premisser](#))

I DK sker der en massiv eksklusion af personer med psykiske lidelser fra arbejdsmarkedet. Tradition for beskyttet beskæftigelse og for at træne i kunstige miljøer. IPS (Individual Placement and

Support, på dansk Individuelt Planlagt Job med Støtte) er undersøgt i en lang række internationale RCT-studier med gode resultater. Støttet beskæftigelse vinder frem i DK. Jobspecialister spiller afgørende rolle. (Inge Storgaard Bonfils)

Norge fik i 2012 en Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser). Især anbefaling nr. 37 fremhæves: "Personens egne ressourser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvalitet bedres." (Lars Lien)

2.1.4 Tema 4: Samarbejdsbaseret forskning og udvikling

Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud har eksisteret i 10 år og tæller nu 22 medarbejdere, halvdelen heraf med dobbeltkompetence. Centret er optaget af at inddrage kritiske stemmer og orienterer sig i stigende grad mod aktionsforskning, og særligt brugerinvolvering i forskningen, for at udfordre et traditionelt evidensbegreb. Kontekstens betydning for psykisk helse(arbejd) fremhæves. (Reidun Jonassen, Marit Borg)

Københavns Kommune har udviklet en recovery-understøttende app i samarbejde med 123 borgere. Borgerne deltog fra starten af pilotprojektet og var repræsenteret i styregruppen. Frafaldet var på 5 procent (typisk er det 60)! App'en indeholder bla. kriseplan, netværksfunktion og dagbog. Data kan (med borgerens tilladelse) deles med andre. (Marie Høgh Thøgersen)

Senter for psykisk helse og rus har sammen med Asker Kommune og flere brugerorganisationer indledt et samarbejdsprojekt, der skal udforske og systematisere erfaringer og viden om samarbejde og samhandling indenfor psykisk helse og rustjenester ift. samtidige rus- og psykiske problemer hos unge voksne i alderen 18-28 år. Målet er at udvikle en samarbejds- og samhandlingsmodel baseret på en syntese af brugeres, pårørendes og fagpersoners perspektiver, international forskning og eksisterende tjenestetilbud – og at overføre denne til andre dele af kommunen. (Ottar Ness)

Projekt Recoveryorientering blev gennemført i DK i 2003-06 med deltagelse af brugere og pårørende i alle faser af undersøgelsen (interviews, analyse, konklusion) – et stykke participatory action research. Projektet vakte stor begejstring. Hvorfor kom der så ikke flere af denne art? Bla. pga. en konservativ dansk forskningsverden. Men der er brug for penge til aktionsforskning. Brug for en stærkt kontekstualiseret forskning. RCT er udtryk for en forældet højmoderne tilgang, en lineær tænkning. (Pernille Jensen)

2.1.5 Afsluttende refleksioner over dagens temaer og mulige veje fremover

De danske og norske miljøer burde formulere et manifest for samskabende forskning! (Inge Storgaard Bonfils) Alle delte dette synspunkt. Norge har tilsvarende udfordringer ift. forskningsmidler. I nogle forskningsprogrammer er krav om brugerinvolveret forskning politisk fastlagt, og det skal der holdes fast i. (Marit Borg) 10 års arbejde med Åpen Dialog har næsten ingen forandring medført. Behov for politisk engageret forskning og for brugerorganisationer som alliancepartnere. Alt for meget er implementeringsforskning. Varig forandring udebliver. (Mark Hopfenbeck)

2.2 Workshop 2: Behandling/regionale indsatser

Denne workshop som er faciliteret af Bo Kristian Nielsen og Ole Svejstrup, begge medlemmer af DSPR's bestyrelse, er bygget op om tre temaer. Under hvert tema fremlægger en række folk fra for-

skellige regionale og behandlingsmæssige indsatser de projekter de selv arbejder med i det daglige, samt ikke mindst de erfaringer de har gjort sig hermed. Efter hvert temas række af kortere oplæg, er der sat tid af til spørgsmål, refleksion og erfaringsudveksling.

En fællesnævner for projekterne er at de alle forsøger at skabe forandring, tænke nyt og afprøve måder hvorpå man kan få det værdimæssige tankegods fra recoveryperspektivet til at fungere i praksis, med de barrierer der nu engang eksisterer i de givne institutionelle sammenhænge. Og netop hvordan de forskellige indsatser eller tilbud har arbejdet med at udfordre disse barrierer – kulturelle som faglige, organisatoriske og videnskæssige – udgør en stor del af workshoppens fokus.

2.2.1 Tema 1: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Her hører vi først om hvordan de i Norge som følge af landets samhandlingsreform har formået at få integreret de forskellige tjenester, på tværs af sektorer, i en fælles indsats. Thorbjørn Tønnesen fra Jæren Distriktpsykiatriske Center fortæller om hvordan de har samlet et væld af funktioner under et tag, herunder bl.a. et akutteam, hvor centrale elementer er, at der er hjælp at hente 24-7 for dem som oplever at være i krise, at teamet er meget bredt sammensat rent fagligt, og at løsninger skal findes tæt på hvor patienten befinder sig. Fra Norge hører vi også om et andet tiltag, samhandlings-teamet Bærum, som er et samarbejdsteam med medlemmer fra bl.a. kommunal tjeneste, sygehustjeneste, botjeneste og rusmiddelbehandlingen. Formålet er hjælpe de borgere der før faldt imellem to stole og dermed ikke fik den fornødne hjælp. Begge oplægsholdere fortæller om hvordan tilbuddene mere konkret er opbygget, til stor inspiration og beundring fra de danske deltagere, hvor man er enige om, at vi ikke er nær så langt i forhold til at opnå et godt tværsektorielt samarbejde som i Norge, dels fordi der er nogle udfordringer mht. hvordan man indretter sig rent organisatorisk.

Vi får også nogle eksempler på hvad der sker af initiativer i Danmark. Bl.a. hører vi om hvordan man i Region Sjælland har sat sig sammen med 17 kommuner for sammen at lave et forløbsprogram for skizofreni. - Dvs. der er etableret et samarbejdsrum imellem den kommunale socialpsykiatri og den regionale behandlingspsykiatri, hvori man sammen arbejder for at koordinere og sikre rehabiliteringstanken på tværs af sektorer. Netop kendskabet imellem de forskellige sektorer ses her som afgørende for det gode samarbejde, dog er der også mange barrierer, eksempelvis lovgivningen. Vi hører desuden også om de koordinerende handleplaner som bruges til at koordinere det tværsektorielle samarbejde i forhold til retspsykiatriske patienter i Region Sjælland og om Psykiatriens Hus som er etableret i et samarbejde imellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland. Som opsamling på Workshopen diskuteres hvad der har gjort særligt indtryk. Noget af det der går igen er man virkelig kan lære af hinanden, især er det inspirerende at høre hvordan man har indrettet sig rent organisatorisk. Det bliver også klart, at der i høj grad finder kreativ tænkning sted, og at et rum for dette er vigtigt, således at de gode ideer kan opstå. Man er her inde på, at det er nødvendigt med ildsjæle, som måske netop ”bare gør det”, og presser rammerne til deres yderste, og måske lidt ud over. Folk er enige om at disse forandringer også kræver store strukturelle forandringer, men at der faktisk ses en politisk velvilje og noget grøde i forhold til en ny udvikling. Der er således håb, og på trods af at der er forskelle landene imellem, er det mange af de samme udfordringer vi står overfor, ligesom ønsket om at få brugerne i centrum er fælles.

2.2.2 Tema 2: Recovery-orientering i praksis – metoder og tilgange

Her hører vi om recoverymentorer, som er en ny gruppe af medarbejdere man er ved at ansætte psykiatrien i Region Hovedstaden i Danmark. Vi hører desuden om to projekter mere fra Jæren; dels om offensiv psykosebehandling til patienter med alvorlige psykoser, som bl.a. har virkelig flotte resultater i forhold til at nedbringelse af tvang, og dels om brugerstyrede senge. Vi hører desuden også om en dansk version af brugerstyrede senge i Region Hovedstaden. Det viser sig at den danske model er direkte inspireret af det norske forbillede i Jæren, og vi hører dermed om en version, der endnu er i sin spæde opstart samt om en der efterhånden har 9 år på bagen. Nogle af erfaringerne fra Jærens brugerstyrede senge er at selve tilgængeligheden og det at patienten ved, at der er en seng til ham hvis behovet opstår, er central. Det har vist sig at behovet for at bruge sengene falder med tiden, og desuden kan kontrakterne om de brugerstyrede senge indgås selv med patienter med alvorlige psykiske lidelser. Blandt resultaterne er at det samlede sengeforbrug er faldet med 50%, dog er antallet af genindlæggelser stærkt øget, men da disse ofte kun er af 1-2 dages varighed er det samlede forbrug altså alligevel halveret. Desuden er brugen af tvang reduceret med en tredjedel i forhold til tidligere. I den danske version laves der forskning i tilknytning til projektet, et RCT-studie omkring virkning, samt et om brugertilfredshed og et om de økonomiske aspekter.

I takt med antallet af oplæg vi hører, viser der sig også et klarere billede af de forskelle der er imellem de to landes systemer. Blandt andet er det svært direkte at sammenligne sektorerne og deres organisering, ligesom det ser ud til at der er tilført flere penge til området i Norge, desuden er der tilsyneladende også forskelle i lovgivninger og kulturer.

Som afslutning på den første dags workshop sammenfatter deltagerne dagens pointer i tre temaer som tages med til morgendagens paneldebat. De tre temaer er: Tilgængelighed og brugerstyring, lederskabets betydning for forandring (altså det at vi gør noget der går lige til kanten, men som vi gør fordi vi kan se at det er til patientens bedste) og endelig den strukturelle udviklings betydning for den psykiatriske udvikling i praksis.

2.2.3 Tema 3: Recovery-orientering – uddannelse, implementering og sundhedsfremme og patientinddragelse

På anden dagen tages det sidste tema op. Her hører vi om et sundhedsfremmeprojekt på Vestegnen, hvor Psykiatrisk Center Glostrup og -Ishøj er gået sammen med 7 kommuner om at etablere og tilbyde sundhedsfremmende aktiviteter, bl.a. en række cykelløb hvor både borgere og medarbejdere deltager. Vi hører også om hvordan man i Region Hovedstaden har arbejdet med at implementere recoveryorientering i behandlingspsykiatrien, blandt andet ved at undervise alle medarbejdere i tilgangen og arbejde frem mod et mål om at 75% af alle behandlingsplaner skal være udarbejdet sammen med brugerne. Man er altså her i gang med at lave de ændringer, man ser som nødvendige for at kunne opnå en langt højere grad af brugerinddragelse, hvilket blandt andet betyder en ændring af de professionelle roller.

Det sidste oplæg handler om perspektiver på anvendelse af undervisere med brugererfaringer. Det fremgår at der over hele landet er en klar forventning om at man skal ansætte medarbejdere med brugerbaggrund, og i dette oplæg fremlægges en række dilemmaer og potentialer i forbindelse hermed. Bl.a. anfægter vores oplægsholder, Bo Kristian Nielsen fra Region Midtjylland, det at man selv som organisation sætter rammen for hvilken recoveryorientering der er tale om, eksempelvis

ved ikke at ville ansætte brugere med antipsykiatriske holdninger – for kan man så overhovedet tale om recoveryorientering?

2.2.4 Afsluttende refleksioner over temaerne og mulige veje fremover

Ved workshoppens opsamling er der en stemning af at være blevet inspireret, en siger dog også at hun er bange for alle de forandringer der skal til at ske ude i organisationerne. En anden ser workshopen som en god måde at få løftet blikket på, desuden er der flere der synes det lyder som om at Norge arbejder mere recoveryorienteret end Danmark, og at det nok er mere integreret i Norge, uden at de dog bruger ordet recovery. Her er nordmændenes pointe at indholdet er det vigtigste, men at man dog stadig kunne ønske sig en struktur der støttede mere op om disse forandringsprocesser, hvor netop det tværsektorielle samarbejde indarbejdes som et fast omdrejningspunkt, så vi undgår alt det parallelarbejde der fortsat foregår imellem sektorerne i begge lande.

2.3 Workshop 3: Lokalbaserede/kommunale indsatser

2.3.1 Tema 1: Uddannelse, studier og arbejdsmarked

Facilitator: Sven Preisel.

Bogstøtten: Oplæg v. Helle Bendix, Fountain House, København, Danmark

Bogstøtten tilbyder studiearbejdspladser i et studiemiljø, der tilbyder en struktur for den studerendes hverdag før, under og efter studieperioden. Der er tilbud om individuel vejledning vedr. studiesituationen og mulighed for at skabe et nyt studienetværk.

150 studerende pr. kvartal benytter Bogstøtten. Studerende fra Københavns Kommune kan frit benytte sig af tilbuddet. Øvrige studerende søger om optagelse.

Studier med støtte: Oplæg v. Mette Kolbjørnsen, Norge

Der er fokus på rollen som studerende. Støtten er behovsorienteret, dvs. den består i mange ting, fx hjælp ved flytning, sætte pc op, telefonvækning, socialt samvær som ikke nødvendigvis handler om sygdom, men mod til at være studerende.

41 studerende bruger tilbuddet. Der er nu studiestøttetilbud i de syv største studiebyer i Norge. I 2012 blev der lavet en national evaluering. Der er et godt og omfattende samarbejde med universiteterne; det er altid de studerende, der bestiller samarbejdet. Studiestøtten arbejder på at lave en europæisk konference.

Drøftelse i forbindelse med studiestøtte: Pakker I noget dagtilbudsagtigt ind i studiestøtten? Bruger I studiestøtten som en krog til også at gøre alt muligt andet?

Bogstøtten: De studerende skal hente dét hos os, som de ikke kan få andre steder, vi udfylder tomrum i det samlede billede.

Studier med støtte: Det kunne være spændende, om vi kunne samarbejde mere med primærtjenesten, så kunne der komme mere studiestøtte. Flexibiliteten i at kunne gøre det, der er brug for, er enestående, den frihed er afgørende.

Individuel jobstøtte: Oplæg v. Marianne Bjørkly, Norge

Den norske grundlov siger, at alle har ret til arbejde. Det har været et stort problem at integrere folk med psykiske problemer på arbejdsmarkedet.

Vejlederens opgave er at være en slags talsmand for dem, der ikke fuldt og helt kan bruge den ordinære vejledning. Vejlederen er der for det enkelte individ så længe, der er brug for det. Vejlederne er lettilgængelige, alle har mobiltelefoner. Projekt Medarbejder med Brugererfaring i Århus har givet inspiration.

Der er 46 personer i programmet. Flere og flere kommer i arbejde.

Socialøkonomisk virksomhed: Oplæg v. Lars Markussen, Danmark

Nørremarken er en socialøkonomisk virksomhed, der producerer højbede i Viborg. Virksomheden samarbejder med 8 plantecentre. Vi snakker meget lidt om dét, medarbejderne ikke kan og meget om dét, de kan. Visionen er at blive en selvstændig virksomhed. Udslusning til erhvervslivet lykkes, måske fordi vi har kontakten til erhvervslivet i forvejen.

Drøftelse i forbindelse med beskæftigelse i virksomheden:

- I får penge ind via jobafklaringen, er der andre kilder? Ja, fra salg af produkter. Omsætningen på højbede var i juni i år på ½ million. Beskyttet beskæftigelse giver nogle lønkroner. Erhvervsafklaring giver ingen løn.
- Oplever I nedgang i antal af beskyttet beskæftigelse? Ja. Og vi frygter det lidt. Måske får vi nogle ressourceforløb i stedet.
- Arbejder I med indflydelse og medinddragelse på arbejdspladsen? Ja, vi har en demokratisk arbejdsform. Ideudvikling har høj prioritet.

NAPHA: Oplæg v. Arne Almvik Nesten, Norge

Formålet er at sikre, at forskning når ud, gerne med en journalistisk tilgang. Der findes vældig mange gode praksisser. Med NAPHA, en netbaseret database, vil vi gerne bidrage til, at praksiserfaringer bliver tilgængelige for andre. Fagfolk har brug for inspiration. Vi afholder kurser i skrivning af netbaserede artikler. Indholdet er erfaringer fra praksis og forskningsresultater.

Drøftelse i forbindelse med NAPHA:

- Kan man oprette profil som institution? Jeg er usikker på, om man kan som gruppe. Vi har en netværksløsning, men det har været vanskeligt at få nok aktivitet på den.
- Har I planlagt flere skrivekurser? Der er et ønske om det.

OPSAMLING: Hvilke ord kan binde de fem oplæg om studier og arbejdsmarked sammen?

Workshoppens bud på sammenfatning:

- Engagement
- Innovative tiltag
- Personlig vækst på egne præmisser; udvikling med udgangspunkt i dig, ikke i systemet
- Mange fælles berøringspunkter, så lidt tid til udveksling
- Det videnskabelige arbejde giver god mening

- Autonomi, frihed til at gøre det, der skal til; den skal vi værne om
- Jobtilfredshed hos medarbejderne
- Relationskapacitet, at kunne møde den enkelte

Drøftelse om samarbejde mellem tilbuddene:

- Der er en tendens til at holde fast i borgerne og det, der er virksomt for vedkommende. Hvad er det jeg skal? Jeg har brug for at vide, hvad de andre tilbud kan? Vi skal ha et kendskab lokalt for at kunne bruge dem aktivt. Der er to sider. Det menneskelige aspekt for borgeren, og tendensen til at gøre mere end det, vi behøver i tilbuddet, fordi vi ikke kender de andre tilbud.

2.3.2 Tema 2: Fritid, aktivitet og netværk

Facilitator: Audun Pedersen

Stemmehørernetværk: Oplæg v. Olga Runciman, Danmark

Vi er stolte over at være en brugerorganisation, der defineret ved funktion og ikke ved diagnose. Vi er opstået som en borgerrettighedsgruppe. Foreningen er åben for alle. Vores udgangspunkt er, at det er meningsfuldt at høre stemmer. Vi skal støtte hinanden i at forstå vores situation, hver især. Der er mange indgange, ingen patienter er ens. Aktivist delen kæmper med den biologiske og reduktionistiske forståelse. Det danske stemmehørernetværk arbejder recoveryorienteret og er den del af et internationalt netværk. Nogen siger, at det er den hurtigst voksende brugerorganisation.

Sagatun brugerstyret center: Oplæg v. Mariann Haukland, Norge

Sagatun er et brugerstyret center med forskellige aktiviteter. Brugerstyrelsen beslutter, hvilke aktiviteter, der skal sættes i gang, fx cafe, lydstudio og smykkeværksted. Refleksionsgrupper bliver brugt for at løfte alles stemmer og bidrag frem.

Der er lavet en fagbog og en brugervejledning om brugerinvolvering. Centeret har ansvar for at formidle værktøjer i brugerinvolvering på nationalt plan.

Hinna bydel: Oplæg v. Kjartan Mølstrevald, repræsenterer brugermedvirkning, Norge

I bofællesskabet er der to typer, én med stort personaleansvar, og én med høj grad af brugerinddragelse. Hver 14. dag afholdes husmøde. Beboerne deltager i ansættelsesudvalg, brugerens stemme er frygtelig vigtig.

I aktivitetscenteret er åbningstiderne indrettet efter brugernes behov. Brugerstyring har en økonomisk dimension, også. Det handler om engagement.

En gang om året fører medarbejderne valgkamp, på faglighed og personlighed. Medarbejderne samler på succeshistorier i arbejdet med de enkelte beboere.

Idrætshuset: Oplæg v. Irene Bendtsen, Danmark

Hvad er brugererfaringer? Hvad betyder begrebet hos jer? I Idrætshuset arbejder alle med egen dobbeltkompetence. Psykisk sygdom er en episodisk forstyrrelse. Hos os kan man som ansat ikke sige, at man ikke vil være personlig, man bruger sig selv. Vi har ikke regler, vi må forhandle og lave håndholdte løsninger.

Nogle medarbejdere har taget recoveryuddannelsen, nogle er uddannet brugerlærere, og nogle er medarbejdere med brugerbaggrund.

Drøftelse: Er der aldrig noget, der ikke kan bruges? Er der ikke erfaringer, der ikke skal med videre frem?

Støtte-kontakt: Oplæg v. Berit Eilersen, Norge

Medarbejdere med brugerbaggrund modtager nye brugere. Medarbejderne får kurser og modtager vejledning. Arbejdsomfanget varierer, ofte 3 – 5 timer pr. uge.

Opsamlende spørgsmål på arbejdet i workshoppene:

Hvad skal der til?

- Engagement og vedholdenhed og kontinuitet; bundet til personer, tilgang og økonomiske vilkår
- Lokale innovative indsatser. Handlefrihed - se og gå efter at opfylde behov. Handlevilkår - der skal et minimum af ressourcer til
- Forstå hovedpersonen som en person med ressourcer *og* særlige behov
- Faglige og kulturelle traditioner med holdninger, politiske målsætninger, der understøtter det, der er brug for

Hvordan laver vi det, der er brug for?

- At gå vejen sammen kan føre til udvikling og innovation. Ingen lange udredninger, men gå i gang med afsæt i individer og behov
- Kaste ideer op, arbejde med dem, sortere og forfine

Hvad får brugerne ud af indsatsen?

- At få en anerkendt sammenhæng, der virker, fx netværk, studie, arbejde
- At få en identitet, personlig udvikling
- At få hjælp til det, man har brug for

Perspektiverende spørgsmål fra workshoppens arbejde

- Hvad giver det at erstatte begrebet brugererfaring med begrebet egen erfaring?
- Hvad giver det at putte det bedste fra de to verdener, jobcenter og den sociale psykiatri, sammen i en gryde og røre rundt?
- Hvad skal der til, for at medarbejdere kan bruge sig selv, fagligt og personligt, i det kaos, som behov skaber, på en livfuld og virksom måde?
- Hvad giver det os at mødes og udveksle på tværs af landegrænser? Kunne der være sket det sammen, hvis vi havde siddet i rene nationale grupper?

2.3.3 Tema 3: Bolig og Krisehjælp

Facilitator: Nille Jensen

Botilbud: Oplæg om Lunden v. Thorkil Skov, Danmark

Lunden er et Behandlings- og Rehabiliteringscenter med en særlig målgruppe, tidligere kaldet de tunge, de uanbringelige. Tilbuddet har 36 pladser. Alle er såkaldt færdigbehandlede, alle har store vanskeligheder. En plads koster 1.200.000 kr. om året. Et enkeltmandstilbud koster til sammenligning 2,5 mio. kr.

Beboerne er gode til at tage vare på hinanden, men ikke på sig selv. Som medarbejder kan vi bede om undskyldning, hvis vi tager fejl.

Drøftelser i forbindelse med Lunden:

- Hvor gamle er beboerne? 30, 40 og nogle er tres.
- Hvad er grundtanken ved at bo sammen med beboerne? At få en bedre relation og at undgå de mange vagtskift, det er sjældent de ringer på om natten, beboerne er meget hensynfulde. Vi arbejder i en klar og tydelig turnus.

Akuttilbud: Oplæg v. Marian Braun, Danmark

Folk henvender sig om alt muligt i forbindelse med krise. Tilbuddet består af kontakt, dialog, hjælp til at få lavet en kriseplan og mulighed for at overnatte i en bolig i tilknytning til tilbuddet. Kommunen forventer, at problemet er løst inden for fem dage.

Udgangspunktet for arbejdet sammen med borgeren er, at der er sket noget i personens liv. Sammen undersøger vi, hvad kan vi gøre, og hvad kan borgeren gøre. Vi laver en plan for, hvad der kan/ skal ske efter de fem dage. Vi kigger på livshistorie, diagnosen kan man parkere uden for døren.

Mange siger: Det er første gang, der er nogen, der spørger mig. Nogle forventer, at vi kan løse deres problemer, det kan vi jo ikke, sådan fungerer det jo ikke i livet.

Lokalt udrykningsteam, Aarhus Kommune: Oplæg v. Klaus Holck, Danmark

Teamet har eksisteret i 15 år. Det blev dannet, fordi der manglede 'noget', når systemets tilbud har lukket mellem 16 og 07. Henvendelserne kommer i høj grad fra borgere i krise; det er meget forskelligt, hvad vi bliver kaldt ud til.

Der er 30 timelønnede medarbejdere fra regionale og kommunale tilbud i udrykningsteamet. Udrykkeren skal være ude i hjemmet senest 45 minutter efter opkaldet. Opkaldet går til Socialvagten. Indsatsen er faldet fra 600 til 2 - 300 om året. Er det udtryk for en succes eller en fiasko?

Spørgsmål: Kører I ud alene eller sammen? Vi gør begge dele. Praksis viser en bevægelse fra en til to.

Drøftelse i forbindelse med Udrykningsteamet: Kan en tvangsindlæggelse være en del af en recoveryproces?

- Vi kan ikke tvinge et menneske til livet. Vi har nogle nødretsparagraffer, som vi kan gribe til. Tvang, ja i akutte situationer. Men hvad med 'de andre situationer'? Det er en debat, der skal tages.

- Hvad er det for en form for tvang, der evt. bliver praktiseret på det sociale område, den skjulte tvang?
- Den tvang, jeg bliver konfronteret med, er karantæne. Hvorfor er vi så bange for magt og kontakt?
- Det starter allerede med sprogbrugen, fx sygdomsindsigt. Mange steder har man kritikløst overtaget det medicinske paradigme. At definere et andet menneske på dets vegne er det første skridt mod overgreb.
- I den her sammenhæng er det væsentlige at se på, hvad kan vi gøre sammen med borgeren. Vi må interesse os for, hvad vil du, hvad har du prøvet, hvordan forstår du det, der sker? Vi må koble kompetencer og opgaver, vi må vurdere, vi skal ikke arbejde efter regler fx: to på arbejde, konfiskere knive, baseball bats. Der har været fire drab på socialpsykiatriske bosteder inden for de sidste 2 år.
- Det er vigtigt at akkumulere kræfterne i tilbuddene i stedet for at sætte os over i den værst tænkelige situation. Men nogen gange står vi jo også i de værst tænkelige situationer.
- Det her er en diskurs om, at der ikke må ske fejl; den er uheldig. Den eneste måde, vi kan undgå at begå fejl, er ved at beholde hænderne i lommerne.

2.3.4 Afsluttende refleksioner og mulige veje fremover

Facilitatorer: Nille Jensen og Audun Pedersen

- At gøre den norske webside tilgængelig (NAPHA)
- Skrive en artikel om konferencen, NAPHA har en journalist
- At arbejde med evaluering: Hvor recovery-orienteret er du fra 1 til 10?
- Det går via brugerne. Spørg brugerne: Hvad kan jeg hjælpe med? Hvorfor skal andre forske på, hvad jeg trænger, kom og spørg mig. Vi spørger faktisk brugerne nu, vi må undersøge det nærmere. Vi må vende tilbage til kilden og spørge brugeren, om vi faktisk spørger til det vigtige.
- At fortælle succes historier

3. Plenum – Dag 2

3.1. Panelrefleksion

Repræsentanter fra de 3 workshops reflekterer sammen over gårsdagens væsentlige pointer og fokuspunkter i en faciliteret dialog. Niels Schwartz er facilitator.

3.1.1 Workshop 1: Forskning og udvikling

Deltagere: Ottar Ness, Inge Skovgaard Bonfils, Agnes Ringer.

Tema for Workshop 1: Hvad sker der, når klinikere begynder at forske? Hvorfor er det så svært at bruge det, vi ved? Hvad er det forskningen gør? Hvilke grundlagsforståelser ligger bag? De blinde pletter var en interessant gennemgående tematik i workshoppens arbejde. Hvordan får vi øje på det, vi ikke spørger om?

Spørgsmål til forholdet mellem forskning og praksis: Var I inde på jeres forpligtelse som forskere til at få os ikke forskere til at forstå og tage jeres resultater ind? Det handler i høj grad om organiseringen af forskningen, lukker den sig om sig selv, eller er den knyttet til klinisk praksis. Kan praksisforskning i højere grad få en stemme i forskningen? Kan forskningsspørgsmål i højere grad udvikles i samspil med praksis?

Spørgsmål om forskning i relationer og netværk: Der var fokus på relationer i oplæggene i går. Er der brug for mere forskningsfokus på det? Og hvordan med netværksperspektivet? Vi ved meget om relationer en til en, vi ved ikke meget om netværk.

3.1.2 Workshop 2: Behandling / regionale indsatser

Deltagere: Lars Linderoth, Tor Petersen, Kristen Kistrup

Tema for Workshop 2: Tilgængelighed

Spørgsmål: Hvad mener I mere præcist? Når et menneske har et behov, er det ukompliceret at tage kontakt og få hjælp. Trygheden ved at vide, at hjælpen er der, betyder tit, at der ikke bliver brug for den.

Der er oplagte strukturforskelle i dansk og norsk psykiatri. På trods af strukturforskellene er der mange fælles træk fx fælles udfordringer. Der er på en og samme tid en høj grad af djøfisering og øget fokus på patienten og recoveryperspektivet. Hvordan arbejder vi i det spændingsfelt? Eksempler fra praksis:

- Recoveryprojekt med introduktion til alle medarbejdere, fælles platform
- Brugerstyrede senge, afsæt i norske erfaringer
- Evaluering på jordnært niveau, tablet besvarelse ved udskrivning

Spørgsmål: Kan I sige noget om, hvad god ledelse er ved implementering af nye tiltag? Det handler om godt samarbejde mellem økonomi og administration og faglighed. Vi snakkede meget om kulturforskelle, her må ledelsen ind.

Spørgsmål: I går talte vi om, at det er fremherskende, at vi går så langt til kanten i det tværfaglige samarbejde som vi overhovedet kan. Hvordan ser I på det? I Norge bliver samarbejdet mellem sektorer opfattet som en del af kerneydelsen. Vi har fået en samhandlingsreform, der pålægger os at samarbejde.

3.1.3 Workshop 3: Lokalbaserede/kommunale indsatser

Deltagere: Irene Bendtsen, Jørn Eriksen, Kjartan Mølsterwald

Arbejdet i Workshop 3 havde flere tyngdepunkter fx: Brugererfaringer: Hvorfor det begreb, er det nødvendigt? Hvorfor taler vi ikke i stedet om livserfaringer? Medarbejder med brugerbaggrund er et begreb, der er svært at have med at gøre. Stadig flere får en diagnose. Hvad med dem, der klarer sig igennem vanskeligheder uden at være bruger, er de kvalificeret til betegnelsen? Er det en kvalifikation at have brugerbaggrund? Måske er det vores professionelle rolle, vi skal fokusere på? Skal vi til at arbejde med den?

Perspektivet: Hvad er det egentlig, vi arbejder på at ændre? Hvorfor er det, at verden ikke bare bliver bedre og bedre? Hvad er det for en viden, vi har brug for? Arbejdet med fx stemmehøring og livshistoriefortælling kan skabe forandring; vi kan tilbyde alternative forklaringsmodeller.

Organiseringen: Hvorfor to systemer? Dybest set lapper vi hele tiden på systemer. Hvordan kan vi arbejde på samskabelse med fokus på at gøre noget godt for Ib og Andrea?

Engagementet: Hvordan få plads til det, vedvarende? Det er afgørende. Lysten til at skabe det, der er brug for, det unikke. Civil ulydighed kan blive nødvendig.

3.2 Opsamling fra seminaret i en temacafé

Som næstsidste punkt på dagsordenen er der arrangeret en temacafe. Konceptet går ud på, at der på baggrund af det der blev sagt i panelrefleksionen, er ekstraheret 5 temaer. Hvert af disse temaer udgør overskriften på fem forskellige plancher som er hængt op rundt omkring i lokalet. Deltagerne bedes bevæge sig rundt til de forskellige plancher og dels deltage i korte dialoger omkring de enkelte temaer, og dels skrive en kommentar, en tanke eller et par stikord på en post-it og sætte den op på planchen.

Plancherne bliver hurtigt fyldt op med gule lapper ligesom snakken går godt rundt omkring.

I det følgende gives der et par eksempler på hvilke kommentarer temaerne fik med på vejen.

3.2.1 Tema 1: ”Fra medarbejder med bruger erfaring til med livserfaring”

Var nok det mest besøgte tema. Der var stor debat ligesom der også blev hængt mange sedler op. Nogle mente at betegnelsen medarbejder med livserfaring kommer til at negere omfanget af den livskrise man har gennemgået som medarbejder med brugererfaring, andre var inde på at det centrale måske var at have erfaring med de offentlige hjælpesystemer, eller ligefrem at have prøvet at være underlagt et system som definerer én, marginaliserer én, krænker ens menneskerettigheder osv.-hvilket ikke alle med livserfaring vil have.

Andre mente at medarbejder med livserfaring bliver vældig upræcist, imens nogle tænkte at det måske kan bidrage til at legitimere, at alle medarbejdere i højere grad anvender deres livserfaring i mødet med brugeren og dermed få de personlige aspekter mere frem i professionsforståelsen. En stillede spørgsmålstegn hvorfor ordet brugererfaring er så farligt, og slår på at der er brug for at øge statussen eller værdien af bruger/recovery-erfaring.

Nogle foreslog ordet ”erfaringskonsulent” som alternativ, mens andre spurgte hvorfor vi ikke bare bruger ordet medarbejder.

3.2.2 Tema 2: ”Fleksible og individuelle indsatser med afsæt i brugernes ønsker”

Der er stor enighed om at dette er ønskescenariet som egentlig burde være en selvfølge. Der identificeres imidlertid en række barrierer herfor, bl.a. systemets krav til visitation og forudgående udredning af behov, tendensen til at satse på forløbsprogrammer, behandlingspakker og standardisering samt manglende samarbejde imellem behandlings- og socialpsykiatri og endelig manglende tid og rum til at følge op på de fleksible indsatser. Der peges på at de individuelle løsninger kan foregå i fællesskaber, men at der ligger en udfordring i forhold til at afbalancere fællesskabets og den enkeltes behov, da brugernes egne ønsker er afgørende for viljen og motivation til at fortsætte.

3.2.3 Tema 3: ”Vilje og fleksibilitet er også ledelse”

Der er også stor opbakning til dette statement. Flere supplerer med ordet tydelighed. Der gives også andre bud på vigtige kvalifikationer hos ledelsen såsom pålidelighed, troværdighed og autencitet, modige og fastholdende ledelser der vil forandringen, også når den udfordrer systemet. I forlængelse heraf nævnes vilje til at bøje systemer og regler, give gode rammer så det bedste kommer frem i såvel medarbejdere og brugere. Der nævnes dog også en barriere eller et modsætningsforhold imellem fleksibilitet og den (stigende) tendens til standardisering og brug af retningslinjer og direktiver.

3.2.4 Tema 4: ”Hvorfor er det så svært at lytte til og høre hvad brugerne siger?”

Der er mange bud på hvordan spørgsmålet kan besvares. Flere er enige om at det svære ikke ligger i at lytte, men derimod i at handle på det der bliver sagt. En anden mener det er fordi, det kan være vældig smertefuldt og krævende at stå i det uløselige, måske brugeren efterspørger noget man ikke kan give og man kan være bange for ikke at respondere adækvat. Andre peger på at systemets struktur kan være en barriere, eksempelvis fordi det ikke giver tid til at kunne lytte og ikke er gearret til den fleksibilitet der skal til for at kunne forfølge det brugeren siger. Flere mener årsagen kan findes i vores kundskabssyn, og at den psykiatriske viden og professionelle rationaler blokerer for forståelsen. En deltager konkretiserer denne vinkel: ”Måske fordi opfattelser som ikke stemmer overens med den psykiatriske forståelse kan klassificeres som ”manglende sygdomsindsigt” og dermed delegitimeres”. I forlængelse heraf nævnes det, at det måske handler om at det anfægter hele vores organisering og det dominerende paradigme på området, eller sagt på en anden måde: Brugernes stemmer truer det biomedicinske paradigme. Mange er også inde på at det er fordi vores professionelle rolle dermed udfordres, og vi kan være bange for at miste autoritet og magt og måske få afsløret vores egen magtesløshed.

3.2.5 Tema 5: ”Større brugerstyring og tilgængelighed giver et kvalitetsløft i behandlingen”

Nogle tilslutter sig udsagnet mens andre er inde på at det ikke nødvendigvis forholder sig sådan, eller at der i hvert fald ingen automatik er i at dette skulle repræsentere et kvalitetsløft – det kan være en nødvendig, men ikke i sig selv tilstrækkelig forudsætning for et kvalitetsløft. Flere er inde på at tilgængelighed er mindst lige så vigtig, og at hjælpen skal være der på det rette tidspunkt. Der efterlyses også en klar definition af brugerstyring samt ikke mindst en definition af kvalitet. Andre er inde på, at det vel ikke kun er behandlingen der skal have et kvalitetsløft, ligesom én sætter spørgsmålstegn ved at temaet anvender ordet behandling – måske skulle man i stedet tale om inklusion?

3.3 Identifikation af fælles udviklingsområder – hvad peger fremad? Og afrunding af seminaret

På baggrund af hvad deltagere i de forskellige workshops har fortalt, sammenfatter Mogens Seider en række pointer og forsøger på baggrund heraf at sige noget der kan pege fremad.

Overordnet er indtrykket, at Danmark nok godt kunne lære noget af det der sker i Norge. Det Nasjonale Kompetensesenter for Psykisk Helsearbeid NAPHA <http://www.napha.no> fremhæves som eksempel herpå, da man i Danmark slås en hel del med at få samlet op på de den viden der eksisterer og de erfaringer der gøres på området, og ikke mindst få produceret og delt denne viden til fælles gavn.

Angående workshop 2, behandling og regionale indsatser, er det samlede indtryk på tværs af landene, at der eksisterer en stor velvilje til at gøre noget anderledes, men dog er der også nogle forskelle. I Norge har man eksempelvis politisk og ikke mindst økonomisk prioriteret at man skal samarbejde, – det kunne vi godt lære lidt af i Danmark.

En anden forskel er, at man i Danmark har gjort meget ud af at sige højt, også politisk, at man skal arbejde recoveryorienteret, i Norge siger man det ikke så meget, man gør det tilsyneladende bare.

Endelig er det, i tråd med seminarets indledende oplæg, tydeliggjort at der er brug for både bottom-up og top-down når der skal foregå forandringsprocesser.

I workshop 1, Forskning og udvikling, har der været en kritisk diskussion af hvordan sygdomsbegrebet definerer indsatsen. Der savnes forskning og der savnes kritikere som er i samme rum.

Der er enighed om at der er en bestemt forskningsform der især er brug for, nemlig aktionsforskning. Virkeligheden er dog at det er meget svært at få penge til den slags projekter. Forskningsdisciplinen findes i Norge, men har det dog heller ikke nemt her.

Så man foreslår at de gode kræfter der har truffet hinanden på seminaret, samles igen, på tværs af forsknings- og referencegrupper, for at italesætte hvad denne forskning mere præcist skal bruges til. Endelig er det centralt at finde måder hvorpå, at dem der forskes om, altså brugerne, er med til at bedrive forskningen.

I workshop 3 om lokalbaserede og kommunale indsatser har der været fokus på, at arbejdet med at udvikle organisationerne med brugerne som partnere, kræver god ledelse. Desuden er det essentielt at man kan være i kaos, da det at blive udfordret på den professionsforståelse man er socialiseret ind i, medfører kaos for en tid.

En fælles pointe for alle workshops er at de gode viljer ikke gør det alene, rammerne skal også understøtte forandringen. Men omvendt handler det også om bare at gøre det, og udfordre rammerne helt ud til grænsen, og gerne lidt over, da dette netop er en af fællesnævnerne for mange af de initiativer vi har hørt om på de to dages seminar.

Seminaret afsluttes. Det næste der sker i DSPR regi er at den årlige konference i Vejle afholdes den 23-24. Oktober 2014. I WAPR-regi afholdes der verdenskongres i Seoul, Korea d. 1-4. November 2015, og der er desuden tale om at arrangere en europæisk kongres.

Referenter: Alice Katrine Burholt (afsnit 1, 2.2, 3.2, 3.3), Christian Ciesla Guld (afsnit 2.1), Lisbeth Drejer Dybro (afsnit 2.3, 3.1)