

STRATEGI

SAINSBURY CENTRE
for MENTAL HEALTH
removing barriers achieving change



Recovery – fra begreb til virkelighed

af Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade

Principperne bag recovery

- Recovery handler om at opbygge et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, defineret af den pågældende person selv, hvad enten der optræder aktuelle eller tilbagevendende symptomer eller problemer.
- Recovery repræsenterer en bevægelse bort fra patologi, sygdom og symptomer, i retning af sundhed, styrke og velbefindende.
- Håb er centralt for recovery, og det kan forstærkes ved, at hver enkelt person selv opdager, hvordan han eller hun kan tage mere aktiv kontrol over sit liv ("aktørbevidsthed") og gennem indblik i, hvordan andre har fundet en vej frem.
- Selvstyring opmuntres og lettes. Selve processen med at tage styring er den samme fra person til person, men det kan være meget forskelligt, hvad der virker for den enkelte. Der findes ikke nogen universalløsning.
- Den hjælpende relation mellem medarbejdere og patienter bevæger sig væk fra en ekspert-patient-relation og mod en 'coach' eller 'partner-orienteret' relation på en fælles opdagelsesrejse. Medarbejderne skal stille sig til rådighed, ikke stille sig over.
- Mennesker gennemlever ikke en recovery-proces alene. Recovery hænger tæt sammen med social inklusion og muligheden for at påtage sig meningsfulde og tilfredsstillende sociale roller i lokalsamfundet, frem for i isolerede tilbud.
- Recovery handler om at opdage - eller genopdage - fornemmelsen af en personlig identitet, der ikke er knyttet til sygdom eller handicap.
- Brugen af begreber, udtryk og historier har stor betydning som formidler af recovery-processen. De fælles betydninger støtter enten en fornemmelse af håb og muligheder, eller kalder på pessimisme og kronicitet.
- Opbygning af recovery-baserede systemer fremhæver medarbejdernes personlige egenskaber lige så meget som deres formelle kvalifikationer. Man forsøger at fremme de ansattes evne til at håbe, være kreative, nære omsorg og medfølelse, realisme og modstandskraft.
- Familiemedlemmer og andre støttepersoner spiller ofte en afgørende rolle for recovery, og de bør inddrages som partnere, hvor det er muligt. Men støtte fra andre mennesker med levede erfaringer er også af central betydning for mange mennesker under deres recovery.

Tilpasset tekst på grundlag af *Recovery – Concepts and Application* af Laurie Davidson fra the Devon Recovery Group. Vi takker ham for tilladelse til at benytte materialet.

Brugercitater

I hæftet benytter vi citater fra bruger. Citaterne er indsamlet under et forskningsprojekt i Scottish Recovery Network (Brown & Kandirikirira 2007). Vi takker for tilladelse til at benytte dette materiale.

Indledning

“For to tre år siden indså jeg, at det faktisk er muligt at gennemføre en recovery-proces ... Jeg troede, at når man først havde fået det, var der ikke mere at gøre – men man kan faktisk komme sig. Det synes jeg er lidt fantastisk ...”

Recovery er en tanke, som passer til tiden. Det centrale i den er en række værdier om menneskers ret til at skabe et meningsfuldt liv for sig selv, med eller uden symptomer på psykisk sygdom. Recovery er baseret på forestillinger om selvbestemmelse og selvstyring. Processen fremhæver betydningen af håb til at opretholde motivation og støtte forventninger om et individuelt tilfredsstillende liv.

Recovery giver psykiatrien og socialpsykiatrien et nyt rationale. Det er blevet det centrale organiserende princip for psykiatrien og socialpsykiatrien i New Zealand (Mental Health Commission, 1998), USA (Department of Health and Human Services, 2003) og i Australien (Australian Government, 2003). Og nærmere vore længskyster er recovery blevet introduceret i Irland (Mental Health Commission, 2005) og i Skotland (Scotland Government, 2006).

Ideerne bag recovery får også opbakning i England i form af forskellige strategier fra det britiske sundhedsministerium, hvor målet er at fremme selvstyring af længerevarende lidelser og 'valg.' Strategierne er formuleret i *The Expert Patient* (Department of Health, 2001); *Our Health, Our Care, Our Say* (Department of Health, 2006a); og *Commissioning framework for health and well-being* (Department of Health, 2007a).

Fleere toneangivende organisationer, der arbejder med psykisk sundhed, i England er begyndt at integrere recovery-tankegangen i driften (fx Devon Partnership NHS Trust, 2007; South London/Maudsley NHS Foundation Trust, 2007; South West London and St. George's Mental Health NHS Trust, 2007).

Hvad angår faglig støtte, har den britiske regerings nationale chefrådgiver for sygepleje i sin nye rapport for mennesker med sindslidelse anbefalet, at recovery-tilgangens grundprincipper og -værdier skal gennemsyre alle områder af den psykiatriske og socialpsykiatriske praksis (Department of Health, 2006b).

Lignende støtte kommer fra engelske faglige sammenslutninger som *College of Occupational Therapists* (2006) og *British Psychological*

Society Division of Clinical Psychology (2000), *Royal College of Psychiatrists, Social Care Institute for Excellence*, og senest har *Care Services Improvement Partnership* også anerkendt recovery-begrebet i et vigtigt positionspapir, *A common purpose*' (RCP/SCIE/CSIP 2007), der blev præsenteret ved *Royal College of Psychiatrists* årskonference i Edinburgh i 2007.

Vi tror, at recovery-begrebet kræver yderligere udvikling, men at det udgør en ramme, som ved seriøs brug vil medføre en radikal forandring af den britiske psykiatri og socialpsykiatri. Dette strategipapir fremlægger nogle af de mest centrale ideer og ser nærmere på deres konsekvenser for de psykiatriske og socialpsykiatriske indsatser. Det skal ikke opfattes som det sidste ord om emnet recovery, men snarere som et forsøg på at starte en debat om, hvordan recovery-tilgangen kan omsættes til praksis, og hvad de eksisterende tilbud skal gøre, for at det kan blive virkelighed.

Definitioner på recovery

“Jeg har taget ejerskab til min sygdom, og jeg påtager mig ansvaret for, hvad jeg gør og ikke gør. Jeg lader den ikke styre mig ... den er ikke hele mit liv, nu er den bare en del af mit liv ...”

“Recovery” er et omdiskuteret begreb. Men en bredt accepteret definition må følge de retningslinjer, som en af recovery-bevægelsens intellektuelle grundlæggere, Bill Anthony, har skitseret:

“[Recovery er] en dybt personlig, unik proces, der handler om at ændre sine holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og roller. Det er en måde, hvorpå man kan leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv, selv med de begrænsninger, der følger af sygdommen. Recovery indebærer skabelse af ny mening og nyt formål i livet, efterhånden som man overkommer de katastrofale konsekvenser af psykisk sygdom ...”

(Anthony 1993)

Recovery-tankegangen er i vid udstrækning formuleret af og for brugere som beskrivelse af deres egne livserfaringer. Medarbejdere i psykiatrien og socialpsykiatrien skal derfor være lydhøre over for anklager om, at de forsøger at 'overtage begrebet.' Ikke desto mindre er det vores opfattelse, at hvis begrebet skal have den effekt, det fortjener, må medarbejderne forstå, hvad det betyder, og i samarbejde med brugerne og andre aktivt støtte op om implementering af det overalt i det psykiatriske og socialpsykiatriske system.

Hvad er så de grundlæggende elementer? Efter at have læst personlige fortællinger om recovery har Andresen, Oades & Caputi (2003) foreslået fire hovedkomponenter. De fremstilles i Boks 1. De minder i meget høj grad om de elementer, der foreslås af Rethink (2008).

Boks 1: Komponenter i recovery-processen

1. **Skabe og opretholde håb**
 - tro på sig selv; have en personlig aktørbevidsthed; stille sig optimistisk til fremtiden.
2. **Genskabe en positiv identitet**
 - skabe en ny identitet, der indtænker sygdommen, men opretholder en grundlæggende positiv selvopfattelse.
3. **Skabe et meningsfuldt liv**
 - få sygdommen til at give mening; finde frem til en mening med livet trods sygdommen; engagere sig i livet.
4. **Påtage sig ansvar og styring**
 - føle, at man har kontrol over både sygdommen og sit liv.

(efter Andresen, Oades & Caputi 2003)

Et centralt grundprincip i recovery er, at ordet ikke nødvendigvis betyder helbredelse ('klinisk recovery' eller 'fuldstændig recovery'). I stedet fremhæves den enkeltes unikke livsrejse med den psykiske sygdom som ledsager, med henblik på at opbygge et personligt liv hinsides sygdommen ('social recovery'). Et menneske kan således genopbygge sit liv uden nødvendigvis at 'komme sig' over sygdommen.

Ligesom ved fysiske helbredsproblemer, må mennesker også finde en måde at leve med de traumer, som psykiske sygdomssymptomer kan påføre dem, og indarbejde disse erfaringer i en ny opfattelse af personlig identitet. Hvad er der sket med mig? Hvad betyder det? Hvorfor er det sket? Disse spørgsmål opstår, uanset symptomerne melder sig første gang, men er specielt problematiske for unge mennesker, hvis identitetsfølelse stadig er under udvikling (Larsen, 2004).

De kan kun afklares, hvis personen kan opdage - eller genopdage - en personlig fornemmelse af at have kontrol over tingene ('aktørbevidsthed') og få en tro på fremtiden (håb). Uden håb kan man ikke komme i gang med at forme sit liv. Recovery handler om denne proces, og processens

kvalitet er derfor central. Inden for det psykiatriske og socialpsykiatriske system har recovery-tankegangen fået størst opmærksomhed i relation til voksnes erfaringer, men kan anvendes på alle, der får alvorlige psykiske problemer, uanset alder. Den kan også anvendes inden for specialiserede områder som retspsykiatri, hjerneskader og narkotika- og alkoholproblemer.

Inden for somatikken kan tankegangen anvendes på alle længerevarende helbredsproblemer: astma, diabetes, gig, hjertesygdomme osv., og håndteringen af disse sygdomstilstande kommer i høj grad til at hvile på informationsformidling og selvstyring foruden behandling og symptomkontrol.

Recovery's oprindelse

"... hen over årene er der faktisk aldrig nogen, hverken psykiatere eller andre, som siger: 'Du kan komme dig.' Det bliver aldrig sagt ..."

Mange af de tanker, der ligger bag recovery-filosofien, er ikke nye. Den vigtigste drivkraft stammer fra bruger-/overleverbevægelsen i 1980'erne og 1990'erne. Den var baseret på selvhjælp, empowerment og fortalervirksomhed. Den udfordrede de traditionelle opfattelser af fagpersoners magt og ekspertise, der gennemsyrede det psykiatriske og socialpsykiatriske system (og kan hævdes stadig at gøre). Disse tanker havde igen deres rødder i 60'ernes og 70'ernes borgerrettighedsbevægelser i USA, og i selvhjælpsgrupper om Anonyme Alkoholikere, hvor selve forestillingen om at være 'under recovery' stadig er et centralt princip.

Recovery-ideerne fik medvind i 80'erne på baggrund af evidens fra undersøgelser af langtidsperspektiverne for mennesker med alvorlige psykiske lidelser som skizofreni. Undersøgelserne satte spørgsmålstejn ved tanken om, at det nødvendigvis ville gå jævnt ned ad bakke for disse mennesker og påviste eksistensen af en lang række mulige udfald. Forskningsresultater viste, at mellem 25 og 66% af alle mennesker, der oplevede en psykose for første gang, kom sig helt eller delvist, defineret som bedring af symptomer i en sådan grad, at de ikke længere griber forstyrrende ind i et menneskes daglige liv, og som giver den pågældende mulighed for at genoptage personlige, sociale og erhvervsmæssige aktiviteter (Davidson & McGlashan, 1997).

De fleste mennesker med alvorlige og langvarige lidelser kan derfor realistisk se frem til 'fuldstændig recovery', mens under en fjerdedel med stor

sandsynlighed vil forblive permanent handicappede. Og selv i disse tilfælde er 'social recovery' ikke umulig, da de måske stadig kan opnå større forståelse af, hvordan de kan håndtere symptomer og skabe et meningsfuldt liv trods deres begrænsninger.

Mange recovery-ideer kan dateres længere tilbage. Der er genlyd af begrebet 'moralisk behandling', som det blev praktiseret i de tidligste institutioner, inspireret af eksempler som den engelske organisation The York Retreat (Digby, 1985). Der er også visse paralleller til bevægelsen af terapeutiske fællesskaber, som var drivkraften bag reformerne af de gamle institutioner efter anden verdenskrig (Clark, 1974). Begge tilgange fremhævede betydningen af human behandling, selvhjælp, gensidig hjælp og værdien af arbejde og andre strukturerede aktiviteter. I Storbritannien har recovery også forbindelse til rehabiliterings-traditionen, ført an af psykiatere som Douglas Bennett (Bennett, 1978; Shepherd, 1984, 1991).

Rehabiliteringsbegrebet er ved at blive omdefineret for at kunne integrere idéer fra recovery (Roberts et al., 2006). Det er stadig meget optaget af sociale i modsætning til medicinske resultater, men der lægges i stigende grad vægt på selvstyring og en 'styrkebaseret tilgang', der fokuserer mere på, hvad folk faktisk kan, end på, hvad de ikke kan. (Rapp & Goscha, 2006). Betydningen af at fastholde håb og høje forventninger er også blevet meget mere fremtrædende (Perkins, 2006). Recovery udgør således en ny begrebsmæssig ramme for den moderne rehabiliteringspraksis.

En recovery-orienteret psykiatri og socialpsykiatri

Rehabilitering er ikke det eneste område af det psykiatriske og socialpsykiatriske system, der er i gang med at omdefinere sig selv. Ifølge den britiske regerings nationale psykiatrikoordinator (National Director for Mental Health)

"... forsøger psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud i stigende grad at overskride rammerne for traditionel klinisk pleje og hjælpe patienter tilbage i det almindelige samfund i kraft af en nydefinering af bedring og helbredelse, så livskvalitet medtænkes – et job, et ordentligt sted at bo, venner og et socialt liv."

(Appleby, 2007a)

Det bekræfter betydningen af 'social eksklusion' som medvirkende faktor til udbrud og opretholdelse af psykiske problemer (Social Exclusion Report 2004); og ligeledes betydningen af 'social

kapital' som en mulig forebyggende faktor (De Silva et al., 2005; Falzer, 2007). Ren strategisk betyder det, at psykiatri og socialpsykiatri skal interessere sig meget mere for menneskers generelle sundhed og trivsel og direkte hjælpe dem til at fungere som fulgyldige medborgere i samfundet (Department of Health, 2007a).

Målsætningen for 'recovery-orienterede' psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud er derfor forskellig fra traditionelle 'behandlings- og helbredelsestilbud.' Sidstnævnte lægger vægt på symptomlindring og forebyggelse af tilbagefald. Inden for recovery-tilgangen er symptomreduktion stadig af betydning og kan sagtens være et vigtigt element i et menneskes recovery-proces, men livskvalitet, som den vurderes af den enkelte, er helt central. Derfor skal det stærkeste bevis for recovery findes i enkeltpersoners egne historier (fx Leete, 1987; Deegan, 1996), snarere end i ændringer af symptomer over tid.

Medarbejdernes rolle

Recovery-tilgangen fordrer også et andet forhold mellem brugere og medarbejdere. Roberts & Wolfson (2004) har kaldt det et skift fra medarbejdere, der opfattes som fjerne autoritets- og ekspertpersoner til en rolle, der mere minder om en personlig coach eller træner: "*... der stiller deres faglige kompetencer og viden til rådighed, samtidig med at de lærer af og værdsætter patienten, som er ekspert i kraft af sine erfaringer.*" Dette baseres på åbenhed, tillid og ærlighed, og det er kvaliteten af denne hjælperelation, der er afgørende.

Målet for medarbejderen bliver således at give personen ressourcer – information, færdigheder, netværk og støtte – så han eller hun så vidt muligt kan styre sin egen tilstand og at hjælpe personen med at få adgang til de ressourcer, han eller hun mener er nødvendige for at kunne leve sit liv. Dette er i fuld overensstemmelse med den orientering, der beskrives i *New Ways of Working* (Department of Health, 2007b). Repper og Perkins (2003) har opsummeret denne forandring meget elegant ved at sige, at medarbejdere skal "stille sig til rådighed, ikke stille sig over." Det indebærer et helt andet magtforhold mellem medarbejderne og de mennesker, de skal servicere.

Recovery-processen drives altså frem af 'håb' (Perkins 2006). Det behøver ikke at betyde, at alle inden for recovery-tilbuddet altid skal være 'håbefulde', selv når de konfronteres med tilsyneladende uoverstigelige praktiske problemer. Selv om det er rigtigt, at recovery-tilgange i alminde-

lighed går ud fra, at menneskers håb og drømme ofte er vigtigere end medarbejdernes vurderinger af, hvad der er 'realistisk', går de ikke ind for et naivt urealistisk syn på tingene.

På visse måder er det ikke andet end en pragmatisk holdning. Menneskers håb og forventninger har som regel større indflydelse på deres adfærd, end medarbejderne umiddelbart tror. Det må erkendes, at medarbejdere ofte er dårlige til præcist at vurdere, hvad der er og ikke er muligt for en bestemt person inden for et bestemt livsområde, og der er hele tiden fare for, at de undervurderer menneskers muligheder og potentiale. Lave forventninger kan alt for let blive til selvopfyldende profetier (Social Exclusion Unit, 2004).

Recovery gør imidlertid ikke medarbejdernes meninger værdiløse. De bør heller ikke lade som om noget er muligt, selv om de dybest set ikke tror det. Derimod bør de huske på, at de sommetider kan tage fejl og anerkende, at der ligger en reel værdi i at støtte menneskers forsøg på at nå mål, de selv har sat, også selv om medarbejderne ikke mener, målene er 'realistiske.'

Hvis symptomforandring er et sekundært mål, får den hjælp, som medarbejderne og tilbud uden for psykiatrien og socialpsykiatrien, yder meget større betydning.

"Ethvert tilbud, behandling, indsats eller støtte skal vurderes ud fra disse betingelser – i hvor høj grad gør de det muligt for os at leve det liv, vi ønsker at leve?"

(Repper & Perkins 2003)

På den måde bliver boligforhold, beskæftigelse, uddannelse og deltagelse i det 'almindelige' samfundsliv og fritidsaktiviteter således centrale mål og ikke bare noget, medarbejdere håber vil ske, hvis personen 'bliver rask.' Behandling, hvad enten det er fysisk, psykisk eller social, er kun nyttig, for så vidt den understøtter disse mål. Dermed vendes der op og ned på traditionelle prioriteringer i psykiatrien og socialpsykiatrien.

Recovery-rejsen

"Skab dig en vision om, hvor du gerne vil være, og forsøg så at finde måder at komme derhen ... Intet bør nogensinde afholde dig fra at være, hvad du gerne vil være ... Lad aldrig nogen bestemme, hvad du skal gøre. Det er ikke deres liv, det er dit liv ..."

Selv om recovery er en valgmulighed for alle, bliver den måske ikke udnyttet i samme udstrækning af alle mennesker (og det er deres 'valg'). Andresen, Caputi og Oades (2006) skitserer på grundlag af omfattende samtaler med brugere 5 trin i recovery-processen. De vises i Boks 2.

Boks 2: De fem recovery-trin

- **Moratorium** – en periode med tilbagetrækning karakteriseret ved en dyb følelse af tab og håbløshed.
- **Bevidsthed** – erkendelsen af, at ikke alt er tabt, og at et tilfredsstillende liv er muligt.
- **Forberedelse** – man tager bestik af sine stærke og svage sider med henblik på recovery, og man begynder at arbejde på at udvikle sine recovery-færdigheder
- **Genopbygning** – aktivt arbejde hen imod en positiv identitet, opstilling af meningsfulde mål og at tage kontrol over eget liv
- **Vækst** – at leve et meningsfuldt liv karakteriseret ved selvstyring af sygdom, modstandskraft og en positiv selvopfattelse.

(fra Andresen, Caputi & Oades, 2006)

De beskrevne trin i Boks 2 skal ikke opfattes som et lineært fremadskridende forløb, alle skal igennem. Det er mere korrekt at opfatte dem som aspekter af den enkeltes engagement i recovery-processen. Hvorfor engagerer alle sig så ikke i samme grad?

Davidson & Roe (2007) peger på, at mange mennesker kan virke uvillige til at engagere sig i recovery på grund af alvorlige symptomer, negative oplevelser med psykiatrien og socialpsykiatrien, medicineringens uudholdelige bivirkninger eller den simple kendsgerning, at det sommetider er for smertefuldt og omkostningsfuldt for dem at se i øjnene, at de har brug for den form for hjælp, som de tilbydes. Det er af afgørende betydning, at den hjælp, disse mennesker tilbydes, støtter dem i at påbegynde deres recovery-rejse.

Først og fremmest skal medarbejderne være villige til at lytte. At kunne lytte er en meget un-

dervurderet kompetence, og selv om det måske føles ubehageligt, er det ofte meget værdifuldt at være parat til ganske enkelt at sidde og lytte, mens personen forsøger at skabe mening i sin forstyrrelse og lidelse (det kan også være smertefuldt for medarbejdere at lytte til brugeres meninger om tidligere psykiatriske og socialpsykiatriske indsatser, hvor medfølelse og indlevelse har manglet). Den pågældende kan så tilskyndes til at nedskrive sine symptomer og mestringsstrategier, og ved at fokusere på små skridt i retning af forandring kan fornemmelsen af selv at have kontrol med smertefulde begivenheder øges (Perkins 2007).

I takt med at denne proces udvikles, kan personen eventuelt arbejde på at formulere en fælles 'kriseplan', der inddrager både koordinator og psykiater. Det er en slags 'psykiatrisk testamente', der direkte involverer hele behandlingsteamet, og som har vist sig at have stor effekt i forhold til at nedbringe antallet af ufrivillige indlæggelser (Henderson et al., 2004).

Hvis medarbejderne kan begynde at indtage en mere tilbagetrukket rolle, dele magten med og anerkende bidrag fra 'eksperter gennem erfaring' - brugere og pårørende - kan alle parter få udbytte. Hvis mennesker kan opnå større kontrol med deres symptomer og styringen af dem, specielt under kriser, vokser deres selvtillid og de kan tage kontrol over aspekter af deres liv.

Betydningen af arbejde og beskæftigelse

"Det sværeste ved at have en psykisk lidelse er følelsen af, at man hele tiden tager imod, at folk altid skal give en noget, at andre mennesker altid støtter en ... Min recovery har handlet om at finde frem til måder, der gør, at jeg kan give noget tilbage til andre mennesker, jeg holder af ..."

En af de vigtigste indikatorer på fremskridt er et menneskes evne til at træde ud af 'sygerollen' og blive andet og mere end blot en passiv modtager af behandling. Uanset om det sker gennem arbejde eller simpelthen ved at opdage, at man kan dele sin livshistorie med andre og derved give dem håb og inspiration, så er det ofte et afgørende skridt i recovery-processen.

Arbejde og beskæftigelse er og bliver menneskers primære kontaktflade til deres nærmiljø, og det de bygger deres liv op om. At opdage, at man 'har noget at give', også selv om man har brug for hjælp, er vigtig for opbygningen af en positiv selvopfattelse, og det er selve kernen i recovery-tankens.

Der er selvfølgelig en fare for, at 'arbejde' bliver opfattet som en mirakelkur. Og der er en frygt for, at regeringernes iver efter at nedbringe antallet af mennesker på overførselsindkomster, vil tvinge mennesker med psykisk lidelse tilbage på arbejdsmarkedet og dermed øge deres problemer i stedet for at lindre dem.

Det er tydeligvis nødvendigt at finde en balance mellem farerne ved at tvinge folk tilbage i arbejde og farerne ved at udelukke dem fra at arbejde gennem en kombination af uvidenhed, fordomme og mangel på effektiv hjælp. Vi tror, at eksklusion stadig udgør den største fare. Der findes i hvert fald masser af beviser på, at langt de fleste mennesker med psykiske lidelser gerne vil arbejde, hvis de bare kan få den rigtige hjælp og støtte (Seebohm & Secker, 2005). Hvis recovery skal blive til virkelighed, skal beskæftigelse prioriteres højt.

Familie og venner

Psykiske problemer har vidtrækkende konsekvenser ikke bare for den ramte selv, men også for den nære omgangskreds. Familie og venner står ofte for hovedparten af støtten til den enkelte og kan spille en væsentlig rolle i forhold til at understøtte recovery og social inklusion. Hvis de skal have held med det, er de nødt til at sætte sig ind i den pågældendes situation og de udfordringer, der ligger forude, og så skal de have den nødvendige støtte, så de kan hjælpe den pågældende person under hans eller hendes recovery-rejse.

Ikke desto mindre føler familie og venner sig ofte dårligt informeret og uden opbakning. Nogle pårørende føler også stadig, at medarbejdere implicit - sommetider også eksplicit - giver dem skylden for deres pårørendes problemer. Det skaber ikke ligefrem de bedste betingelser for at etablere et godt samarbejde (Repper et al., 2007).

Familie og venner står også med udfordringen om at skabe deres egen recovery-proces. Også de må reevaluere deres liv ved at forlige sig med det skete og foretage de nødvendige tilpasninger. Familie og venner må finde nye kilder til værdi og mening både i forhold til dem selv og i forhold til deres nærmeste. Alt for ofte opdager pårørende, at deres egne sociale netværk, relationer og muligheder reduceres, og føler sig også stigmatiseret og socialt udstødt.

Det er derfor vigtigt, at det psykiatriske og socialpsykiatriske system også understøtter recovery-processen for pårørende og andre, der står en bruger nær, og hjælper dem med at skabe

mening med det skete, genopbygge deres liv og skaffe sig adgang til de muligheder, de sætter pris på.

Forhindringer for en recovery-orienteret praksis

“Nu er jeg altså ikke dum. Måske er jeg deprimeret, måske trækker jeg mig ind i mig selv, måske er jeg psykotisk – men sådan er jeg ikke hele tiden ...”

Trods recovery-tankegangens popularitet og indbyggede tiltrækningskraft har den sine kritikere. Der er allerede tegn på en 'reaktion' mod recovery-ideer blandt brugerne. Af nogle opfattes de ganske enkelt som en begrundelse for at skære i offentlige ydelser og økonomiske tilskud og tvinge folk tilbage i arbejde. Det er en forståelig frygt, men bør efter vores mening ikke overskygge værdien af recovery-orienteret arbejde og mulighederne for at forandre de psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud til det bedre.

Nogle af de mest udbredte indvendinger mod recovery-tilgangen opsummeres af Davidson et al. (2006). De er anført nedenfor.

1. *“Recovery er en gammel nyhed. Hvorfor er det så stor en ting? Vi har praktiseret recovery i årevis.”*

Der er visse velkendte tanker i recovery, men eftersom den handler om langvarige (og vanskelige) menneskelige problemer, er det måske ikke så overraskende. Selv om der ikke er meget nyt inden for psykiatrien og socialpsykiatrien, er det vores påstand, at 'recovery' alligevel adskiller sig så meget, at det kan retfærdiggøres at betragte det som et nyt begreb med vigtige nye implikationer.

2. *“Recovery-orienteret omsorg øger medarbejdernes arbejdsbyrde. Vil du dermed sige, at jeg ikke bare skal støtte og behandle folk, men nu også stå for deres recovery?”*

Recovery indbærer ikke nye belastninger, hvis det træder i stedet for eksisterende ideologier. Der er en umiddelbar fare for at øge medarbejdernes arbejdsbelastning, hvis recovery-orienteret arbejde simpelthen 'lægges oveni'. Tværtimod så erstatter recovery-modeller den traditionelle tilgang om vurdering, behandling og helbredelse inden for psykiatrien og socialpsykiatrien. På den måde bør det ikke øge overbelastede medarbejders arbejdsbyrde. Faktisk kan der ligefrem argumenteres for, at det letter byrden.

3. *“Recovery beyder, at personen er rask. Hvad vil det sige at 'være i recovery'? Kan du ikke se, hvor handicappede de stadig er? Er det ikke en selvmodsigelse?”*

Nej. Recovery handler om mennesker og deres liv. Hvad der sker med en persons 'sygdom', er en anden snak. 'Helbredelse' og 'recovery' er ikke det samme, selv om aktiv behandling kan være et vigtigt element i recovery-processen.

4. *“Recovery lykkes kun for ganske få mennesker med alvorlige sindslidelser. Du taler ikke om de mennesker, jeg møder. De er for dårlige. Recovery er ikke en mulighed for dem.”*

Jo, det er. Recovery er mulig for alle. Det er derimod ikke alle, der er klar – eller villige – til at engagere sig i en recovery-proces på samme måde. Mennesker vælger selv deres egen recovery-vej. De andres opgave (herunder fagpersoner) er at sikre, at de aldrig mister troen på, at de kan forfølge egne håb og ambitioner.

5. *“Recovery i psykiatrien og socialpsykiatrien er en uansvarlig modedille. Det er bare den sidste nye trend, som kun fører til nederlag.”*

Nej. Det er sandsynligvis den vigtigste nye rettesnor for psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. Recovery samler flere ideer (empowerment, selvstyring, handicaprettigheder, social inklusion og rehabilitering) under en enkelt overskrift, der signalerer en ny retning for det psykiatriske og socialpsykiatriske system. Recovery forsvinder ikke fra den ene dag til den anden.

6. *“Recovery indtræffer først efter og som resultat af aktiv behandling og skabelse af indsigt. Mine patienter vil ikke engang anerkende, at de er syge. Hvordan kan jeg tale med dem om recovery, når de ikke har nogen sygdomsindsigt?”*

Det er ikke rigtigt. Behandling og at opnå en forståelse af sig selv og sygdommen går hånd i hånd med recovery. Som allerede angivet kan 'aktiv behandling udmærket spille en vigtig rolle i recovery-processen. Der er ikke noget selvmodsigende ved dette. 'Indsigt' er et meget omstridt koncept. Der er ikke tale om en alt eller intet-mekanisme, og ingen har monopol på det. 'Indsigt' spiller ikke nær så stor en rolle, som den enkeltes vurdering af forskellige aspekter af sit liv.

7. *“Recovery kan kun praktiseres, hvis der indføres nye systemer. Vi vil skam gerne arbejde recovery-orienteret, hvis vi får ressourcerne/ pengene /og medarbejderne til det.”*

Det er ikke korrekt. Der er i England allerede masser af politikker på det psykiatriske og socialpsykiatriske område, som understøtter recovery-tilgange. I England er der ikke behov for nye politikker eller systemer. Det, der er behov for, er at få de eksisterende tilbud til at fungere bedre, sikre de er tilpasset brugernes behov og har en klar recovery-orientering.

8. *”Recovery-ydelser kan ikke godtgøres og er ikke evidensbaserede. Først var der managed care, så kom evidensbaseret praksis og nu er det så recovery. Men recovery er hverken omkostningsbesparende eller evidensbaseret.”*

Det kan hævdes, at recovery ikke er en hensigtsmæssig udnyttelse af sundhedsvæsenets midler, hvis det eneste der opnås er sociale fremskridt. Men sociale fremskridt har stor sundhedsmæssig effekt. Evidens fra personlige fortællinger tyder på, at det at føle, at man har mere ’kontrol’ over sit liv og at finde mening hinsides sygdom har betydelige sundhedsmæssige konsekvenser. Recovery indebærer også i højere grad at opnå en række sociale mål.

Hvad angår påstanden om, at recovery ikke er ’evidensbaseret’, så har forskellige former for evidens forskellig anvendelse. Personlige beretninger har umiddelbar gyldighed, og der eksisterer allerede evidens fra kontrollerede forsøg, fx om modeller for kommunikation af information om skizofreni, tilgange til selvstyring af symptomer, effektiv hjælp til familier, effektive tilgange til beskæftigelse på det almindelige arbejdsmarked osv., som kan bruges til at støtte mennesker på deres recovery-rejser.

9. *“Recovery-tilgange devaluerer faglige indsatser. Hvorfor har jeg brugt 10 år på at uddanne mig, hvis det er en anden uden uddannelse, der træffer alle beslutningerne?”*

Nej, faglige input er stadig vigtige, men de optræder i en anden kontekst i forbindelse med recovery. Fagfolk har ekspertise i effektive behandlingsindsatser, gruppers funktion, spørgsmål om engagement og begrebsrammer, så de kan bistå med udvikling af tilbud og serviceydelser. Fagpersoner skal ikke holde op med at være ’faglige’ – ofte handler det slet ikke om at introducere nye indsatser – men om, hvordan de eksisterende indsatser udføres, og i hvilken kontekst.

10. *“Recovery øger medarbejdernes risiko og ansvar. Hvis recovery er den enkeltes ansvar, hvorfor er det så mig, der får ballade, når tingene ikke virker?”*

Al psykiatrisk og socialpsykiatrisk arbejde er forbundet med risici. Der kan være en øget risiko forbundet med ’recovery-orienterede’ tilbud, men sommetider er det nødvendigt at løbe en risiko for at lære og vokse. Det er vigtigt at skelne mellem risici, der skal minimeres (selvskade, skade på andre) og risici, som mennesker har ret til at løbe. Recovery-orienteret arbejde fremmer mulighed for vækst og forandring (*’risk of dignity’*), men på en ansvarlig måde.

I langt de fleste tilfælde er risikoen rent faktisk fælles, og alle involverede bør være klar over, hvilke risici de i realiteten løber. Vælger en person at ignorere klart dokumenterede faglige råd, bærer de selv risikoen. Begår en medarbejder en handling, der klart er i strid med ’omsorgspligten’, er det hans eller hendes ansvar. Under alle omstændigheder er risikoen ikke ordentligt styret. Det er i hvert fald ikke til nogen hjælp, hvis fagpersoner tror, de alene bærer ansvaret for, hvordan folk lever deres liv.

Hvordan ser recovery-orienteret praksis ud?

En af de største forhindringer for implementering af recovery-orienteret praksis har været manglen på klarhed og enighed om, hvad recovery egentlig vil sige i praksis. Hvad kendetegner ’recovery-orienterede’ tilbud? Hvordan kan vi se, at vi er på rette vej og gør fremskridt? Hvis det lykkes at etablere recovery-orienterede tilbud, hvilke fordele vil det så give brugerne?

Forsøg på at definere og måle recovery er – næsten uvægerligt - dømt til fiasko. Processen er så unik og personlig en rejse, at forsøg på at opstille proces- og resultatindikatorer i bedste fald virker arrogante, i værste fald stødende. Ikke desto mindre er der gjort flere forsøg på at opstille mål for recovery-orienteret praksis (Campbell-Orde et al., 2005; Tondora & Davidson 2006), og der arbejdes stadig på at udvikle flere (Andresen, Caputi & Oades, 2006).

Selvfølgelig kan medarbejdere og de psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud ikke i sig selv praktisere recovery – den kan kun leves gennem brugerne og deres familier. Men man kan forsøge at skabe de betingelser, der gør, at brugere føler sig

myndiggjort, og hvor deres 'aktørbevidsthed' kan blomstre. Man kan i hvert fald forsøge at undgå at skabe betingelser, der gør det umuligt.

Trods farerne ved en 'reduktionistisk' tilgang til dette område, vil vi alligevel hævde, at det er vigtigt, at forsøge at beskrive begreberne bag recovery og deres praktiske betydning så klart som muligt. Faktisk peger nyere erfaringer fra Storbritannien på, at det er vanskeligt at gennemføre en meningsfuld reform af det psykiatriske og socialpsykiatriske system uden en vis form for 'operationalisering.' De indiskutable succesfulde reformer af det psykiatriske og socialpsykiatriske system, der har fundet sted gennem de sidste 10 år (Appleby 2007b), skyldes således i vid udstrækning indflydelsen fra klare modeller for levering af serviceydelser, underbygget med meget detaljerede 'Veiledninger til implementering af strategier' (*Practice Implementation Guides - PIGs*) Er der også behov for en recovery-vejledning? Og hvordan kunne den tænkes at se ud?

Det sikkert bedst kendte forsøg på at måle recovery-orienteret praksis i Storbritannien er DREEM (*Developing Recovery Enhancing Environments Measure*) [Mål for udvikling af recovery-fremmende omgivelser]. Det er oprindeligt opstillet af Priscilla Ridgeway og hendes kolleger i USA (Ridgeway & Press, 2004), og derpå modificeret til brug i Storbritannien af Piers Allott og Peter Higginson.

DREEM er blevet brugt til at undersøge medarbejderes og brugeres syn på recovery og i hvilken udstrækning de er understøttet inden for specifikke tilbud (Dinniss et al., 2007). Det bruges også så småt som et forbedringsværktøj til støtte for udvikling af en recovery-orienteret praksis på tværs af tilbud over tid (Gillespie, 2007).

DREEM virker som et brugbart instrument. Det giver en mangesidet definition af recovery og recovery-orienteret praksis, og et forsøg på at beskrive effekter fra et brugerperspektiv. At vurdere brugere og medarbejderes perspektiver samtidigt gør det muligt at sammenligne dem, og den deraf affødte diskussion kan bruges til at kvalificere igangværende forsøg på at forbedre kvaliteten af serviceydelser og tilbud.

Men det centrale spørgsmål om, hvilke former for *adfærd* medarbejderne skal tilstræbe for at skabe en recovery-orienteret praksis, står stadig åbent. Hvilke træningsprogrammer er der behov for, hvis man ønsker at fremme forskellige former for adfærd, og hvilke organisatoriske faktorer vil med sandsynlighed bidrage til - eller modvirke - implementeringen af en sådan praksis i hele organisationen?

Medarbejdernes kvalifikationer og viden

Et af de mest interessante forsøg på at specificere nøglefaktorerne i 'recovery-orienteret' arbejde på medarbejderniveau kommer fra Borg & Kristiansen (2004). De nåede frem til følgende nøglekarakteristika:

- Åbenhed
- Samarbejde på lige fod
- Fokus på individets indre ressourcer
- Gensidighed
- Vilje til at yde en ekstra indsats

Disse generelle kvalifikationer skal så kombineres med gode relationelle evner - empati, omsorg, accept, gensidig bekræftelse, opmuntring til ansvarlig risikovillighed og positive forventninger til fremtiden. Ifølge Perkins (2006) er 'relationer, der skaber håb' helt centrale for recovery-orienteret praksis.

Lignende forsøg på at definere recovery-orienterede medarbejderes kompetencer og evner finder man hos O'Hagan (2001, citeret i Roberts & Wolfson, 2004) og Glover (2002). Med afsæt i disse ideer, er det nu muligt at identificere de daglige kontaktflader og det samspil, som kan forventes at opstå i recovery-orienterede tilbud. I Boks 3 beskrives disse i henhold til 'refleksiv praksis.'

Boks 3 danner grundlag for udviklingen af et sæt standarder, der som foreslået af Slade & Hayward (2007) kan omdannes til en 'fidelity scale' (modeltrofasthedsskala), der kan bruges til at vurdere, om medarbejderne reelt arbejder recovery-orienteret i det daglige. Derudover giver standarderne også oplysninger om personlige kvalifikationer, der kan bruges ved rekruttering af medarbejdere, og endelig skaber de en organisatorisk ramme for lederes feedback til medarbejderne om deres arbejdsindsats. Standarderne er korte nok til at sætte op på en opslagstavle, eller ligefrem - med en smule redigering - til at trykke på et kort, som alle medarbejderne kan have på sig. Det er ikke perfekt, men det er et skridt i retningen af at formulere en klar definition på recovery-orienteret praksis, som tager udgangspunkt i den daglige kontakt og samspillet mellem medarbejdere og brugere.

Udfordringen består derfor i at oversætte disse principper (eller noget der ligner) til et sæt standarder for teamets indsats. Teams udgør nu de centrale byggesten i psykiatrien og socialpsykiatrien og - hvad enten der er tale om lokalpsy-

kiatriske teams, krise-teams, opsøgende teams eller tidlig intervention – skal målet være at levere en indsats, der bygger på en recovery-orienteret tilgang. Det er der allerede mange teams, der forsøger at gøre, men de skal følges tæt af lederne og hele tiden styrkes og have tilbagemeldinger på baggrund af et klart sæt af standarder. Fx:

Boks 3: Top 10-liste med ideer til recovery-orienteret arbejde

Efter hver interaktion bør medarbejderne spørge sig selv, om han eller hun ...

- aktivt lyttede for at hjælpe personen til at få forståelse af de psykiske problemer?
- hjalp personen med at identificere og prioritere personlige recovery-mål - ikke faglige mål?
- viste tiltro til personens styrker og ressourcer i forhold til at opnå målene
- pegede på eksempler fra egne 'levede erfaring' eller andre brugeres, der inspirerer til og bekræfter personens håb?
- lagde specielt mærke til betydningen af mål, der flytter personen væk fra sygerollen' og sætter personen i stand til aktivt at bidrage til andres liv?
- opdagede ressourcer af ikke-psykiatrisk art - venner, kontakter, organisationer - som er relevante for realiseringen af den pågældendes mål?
- tilskyndede til selvstyring af psykiske problemer (ved at give information, forstærke eksisterende mestringsstrategier osv.)?
- diskuterede den pågældendes ønsker om en terapeutisk indsats, f.eks. psykologisk behandling, alternativ terapi, fælles kriseplanlægning osv., med respekt for hans eller hendes ønsker, hvor det er muligt?
- til enhver tid opførte sig med respekt for den pågældende og udtrykte ønske om et ligeværdigt samarbejde og partnerskab, der viser en vilje til at yde en ekstra indsats?
- trods anerkendelse af, at fremtiden er usikker og at der vil komme nederlag, hele tiden udtrykte støtte til muligheden for at realisere selvdefinerede mål – dvs. opretholdt håb og positive forventninger.

(efter Shepherd, 2007)

- Er der mulighed for at brugerne kan ansættes i roller i teams (herunder som direkte plejepersonale)?
- Tilskynder teamet til reel brugerinddragelse i beslutninger om behandling og handleplaner?
- Går teamlederen op i at sikre, at personalet altid udviser holdninger præget af respekt og lighed over for brugerne (og deres familier)?
- Hvordan sikrer lederen, at dette sker?
- Optræder 'opfølgning på kvaliteten af teammedarbejdernes recovery-orienterede arbejde' i deres jobbeskrivelse og mål for vurdering af den personlige indsats?

Fremtidens hovedopgaver består i at opstille sådanne standarder for teams og dernæst sikre, at de opfyldes.

Efter specificeringen af praksis kommer nu spørgsmålet om medarbejdernes uddannelse. Der findes allerede brugbart materiale om medarbejdernes uddannelsesbehov (viden og kvalifikationer) i *Capabilities for Inclusive Practice* [Evner for inkluderende praksis] fra Englands nationale program for social inklusion (*National Social Inclusion Programme (2007)*). Det bygger på 10 grundlæggende fælles evner '*Ten Essential Shared Capabilities*' (NIMHE 2004), der rummer mange recovery-ideer. Hver evne beskrives i lyset af dens betydning for en inkluderende organisation eller tilbud. Der findes også et særskilt afsnit om muligheden for at fremme recovery, men det er relativt kort.

Capabilities for Inclusive Practice er meget omfattende og udformet med henblik på at informere, indkøre og hjælpe tilbud med at udvikle deres kapacitet. Det anerkendes dog, at den vejledning, der skal gives til den enkelte medarbejder, nødvendigvis må integreres i det daglige arbejde gennem udformning af passende arbejdsroller, arbejdsbeskrivelser og effektiv supervision.

Slutmålet er at indarbejde alle disse ideer i organisationens bestemmelser og procedurer for at skabe en 'kultur', der fremmer en recovery-orienteret praksis. Vejledningen kan hjælpe med at tackle spørgsmål som:

- Begynder det med et 'idégrundlag' og lederskab 'oppefra', eller bør det bygges op nedefra?
- Hvilken plads skal uddannelse af medarbejderne have?
- Hvordan tilrettelægges, og hvem skal stå for uddannelsen?
- Hvilken betydning har det at ansætte medarbejdere med brugererfaring?
- Hvad er målet for, hvor mange mennesker med psykiske problemer, der skal være i medarbejdergruppen?
- Hvad bidrager nuværende medarbejdere med levede erfaringer med psykiske problemer med?
- Hvordan tackler vi stigmatisering under rekruttering og medarbejderprocesser?

Ud over at fokusere på selve processen med at levere en recovery-orienteret indsats, bør vi også se på de resultater, vi håber processerne vil kaste af sig. Fra et brugerperspektiv er det væsentligste resultat helt enkelt: et tilfredsstillende og meningsfyldt liv. Som tidligere nævnt måles dette sandsynligvis bedst gennem en eller anden form for fortælling.

Men for mange brugere er det ikke bare et spørgsmål om at 'have det godt' eller 'føle sig' socialt inkluderet osv. De vil gerne se objektive beviser i form af adgang til flere ordinære boliger, arbejde på ordinære vilkår, uddannelse og andre 'almindelige' samfundsaktiviteter. Der findes etablerede metoder til at måle den slags resultater, og nye metoder med et specifikt recovery- og inklusionsperspektiv er på vej (Huxley et al., 2006). Efter vores opfattelse er det også vigtigt at medtage disse 'objektive' mål på linje med evidens fra personlige fortællinger.

Boks 4: Kan organisationer 'forandres' – et eksempel fra USA

Siden 1999 har den amerikanske uafhængige organisation META, der bl.a. leverer psykiatriske serviceydelser, valgt en radikal tilgang til at fremme recovery. Set med amerikanske briller er META en lille nonprofit-organisation (350 medarbejdere) med base i Phoenix, Arizona (Ashcraft & Anthony, 2005).

I foråret 1999 deltog medarbejdernes fra META sammen med administrerende direktør, Gene Johnson i en national workshop. Her fortalte mennesker med sindslidelser – herunder en anerkendt psykiater – hvor nedslående det var at føle sig konstant nedvurderet, magtesløs og uden respekt fra de organisationer, der har til formål at hjælpe dem. Det havde Gene og hans kolleger det rigtig dårligt med, og de nåede da også frem til, at deres organisation hørte til denne type.

Derfor besluttede de at kaste sig ud i en 'recovery-proces' for hele organisationen, der har mange paralleller til recovery-processer for enkeltpersoner. En af de ledende deltagere i processen, Lori Ashcraft, har beskrevet nogle af de vigtigste trin:

- **Revision af organisationens målsætninger og sigte (idégrundlaget).**
Det blev nu lavet om fra at have en målsætning om at organisationen skulle være 'fremragende', til en målsætning om ansvar for at forbedre andres liv.
- **Forpligtelse til fuldt ud at inddrage mennesker med sindslidelser i organisationens drift på alle niveauer og i alle funktioner.**
META startede med at rekruttere en person med 'levede erfaringer' med sindslidelse til ledelsesteamet. Det havde stor effekt, og META begyndte hurtigt direkte at efterspørge og uddanne folk med 'levede erfaringer' som kunne arbejde sammen med andre fagfolk i organisationen. I øjeblikket har over 70% af METAs medarbejdere levede erfaringer. Af disse

er 36% fuldtidsansatte og 64% arbejder på deltid. Denne ændring i 'kompetence-mix' har været nøglen til en forandring af organisationskulturen.

■ **Skift til en 'uddannende' frem for 'terapeutisk' model.**

Organisationen indså hurtigt, at hvis mennesker med 'levede erfaringer' skulle blive i stand til at fungere effektivt som ansatte, havde mange af dem brug for specifik træning. Derfor udviklede man et træningsprogram i recovery for 'medarbejdere med brugererfaring.'

Et år efter endt uddannelse var 89% af deltagerne fra en gruppe i arbejde, heraf var 29% fuldtidsansat, 52% deltidsansat og 19% timeansat. (Hutchinson et al., 2006).

Ud over uddannelsesprogrammet til medarbejdere med recovery- og brugererfaring afholder organisationens uddannelsescenter *Recovery Education Centre* også recovery-kurser for brugere med udgangspunkt i Den Personlige Arbejdsbog '*Wellness Recovery Action Plan - WRAP*' på engelsk (Copeland, 2000).

Desuden udbyder centret kurser om at have en bolig, beskæftigelse og livet i lokalsamfundet, og afholder desuden kurser for medarbejdere fra lokal- og socialpsykiatrien og lokale uafhængige tredje aktører. På langt de fleste af kurserne er underviserne specialuddannede 'medarbejdere med brugererfaring.' Selve bevægelsen hen imod en uddannelsesmodel blev drevet frem af en ideologisk tro på værdien af uddannelse frem for terapi.

"Vi ønskede at centret skulle have fokus på at understøtte og udvikle folks stærke sider i stedet for at fokusere på, hvad der var 'galt' med dem"

(Ashcraft & Anthony 2005, s. 15)

Uddannelsescentret *Recovery Education Centre* blev derfor drivkraften og omdrejningspunktet for organisationens udvikling. Centret har uddannet over 500 medarbejdere med bruger- og recovery-erfaring, ikke bare til at arbejde i META, men også

hos andre psykiatriudbydere over hele USA (og senest også i Skotland og New Zealand). Organisationen er et lysende håb og er levende bevis på, at mennesker med sindslidelse kan yde et direkte bidrag til deres egen og andres recovery-proces ved at bruge egne erfaringer som en faglig kompetence og som lønnede medarbejdere.

■ **Etablering af et systematisk støttesystem til 'medarbejdere med brugererfaring' ansat i tilbud**

Det gik op for META, at hvis medarbejdere med brugererfaring fortsat skulle bidrage konstruktivt til den psykiatriske og socialpsykiatriske indsats, havde de brug for løbende støtte og supervision ligesom andre faggrupper. Det mål er nu nået, både internt i META og i andre organisationer, der har medarbejdere med brugererfaring ansat. Det ses som et centralt element for ikke at miste det unikke bidrag, som medarbejdere med brugererfaring udgør.

■ **Fleksibel vækst, udvikling af nye aktiviteter uden at miste kerneværdier og indfrielse af opstillede resultatmål hver gang.**

I de 10 år, hvor META er vokset, har organisationen udviklet nye aktiviteter inden for områder som krisehåndtering, bolig og beskæftigelse uden at give køb på målet om brugerinddragelse og recovery. META har konstant nået sine resultatmål (nedbringe antallet af genindlæggelser, forbedre stabiliteten i brugernes boligsituation, reducere brugen af fysisk tvang på hospitalerne osv.), samtidig med at organisationen konkurrerer med andre uafhængige og private udbydere af psykiatriske og socialpsykiatriske ydelser på det amerikanske marked.

(Læs mere på www.recoveryinnovations.org)

Organisationer 'i recovery'

“Jeg vil bestemt gerne arbejde med noget, hvor jeg føler at jeg kan yde et bidrag ... Jeg føler, at jeg har masser af uudnyttet potentiale, og hvis jeg kan blive ved med at have det godt, kan jeg få noget ud af mit liv. Jeg vil ikke leve et liv, hvor jeg ikke udretter noget ...”

At omstille psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud til at arbejde recovery-orienteret kan kræve radikale ændringer i måden at organisere sig på. META (Boks 4) er et eksempel på en organisation 'i recovery', som har været igennem en forandringsproces, der reelt har været brugerdrevet.

I eksemplet med META, har den centrale betydning af 'levede erfaringer' været en samlende kraft for organisationen snarere end en kilde til konflikt. Det har gennemsyret udformningen af indsatserne og organisationens udvikling, og eftersom det er accepteret, at hovedparten af arbejdsstyrken selv har 'levede erfaringer' med sindslidelse, enten fra eget liv eller gennem deres nærmeste, er de traditionelle barrierer mellem 'medarbejdere' og 'brugere' blevet brudt ned. Begge grupper respekteres for det, de kan bidrage med, men organisationens kraft udspringer af det centrale fokus på brugernes behov frem for fagfolks prioriteringer. Det har været en grundlæggende kulturforandring.

Mange psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud i Storbritannien er langt fra dette mål. Faglige særinteresser, fokusering på risikostyring på bekostning af læring, økonomisk pres, ansøgninger til fonde osv. har bidraget til at skabe systemer, som har mistet fokus på brugernes og deres familiers klart udtrykte behov (Healthcare Commission, 2007). Erfaringer fra META viser, at disse organisationer kan forandres (på blot 10 år!), men det kræver visioner, værdier, ledelse – og masser af hårdt arbejde.

At forandre tilbud gennem ændret rekrutteringspraksis

For META begyndte forandringsprocessen med en grundlæggende ændring af organisationens rekrutteringspraksis. I Storbritannien har man en forpligtelse til at ansætte mennesker med sindslidelse inden for psykiatrien og socialpsykiatrien (Department of Health, 2002), og der findes mange gode vejledninger på området (fx Seebohm & Grove, 2006). Det såkaldte STR-initiativ ('Support, Time and Recovery workers,' Department of

Health, 2003) har også vist sig meget værdifuldt, men der er lang vej endnu, før vi når samme niveau og resultater, som META og andre organisationer.

Et godt eksempel på ansættelse af mennesker med sindslidelser i det offentlige sundhedsvæsen er den nationale organisation *South West London and St. George's* (www.swlstg-tr.nhs.uk). I 1995 etablerede organisationen et 'Beskæftigelsesprogram for brugere', der skulle øge adgangen til ordinære job i psykiatrien og socialpsykiatrien for mennesker, der har erfaring med sindslidelse. Mellem 1995 og 2007 fik 142 personer støtte i 163 stillinger i organisationen, og den 1. januar 2007 arbejdede 86% af dem fortsat i eller uden for organisationen eller var under uddannelse (Perkins, Rinaldi & Hardisty, 2008).

Desuden havde mindst 15% af alle nyansatte i organisationen, hvert år fra 1999 til 2006, selv erfaringer med sindslidelse, og en mere detaljeret analyse af ansættelsesdata fra 2005/6 viser, at der var flere nyansatte med sindslidelse blandt ansatte i højere stillinger.

Det er meget lovende udviklingstendenser, men *South West London & St. George's* er stadig undtagelsen snarere end reglen. Indtil vi begynder at tænke mere radikalt over, hvordan ændrer sammensætningen af arbejdsstyrken i psykiatrien og socialpsykiatrien, er det uundgåeligt, at organisationskulturen fortsat vil være fagligt fokuseret.

Afsluttende bemærkninger

“Det er svært at være uenig i påstanden om, at recovery bør være det styrende mål i fremtidens psykiatri og socialpsykiatri. For hvad er pointen med vores arbejde og indsatsen, hvis vi ikke støtter enkeltpersoner og deres familiers personlige recovery-proces? Det er også klart, at langt fra alle har det godt med at tage “recovery-dagsordenen” til sig, og både fagfolk, brugere og pårørende har alle givet udtryk for forbehold, som bør overvejes omhyggeligt.”

(Roberts & Hollins 2007, s. 297)

Recovery er en væsentlig ny idé, der har store konsekvenser for udformningen og driften af psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. Der er utvivlsomt hindringer for dens gennemførelse i praksis. Som bidrag til at overkomme forhindringerne,

kan det være værdifuldt at overveje en 'recovery-implementeringsguide', der udstikker enkle retningslinjer for praksis på individuelt niveau, team-niveau og organisatorisk niveau.

En sådan recovery-implementeringsguide kan bruges som udviklingsredskab, og holde lokale tilbud op imod vedtagne standarder og give dem et løft frem mod en mere recovery-fokuseret orientering ved gentagne audits. Det svarer i meget høj grad til aktionsforskningsparadigmet, som har vist sig at være en af de mest effektive måder at gennemføre omfattende organisatoriske forandringer på (Iles & Sutherland, 2001).

En mere radikal måde at forandre psykiatrien og socialpsykiatrien kan være at ændre rekrutteringspraksis, så flere mennesker med 'levede erfaringer' ansættes i lønnede stillinger, herunder som ledere og medarbejdere.

Under alle omstændigheder vil omstillingen til en 'recovery-orienteret praksis' føre til store ændringer i kulturen, men også i *organisationen*. Det betyder, at hele organisationen skal acceptere, at sindslidelse er overalt omkring os, og at folk med sindslidelse allerede er involveret i og en del af psykiatriske og socialpsykiatriske ydelser. Problemet er bare, at de opmuntres til at hemmeligholde det forhold.

Alt det indebærer visse radikale ændringer af de traditionelle magtrelationer og muligvis også af traditionel rekrutteringspraksis. Dette er imidlertid fremtid. I mellemtiden håber vi, at dette strategipapir kan være med til at gøde jorden for et nationalt engagement, så recovery-orienteret praksis bliver standarden i hele det psykiatriske og socialpsykiatriske system i Storbritannien.

Dette strategipapir markerer starten på *Sainsbury Centres* arbejde med at forfine visionen og definere de skridt, der skal følge efter. Vi ser frem til at samarbejde om forandringer, der kan gøre recovery til virkelighed for alle.

Referencer

- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972–980.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.
- Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–23.
- Appleby, L. (2007a) Breaking down barriers: the clinical case for change. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Appleby, L. (2007b) Mental health ten years on: progress on mental health care reform. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Ashcraft, L. & Anthony, W.A. (2005) A Story of Transformation: An Agency Fully Embraces Recovery. *Behavioural Healthcare Tomorrow*, 14, 12–22.
- Australian Government (2003) Australian Health Ministers National Mental Health Plan 2003 – 2008. Australian Government: Canberra. (www.mentalhealth.gov.au)
- Bennett, D. (1978) Social forms of psychiatric treatment. In J.K. Wing (ed.) *Schizophrenia: Towards a new Synthesis*. Academic Press: London.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, 493–505.
- British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2000) *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. British Psychological Society: Leicester.
- Brown, W. & Kandirikirira, N. (2007) *Recovering Mental Health in Scotland*, Scottish Recovery Network, Baltic Chambers, Suites 320–321, 50 Wellington Street, Glasgow G2 6HJ.

- Campbell–Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J. & Leff, H.S. (2005) *Measuring the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI.* (www.tecathsri.org)
- Clark, D. (1974) *Social Therapy in Psychiatry.* Penguin Books: Harmondsworth, London.
- College of Occupational Therapists (2006) *Recovering ordinary lives: The strategy for occupational therapy in mental health services 2007–2017.* College of Occupational Therapists: London.
- Copeland, M.E. (2000) *Guide to Developing a WRAP – Wellness Recovery Action Plan.* (www.mentalhealthrecovery.com)
- Davidson, L. (2008) *Recovery – Concepts and Application.* Devon Recovery Group (www.scmh.org.uk)
- Davidson, L. & McGlashan, T.H. (1997) The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34–43.
- Davidson, L., O’Connell, M., Tondora, J. et al. (2006) The ten top concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57, 640–645.
- Davidson, L. & Roe, D. (2007) Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16, 459–470.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S.R.A. (2005) Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 619–627.
- Deegan, P. (1996) Recovery as a journey of the heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 11, 11–19
- Department of Health (2001) *The Expert Patient.* Department of Health: London.
- Department of Health (2002) *Mental health and employment in the NHS.* Department of Health: London
- Department of Health (2003) *Mental health policy implementation guide: Support, Time and Recovery (STR) workers.* Department of Health: London.
- Department of Health (2006a) *Our Health, Our Care, Our Say.* Department of Health: London (www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2006b) *From Values to Action: The CNO’s Review of Mental Health Nursing.* Department of Health: London. (http://www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2007a) *Commissioning framework for health and well-being.* Department of Health: London. (www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2007b) *Mental Health: New ways of working for everyone, Progress report.* Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Department of Health (2007c) *Capabilities for inclusive practice. NSIP / CSIP : London.* (www.socialinclusion.org.uk)
- Department of Health and Human Services (2003) *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America.* President’s New Freedom Commission on Mental Health, pub no. SMA–03–3832. Department of Health and Human Services: Rockville, Maryland, USA.
- Devon Partnership NHS Trust (2007) *Our Values.* (www.devonpartnership.nhs.uk/index.php?id=14)
- Digby, A. (1985) *Madness, Morality and Medicine – A study of the York Retreat, 1796–1914* Cambridge University Press: Cambridge.
- Dinniss, S., Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J. & Webb, R. (2007) User-led assessment of a recovery service using DREE M. *Psychiatric Bulletin*, 31, 124–127.
- Falzer, P.R. (2007) *Developing and Using Social Capital in Public Mental Health.* *Mental Health Review Journal*, 12, 34–42.
- Gillespie, S. (2007) *Recovery in Action: Evaluating Strategic Networks for Mental Health Services in the early implementation stage of their pilot recovery projects.* Paper presented at CSIP conference on ‘Recovery Outcome Measures’, 7th December, 2007. Available from Mental Health Foundation, London Office, 9th Floor, Sea Containers House, 20 Upper Ground, London, SE1 9QB. (mhf@mhf.org.uk)
- Glover, H. (2002) *Developing a recovery platform for mental health service delivery for people with mental illness/distress in England.* NIMHE: London.

- Healthcare Commission (2007) Community mental health services – The views of mental health service users. Key findings from the 2007 survey. Healthcare Commission: London. (www.healthcarecommission.org.uk)
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szumukler, G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329,136–140.
- Hutchinson, D.S., Anthony, W.A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E.C., Lyass, A., & Rogers, S.A. (2006) The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 205–213.
- Huxley, P., Evans, S., Munroe, M., Webber, M., Burchardt, T., Knapp, M. & McDaid, D. (2006) Development of a ‘Social Inclusion Index’ to capture subjective and objective domains (Phase I). Final report to NCCRM. Unpublished. Available from Social Care Workforce Research Unit, Melbourne House, 5th Floor, King’s College London, Strand, London WC2R 2LS. (peter.huxley@iop.kcl.ac.uk)
- Iles, V. & Sutherland, K. (2001) Organisational Change – A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.
- Larsen, J.A. (2004) Finding meaning in first episode psychosis: experience, agency and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, 18, 447–471.
- Leete, E. (1987) The Treatment of Schizophrenia: A Patient’s Perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 486–491.
- Mental Health Commission (1998) Blueprint for mental health services in New Zealand. Mental Health Commission: Wellington NZ.
- Mental Health Commission (2005) A vision for a recovery model in Irish mental health services. Mental Health Commission: Dublin
- National Institute for Mental Health in England (2004) The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce. Department of Health: London.
- National Social Inclusion Programme / CSIP (2007) Capabilities for Inclusive Practice. National Social Inclusion Programme / CSIP : London (www.socialinclusion.org.uk)
- Perkins, R. (2006) First person: ‘you need hope to cope’. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (eds.) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.
- Perkins, R. (2007) *Making It! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London & St. George’s Mental Health NHS Trust. (www.swlstg-tr.nhs.uk)
- Perkins, R., Rinaldi, M. & Hardisty, J. (2008, forthcoming) Harnessing the expertise of experience: Increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems. In preparation. London: South West London & St George’s Mental Health NHS Trust.
- Rapp, C. & Goscha, R.J. (2006) *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Oxford University Press: New York.
- Repper, J., Nolan, M., Grant, G., Curran, M. & Enderby, P. (2007) *Family Carers on the Margin: Experiences of Assessment in Mental Health*. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.
- Repper, J. & Perkins, R. (2003) *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall: London.
- Rethink (2008) A brief introduction to the recovery approach. (www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery_and_self_management/recovery) [Accessed February 2008]
- Ridgeway, P.A. & Press, A. (2004) Assessing the recovery commitment of your mental health services: A user’s guide for the Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) – UK version 1 December, 2004, Allott, P. & Higginson, P. (eds.) (www.recoverydevon.co.uk)
- Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (2006) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.

Roberts, G. & Hollins, S. (2007) Recovery: our common purpose? *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 397–399.

Roberts, G. & Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37–49.

Royal College of Psychiatrists / Social Care Institute for Excellence / Care Services Improvement Partnership (2007) A common purpose: Recovery in future mental health services. Social Care Institute for Excellence: London. (www.scie.org.uk)

Sainsbury Centre for Mental Health (2007) Briefing 33: Mental Health and Employment. Sainsbury Centre for Mental Health: London. (www.scmh.org.uk).

Scotland Government (2006) Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. (www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/18164814/0)

Seebohm, P. & Grove, B. (2006) Leading by Example: Making the NHS an exemplar employer of people with mental health problems. Sainsbury Centre for Mental Health: London.

Seebohm, P. & Secker, J. (2005) What do service users want? In Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. *New Thinking about Mental Health and Employment*. Radcliffe: Oxford.

Shepherd, G. (1984) *Institutional Care and Rehabilitation*. Longmans: London.

Shepherd, G. (1991) *Psychiatric Rehabilitation for the 1990s*. Foreword to Watts, F.N. & Bennett, D.H. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wileys: Chichester.

Shepherd, G. (2007) Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire. Hereford PCT Mental Health Services. (www.herefordshire.nhs.uk)

Slade, M. & Hayward, P. (2007) Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 81–83.

Social Exclusion Unit (2004) *Mental Health and Social Exclusion*. Office of the Deputy Prime Minister: London

South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2007) *Social Inclusion, Rehabilitation and Recovery Strategy 2007–2010 (SIRR) v2.0*. April 2007.

South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2007) *Promoting Recovery and Facilitating Social Inclusion: A strategy for practice and implementation*, Paper accepted by the Board, 31st May 2007.

Tondora, G. & Davidson, L. (2006) *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioural Health Care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services. (www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf)

Tak

Dette hæftet er blevet til med stor hjælp fra styregruppen for Sainsbury Centrets projekt om 'implementering af recovery-orienteret praksis, *Implementing Recovery-Oriented Practice*.' Gruppen består af:

- Sophie Corlett, Policy Director, Mind
- Laurie Davidson, Practice Development Manager, Devon Partnership NHS Trust
- Mark Hayward, Academic Tutor, Surrey University and Clinical Psychologist at Sussex Partnership NHS Trust
- Naomi Hankinson, Acting Director of Therapies, North East London Mental Health NHS Trust
- John Larsen, Head of Evaluation, Rethink
- Alison Moores, General Manager, Community Care Trust (South Devon) Ltd
- David Morris, Director, National Social Inclusion Programme
- Graham Munn, Head of Centre for Mental Health Recovery, University of Hertfordshire
- Paul O'Halloran, Director of Workforce and Service Development, NIMHE Eastern
- Rachel Perkins, Director of Quality Assurance and User / Carer Experience in South West London and St. George's Mental Health NHS Trust
- Julie Repper, Reader and Associate Professor of Mental Health Nursing and Social Care, Nottingham University
- Miles Rinaldi, Head of Recovery and Social Inclusion, South West London & St. George's Mental Health NHS Trust
- Gabrielle Richards, Professional Head of Occupational Therapy, South London and Maudsley NHS Foundation Trust
- Glenn Roberts, Lead on Recovery for the Royal College of Psychiatrists and Consultant in Rehabilitation Psychiatry, Devon Partnership NHS Trust

Om forfatterne

Professor Geoff Shepherd er ledende politisk konsulent ved Sainsbury Centre. Han er klinisk psykolog af uddannelse og desuden gæsteprofessor ved Health Service and Population Research Department ved Institute of Psychiatry.

Dr. Jed Boardman er ledende strategirådgiver ved Sainsbury Centre. Han arbejder som psykiatrisk overlæge og forelæser i socialpsykiatri ved *South Lodon and Maudsley Trust* og *Institute of Psychiatry*. Han er formand for *The Social Inclusion Scoping Group* om social inklusion under *Royal College of Psychiatrists*.

Dr. Mike Slade er docent i Health Services Research ved *Institute of Psychiatry*. Han er desuden *Head of Section of Community Mental Health and Consultant* og rådgivende klinisk psykolog i rehabilitering.

Recovery - fra begreb til virkelighed

Oversat fra engelsk med tilladelse fra Sainsbury Centre for Mental Health efter *Making Recovery a Reality* af Ole Lindegård Henriksen i samarbejde med Videnscenter for Socialpsykiatri

Foto på omslag: © F.R.A. Taylor



Videnscenter for
Socialpsykiatri

Stuðiestræde 19, 2
1455 København K
3393 4452
visp@socialpsykiatri.dk
www.socialpsykiatri.dk

Recovery – fra begreb til virkelighed

af Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade

Udg. marts 2008

© Sainsbury Centre for Mental Health 2008

Kopiering og brug af dette hæfte (med undtagelse af tidsskrifter) eller dele deraf er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Engelsk udgave af hæftet kan købes hos Sainsbury Centre for Mental Health for £5 (+ forsendelsesgebyr) eller downloades gratis fra centrets hjemmeside www.scmh.org.uk

Hold dig orienteret med centrets månedlige e-nyhedsbrev og modtag kopier af nye udgivelser. Tilmeld dig nyhedsbrevet på www.scmh.org.uk

Sainsbury Centre for Mental Health
134-138 Borough High Street
London SE11LB
UK

SAINSBURY CENTRE
for MENTAL HEALTH
removing barriers achieving change



Videnscenter for
Socialpsykiatri