

Recoveryorienterede praksisser

En systematisk vidensopsamling



Indhold

Forord til den danske udgave	3
Forfatterens forord	6
1. Indledning	7
1.1 Recoveryorienterede praksisser – en systematisk vidensopsamling	7
1.2 Forskningsspørgsmål	7
1.3 Rapportens opbygning	7
2. Metode	8
2.1 Litteratursøgning	8
2.2 Kontakt med forsknings- og fagmiljøer	9
2.3 Databaser og søgeord	9
2.4 Model for litteratursøgning og søgeresultater	10
2.5 Afgrænsning	10
2.6 Vurdering af artikler	10
3. Resultater	11
3.1 Recovery – historik, begreb og perspektiver	11
3.2 Recovery – politikker og principper	20
3.3 Recoveryorienterede praksisser	24
3.4 Findes der i forskningslitteraturen og i faglitteraturen gode eksempler på fælles kompetenceudviklingsprogrammer i recovery for brugere og hjælpere?	30
3.5 Findes der i forskningslitteraturen eksempler på kortlægnings- og evalueringsværktøjer som kan fremme implementering af recoveryorienteret praksis?	36
4. Afsluttende konklusion	41
Referencer	44
Bilag 1. Oversigt over litteratursøgning	50
Bilag 2. Detaljeret søgestrategi	51
Bilag 3. Arbejdsproces – Udvalg	52
Danske udgivelser om recovery	53
Dansk litteratursøgning. Metode og flowdiagram	59

Forord til den danske udgave

Af cand.mag. Christian Ciesla Guld

I Danmark skal alle tilbud til mennesker med psykiske problemer fremadrettet arbejde recoveryorienteret. I løbet af små 15 år er recovery blevet til et løsen i både regionale og kommunale indsatser. Hvad fortæller den internationale forskning om recoveryorientering i praksis?

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering ønsker med denne publikation at fremme den faglige udvikling herhjemme. Den norske originaludgave *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling* (2013) blev bestilt af Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NAPHA er sat i verden i 2008 for – i lighed med det nu ophørte Videnscenter for Socialpsykiatri (1997 – 2011) i Danmark – at styrke formidlingen af forskningsbaseret viden til de psykosociale indsatser i landets kommuner.

Rapporten sammenfatter international viden om recovery og recoveryorienteret praksis og om implementering, kompetenceudvikling og evaluering inden for dette felt. Den formidler en lang række erfaringer fra primært engelsktalende lande.

Recoveryorienterede praksisser kortlægger tre forståelser af begrebet recovery. For det første den mest kendte. Recovery er det enkelte menneskes *personlige* proces, en kamp for at overvinde psykiske problemer og de indgribende konsekvenser heraf. Afgørende er her

personens perspektiv og historie som grundlæggende forskellig fra resultatet af en eventuel professionel indsats. Recovery kan ske både med og uden hjælp fra fagpersoner. Og recovery er heller ikke en ydelse eller en metode. Fagpersoner kan fremme recovery, ikke styre om og hvordan personen kommer sig.

For det andet recovery som en *social* proces. Denne forståelse fremhæver betydningen af sociale og materielle vilkår for recovery. Processen hen imod et liv der ikke er domineret af psykisk lidelse, sker ikke i et tomrum. Nogle miljøer og sociale kontekster fremmer muligheden for recovery, andre hæmmer.

Endelig er der for det tredje recovery som et *resultat* (klinisk recovery). Recovery er her genstand for faglige vurderinger eller målinger af grader af bedring. Det siger sig selv, at denne opfattelse ikke uden videre – hvis overhovedet – er forenelig med forståelsen af recovery som en personlig proces. Rapporten beretter om divergerende opfattelser på dette punkt.

En del af det arbejde fagfolk udfører, kalder vi i Danmark psykosocial rehabilitering. (Betegnelsen er ikke almindelig i Norge hvor den tilsvarende type indsatser omtales som »psykisk helsearbeid«.) Ved psykosocial rehabilitering forstår vi de indsatser, metoder og værktøjer som professionelle anvender og tilbyder personer med psykiske problemer, samt arbejdet for at forandre de betingelser og faktorer i omgivelser og miljø der hindrer recovery, ikke mindst fordomme og stigmati-

sering. Recovery er imidlertid ikke, i dette perspektiv, et resultat af sådanne interventioner. Recovery er et liv eller en måde at leve på, ikke en effekt.

Aktuelt er recovery kommet på den politiske dagsorden i Danmark. Regeringens ambition er klar: Psykiatrien skal ligestilles med det somatiske sundhedsvæsen, psykiatriske patienter med somatiske. Handlingsplanen *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser* (maj 2014) fremhæver recovery som en »værdi« og forventer et »samlet fokus på recovery«. Frem for alt taler den om »recoveryunderstøttende metoder med dokumenteret effekt«, som skal udbredes til landets kommuner.

Socialstyrelsen har udarbejdet et vidensnotat, der understøtter denne intention, *Mennesker med psykiske vanskeligheder. Indsatser, der virker* (efteråret 2013). Der er tale om anbefalede sociale indsatser »som i internationale undersøgelser har vist dokumenteret effekt på recoveryprocessen hos voksne mennesker med psykiske vanskeligheder. Effekten af indsatserne er typisk dokumenteret gennem flere randomiserede, kontrollerede forsøg«.

I den næsten umærkelige overgang fra *recovery-orienterede* til *recovery-understøttende* indsatser sker der en bevægelse til fordel for den tredje forståelse af recovery som et resultat (klinisk recovery). Psykiatri skal ligestilles med somatik. Og via denne respektable målsætning bliver lægevidenskabens foretrukne forskningsmetode, det randomiserede, kontrollerede forsøg, uproblematisk til den højeste vidensform på hele feltet for tilbud til mennesker med psykiske problemer. Det drejer sig om en forskning, der ikke inkluderer brugere og medarbejders erfaringer som relevant kilde til viden. Flere har taget til genmæle, her Alain Topor & Anne Denhov: »Hvis den psykiatriske og sociale indsats skal udvikles, så må evidensbegrebet tages alvorligt; det vil sige, at forskningen ikke bare handler om sammenligning af metoder, men at forskningsperspektivet bredes ud til også at omfatte spørgsmål, som kræver andre forskningsmetoder end de randomiserede, kontrollerede undersøgelser, samt at medarbejdernes og brugernes erfaringsbaserede viden tages alvorligt« (*At arbejde evidensbaseret. En introduktion*, Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, 2014).

Ligeværd handler om valgmuligheder og selvbestemmelse. Det er et kritisk punkt i enhver recoveryorientering. Der er grund til at spørge: Hænger ligeværd for personen i recovery ikke sammen med flere faglige perspektiver og typer af viden?

Det ovennævnte notat fra Socialstyrelsen fremlægger en række drivkræfter for implementering samt faktorer der påvirker denne, og præsenterer fire forskellige implementeringsstrategier. Det er dog spørgsmålet om implementering af specifikke indsatsmodeller i alle tilfælde er den bedste strategi. Den forskninglitteratur som er inkluderet i *Recoveryorienterede praksisser*, indikerer snarere at det modsatte er tilfældet. Et af de internationalt mest anerkendte recoveryorienterede projekter, engelske ImROC, begyndte lokalt og er et typisk eksempel på en bottom-up-tilgang. »Historisk set«, minder forfatterne om i afsnit 3.3, »har psykosociale/psykiatriske indsatser ofte udviklet sig hurtigere gennem eksempler og andres erfaringer end gennem topstyret politikimplementering«.

Rapporten insisterer på flertalsformen *praksisser*. Den henviser til en mangfoldighed og fremhæver, at den viden, vi i dag besidder om emnet, er erfaringsbaseret, udviklet gennem menneskers levede erfaringer, herunder erfaringer med udelukkelse og stigmatisering i social- og sundhedssystemet. Der gives ikke én definitivt recoveryorienteret praksis.

Recoveryorienterede praksisser tager ikke stilling til det kontroversielle spørgsmål om, hvorvidt recovery kan eller skal måles og dokumenteres. Det er der i den internationale forskning delte meninger om.

Forfatterne præsenterer en række eksempler på kortlægnings-, måle- og evalueringsværktøjer. Der findes både instrumenter, der prøver at måle personers recovery og organisationers recoveryorientering. Nogle begge dele. Rapporten omtaler en stribe af dem. Dokumentationsværktøjerne er koblet til en recoverymodel eller et kompetenceudviklingsprogram, hvoraf nogle er fælles for brugere og personale. Dermed er der chancer for at integrere dokumentation og læring.

Aarhus Kommune (se afsnit 3.4) har udviklet et screeningsredskab, der i ét samlet forløb både evaluerer og bidrager til udvikling af organisationer og ind-

satser. Det generelle billede herhjemme er ikke desto mindre: Vi har aktuelt alt for lidt viden om hvorvidt, i givet fald hvordan der reelt arbejdes recoveryorienteret rundt om i kommunerne. Er der belæg for det, eller bliver det ved overskrifterne?

Så der er brug for fremskridt. For det første for en styrket integration i de lokale praksisser mellem faglig udvikling, brugermedvirken og dokumentation. For det andet for en langt bedre udbygget kontakt mellem forskningsmiljøer og det psykosociale praksisfelt – for mere praksisnær forskning og flere vidensproducerende praksisser. Her er der alle muligheder for at lade sig inspirere af *Recoveryorienterede praksisser*.

I medfør af Kommunalreformen (2007) overtog kommunerne det samlede ansvar for en række tilbud til mennesker med psykiske problemer. En ny selvfølelse har bredt sig. »Socialpsykiatri« som afledt samlebetegnelse for botilbud, bostøtte, væresteder mfl. har været under afvikling et stykke tid. Recovery som bevægelse og vidensområde spiller utvivlsomt en rolle heri.

Den førnævnte handlingsplan, *Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser* præsenterer ikke sig selv som en psykiatriplan. Titlen nævner målgruppen med omtanke, »mennesker med psykiske lidelser«. Opmærksomheden på sprogets stigmatiserende virkninger er tydelig. Psykisk syge, sindslidende og lignende begreber hører ikke længere hjemme i overskrifterne. Men derefter taler ministeren for sundhed og forebyggelse i sit forord uforstyrret videre om »psykiatriudvalg» og »psykiatriområde«. Handlingsplanen indeholder imidlertid også initiativer til mental sundhedsfremme og nationale mål for danskernes mentale sundhed. Forebyggelse kan selvsagt ikke udelukkende være en psykiatrisk opgave. Og måske er tiden snart moden til at det samlede felt for tilbud til mennesker med psykiske problemer, forebyggelse af psykiske lidelser og fremme af psykisk velvære ikke er underordnet ét fagligt perspektiv, det psykiatriske. Mental sundhed kunne være et bud på en mere samarbejdsfremmende – mere ligeværdig – betegnelse og et paradigme, der kunne forblive åbent overfor andre praksisser, vidensformer og forskningstraditioner end de sundhedsvidenskabelige.

I Norge hedder det samlede område »psykisk helsefelt«, og hele det faglige vokabular er organiseret efter dette begreb. Psykiatri kalder nordmændene således i dag »psykisk helsevern«.

Langt de fleste eksempler og miljøer *Recoveryorienterede praksisser* omtaler, hører hjemme i engelsktalende lande. Og som antydnet har det norske fagsprog et langt større sammenfald med engelsk end vi er vant til på dansk.

Enhver oversættelse skal træffe nogle valg. På den ene side gøre sig forståelig og derfor fordanske, på den anden side ikke overlejlre ny viden med danske forforståelser.

Denne oversættelse har – ikke ulig tidligere oversættelser af engelsk faglitteratur – valgt:

- at gengive grundbegrebet »psykisk helse« samt en række overordnede sammensætninger direkte. Således: psykisk sundhedspolitik, psykisk sundhedsplan mfl.
- at fordanske det faglige niveau. En lang række af de indsatser, metoder mv. rapporten behandler, er ikke, overført til danske forhold, specifikke for enten de psykosociale indsatser i kommunerne eller den regionale psykiatri. Derfor anvendes den klodsede men sagligt mere retvisende skrivemåde psykosocial/psykiatrisk. F.eks. psykosocial/psykiatrisk indsats, psykosocial/psykiatrisk medarbejder.
- at oversætte »psykisk helseproblem« mfl. med de almindelige danske udtryk så som psykiske problemer.

Seniorforsker, ph.d. Lisa Korsbek har til denne udgivelse gennemført en systematisk litteratursøgning på danske udgivelser om recovery, inkl. oversatte titler og andre medier. Det er glædeligt, at der her, for første gang, foreligger en komplet dansk litteraturliste om recovery.

God læselyst!

Forfatternes forord

Senter for psykisk helse og rus (SFPR) (tidligere Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR)) ved Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap, fikk i desember 2012 en forespørgsel fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) om at foretage en systematisk vidensopsamling inden for området recoveryorienterede praksisser. NAPHA ønskede svar på hvordan recovery beskrives i forskningslitteraturen, hvad der kendetegner recoveryorienterede praksisser, og om der findes eksempler på kompetenceudviklingsprogrammer og kortlægnings- og evalueringsværktøjer. Formålet med opsamlingen var at sammenfatte forskningsbaseret viden som kan være nyttig for klinisk praksis.

Recovery har som begreb og vidensområde fået øget opmærksomhed i Norge de senere år. Især inden for brugerbevægelsen og det psykosociale arbejde i kommunerne er perspektiverne i recovery blevet opfattet som vigtige for forståelsen af psykisk sundhed og i udviklingen af mere ligeværdige samarbejdsformer mellem brugere og fagpersoner. I en række internationale miljøer har recovery været udgangspunkt for omfattende udvikling af indsatsen såvel som for implementering af mere afgrænsede praksismodeller.

Begreber, forståelser og praksisser knyttet til recovery er imidlertid vidt forskellige hvilket vil fremgå af denne rapport.

Arbejdet med vidensopsamlingen har været inspirerende og udfordrende. De forskellige opfattelser af recovery har gjort det vanskeligt at afgrænse og identificere central forskning og kerneartikler. Det har været til stor hjælp at have forhåndsviden om recoveryforskning og kontakt med nogle af de centrale internationale forskningsmiljøer.

Medarbejderne i projektet har været professorerne Marit Borg og Bengt Karlsson, biblioteksleder Anne Stenhammer, specialbibliotekar Marte Andersen og universitetsbibliotekar Jana Myrvold.

Senter for psykisk helse og rus takker for dette vigtige opdrag og for godt samarbejde med NAPHA i arbejdsprocessen.

Drammen, 5. november 2013

*Marit Borg
Bengt Karlsson
Anne Stenhammer*

1 Indledning

1.1 Recoveryorienterede praksisser – en systematisk vidensopsamling

Denne rapport er en systematisk vidensopsamling om recoveryorienterede praksisser. Interessen for recovery som begreb, vidensområde og grundlag for praksisudvikling har været stigende i Norge de senere år. Internationalt er recovery blevet fremhævet som retningsgivende for psykisk sundheds- og rusmiddelpolitik og er styrende for praksisserne i en række lande. I de seneste årtier er der i bruger-, forsknings- og fagmiljøer lagt et betydeligt arbejde i at tydeliggøre begrebet recovery. Vi finder fortsat forskellige definitioner og forståelser af begrebet, og det anvendes på forskellig vis i social- og sundhedssystemerne, både nationalt og internationalt. Gennem arbejdet med denne vidensopsamling har vi forsøgt at tydeliggøre hvordan begrebet kan beskrives, og hvordan recoveryorienterede praksisser kan udvikles og fremmes.

1.2 Forskningsspørgsmål

Vidensopsamlingen har som målsætning at besvare følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvordan beskrives recovery i forskningslitteraturen?
2. Hvad kendetegner recoveryorienteret praksis?
3. Hvad hæmmer og fremmer implementering af denne type praksis?
4. Findes der i forsknings- og faglitteraturen gode eksempler på fælles kompetenceudviklingsprogrammer i recovery for brugere og hjælpere?
5. Findes der i forskningslitteraturen eksempler på kortlægnings- og evalueringværktøjer som kan fremme implementering af recoveryorienteret praksis?

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten består af fire dele. *Første del* er en indledning som beskriver rapportens baggrund og forskningsspørgsmål. *Anden del* beskriver de metoder som er benyttet for at gennemføre den systematiske vidensopsamling. *Tredje del* er rapportens resultatdel og besvarer de fem forskningsspørgsmål i punkt 1.2. *Fjerde og sidste del* af rapporten giver en kort diskussion og konklusion baseret på de nævnte forskningsspørgsmål.

Bilag 1 er en figur over rapportens litteratursøgning.

Bilag 2 giver en oversigt over detaljeret søgestrategi.

Bilag 3 giver en oversigt over arbejdsproces og udvalg.

2 Metode

2.1 Litteratursøgning

Vidensopsamlingen er baseret på en litteraturgen-nemgang af forskningslitteratur om recovery og re-coveryorienterede praksisser. Recovery som begreb og praksis anvendes ikke på nogen entydig eller afgrænset måde i forskningslitteraturen inden for det psykosociale/psykiatriske felt. Endvidere bruges recovery på forskellig vis inden for en række social- og sundheds-fag. Det har derfor været en vanskelig opgave at angive præcise søgeord. Det psykosociale/psykiatriske felt er desuden et område hvor der anvendes forskellige begreber til at beskrive og afgrænse fagfeltet. I forhold til recovery ville en afgrænsning til »psychiatry«, som er en lægefaglig disciplin, være problematisk og

ekskludere megen vigtig litteratur. Efter anbefalinger fra forskningsmiljøer (se oversigten nedenfor), og ud fra erfaringer fra tidligere vidensopsamlinger, foretrak vi »mental health services«. Vi gennemførte en systematisk litteratursøgning i flere forskningsdatabaser. Derudover blev litteraturlister i anbefalede kerneartikler, videnskabelige fagbøger samt egen forskning inkluderet. Fagbøgerne er præsenteret i et selvstændigt afsnit i rapporten. Størstedelen af litteraturen kommer fra USA, England og Australien. Endvidere er der inkluderet litteratur fra Skotland, Irland, Østrig, New Zealand, Israel, Hongkong, Sverige, Danmark og Norge.



Tabel 1 – Kontakt med fagmiljø

Forsker/forskernetværk	Institution/forskningsmiljø
Professor Larry Davidson	Yale Program for Recovery and Community Health – PRCH Yale: http://www.yale.edu/PRCH/
Professor Mike Slade	Kings College. Slade & Researching. Recovery-netværket: http://www.researchintorecovery.com/refocus
Docent og professor II Alain Topor	Stockholm Universitet og Universitetet i Agder
Socionom Helen Glover	Australske miljøer: http://enlightened.com.au/
Professor Michaela Amering	The Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry (LUBIS)
ImROC	The Implementing Recovery through Organisational Change – ImROC: http://www.imroc.org/
ReThink	ReThink: http://www.rethink.org/
Centre for Mental Health	Centre for Mental Health: http://www.centreformentalhealth.org.uk/

2.2 Kontakt med forsknings- og fagmiljøer

Høgskolen i Buskerud har i en årrække samarbejdet med forskellige netværk som er i besiddelse af ny viden om recovery. I forbindelse med denne rapport har kontakten først og fremmest fundet sted gennem udveksling af e-mails hvor vi har diskuteret relevant forskningslitteratur.

2.3 Databaser og søgeord

Udvalget af databaser (se tabel 2) blev defineret af opdragsgiver, forskere og bibliotekarer.

Søgeordene blev valgt gennem diskussion med forskere, fra emneord i kerneartikler inden for feltet samt centrale begreber fra problemstillingerne. Den valgte tidsperiode er 2003 – 2013. En prøvesøgning i et par relevante databaser bidrog også til justering af søgeordene. Ud fra opdraget definerede vi tre søgestrategier. Alle søgninger blev udført så ens som muligt i ti forskellige databaser. Søgningerne blev udført 13. – 15. februar 2013. Vi udførte derudover en søgning i Social Science Citation Index 26. juni 2013. Denne søgning blev foretaget for at sikre at samfundsperspektivet blev inkluderet og for at kunne

besvare forskningsspørgsmål 4 (fælles kompetenceudviklingsprogrammer) mere fuldstændigt. Søgeordene blev søgt på som tesaurus-ord hvor det var muligt, og trunkeret som tekstord i alle baser. For en detaljeret beskrivelse af søgestrategi i databaserne, se bilag 2.

Søgning 1: Mental health services AND recovery

Søgning 2: Severe mental illness AND recovery

Søgning 3: Recovery oriented practice OR recovery based practice OR recovery practice

Tillægssøgning i SSCI: (recovery oriented practice OR recovery based practice) AND mental illness.

Det var nødvendigt at søge med norske termer i to af databaserne (Norart og Idunn).

Publikationer på skandinaviske sprog og engelsk i perioden 2003 – 2013 blev inkluderet. Perioden blev valgt fordi der her har været en betydelig forskningsaktivitet inden for udviklingen af recoveryorienterede praksisser internationalt og inden for recoveryforskning generelt. Publikationer om recovery som begreb og praksisser inden for somatik, psykisk sundhed for børn og unge og på rusmiddelområdet blev ekskluderet.

Tabel 2 – Søgeresultater fordelt på søgestrategier og databaser.

Søgning	Base	Medline	Embase	Cinahl	Swemed	Cochrane	Norart	Idunn*	DIVA	SSCI
Søgning 1	1180	1314	1197	1161	14	109	0	46	3	-
Søgning 2	168	341	242	162	2	16	0	21	0	-
Søgning 3	37	31	67	8	0	0	0	0	3	-
Tillægssøgning										274
Norsk							26	73		
Total	1385	1696	1513	1331	16	125	26	140	6	274

*Idunn: Kun 24 af 140 blev vurderet som relevante og overført til EndNote.

2.4 Model for litteratursøgning og søgeresultater

Alle resultatlister fra søgning 1, 2 og 3 blev importeret til EndNote, og dubletter fjernet. Derefter fjernede vi artikler fra før 2003 og stod tilbage med en liste på 3799 resultater. Samme strategi blev brugt i tillægssøgningen i SSCI. 274 resultater blev importeret til EndNote.

Vedrørende søgning i Idunn: Vi valgte at søge i hele databasen for at sikre fuldstændighed. Databasen mangler mulighed for tesaurus-søgning, og man søger på ordets forekomst i fuldtekstdokumentet. Dette bidrager til en del »støj« i resultatlisterne. Vi søgte på norske og engelske ord for at opfange artikler på begge sprog. Den detaljerede søgestrategi er beskrevet i bilag 2.

Udvalget af artikler blev foretaget ud fra inklusionskriterierne, se tidligere beskrivelse. De artikler som faldt uden for disse, blev ekskluderet før importen til EndNote. Vi stod herefter tilbage med en liste på 3799 resultater. Samme strategi blev brugt i tillægssøgningen i SSCI. 274 resultater blev importeret til EndNote. I alt 4073 artikler.

2.5 Afgrænsning

EndNote blev brugt til yderligere afgrænsning. Forskerne søgte i EndNote-biblioteket på keywords i referencerne i henhold til forskningsspørgsmålene, eksempelvis recovery*, training OR education, psychometrics OR assessment, measure OR evaluation. Artikelreferencerne i resultatlisterne blev læst og vurderet ift. inklusion. En søgning i keywordfeltet på recovery orientation gav få resultater. Dette begreb benyttes med andre ord ikke ret ofte i databaserne som standardiseret emneord/keyword. Ved at udvide søgningen til »any field« blandt referencerne i EndNote-biblioteket fandt vi flere relevante artikler om

emnet. Artiklerne blev organiseret i relevante mapper i henhold til forskningsspørgsmålene. Forskerne delte materialet mellem sig og gennemgik titler, keywords og abstracts for at afgrænse. Desuden søgte vi i EndNote-biblioteket på forskere som vi ved har arbejdet med tematikken. Litteratur som er taget med i resultatdelen, er artikler som omhandler de fem forskningsspørgsmål. De 185 artikler som ligger til grund for denne rapport, består af kvalitative og kvantitative studier, oversigtsartikler, litteraturstudier og teoretiske artikler. Detaljerne om arbejdsprocessen vises i bilag 3.

2.6 Vurdering af artikler

Analyseprocessen foregik i perioden 10. april – 30. juni 2013, og 185 artikler blev udskrevet og analyseret af forskerne. I gennemgangen af artiklerne benyttede vi erfaringer fra tidligere arbejder med systematisk litteratursøgning (Borg, Karlsson & Kim, 2010; Sjølie, Karlsson & Kim, 2010; Winnes, Borg & Kim, 2010; Borg, Karlsson, Kim & McCormack, 2012), tematisk indholdsanalyse (Braun & Clark, 2006) og Kunnskapssenterets tjeklister for vurdering af forskningsartikler (www.kunnskapssenteret.no). De inkluderede 185 artikler danner grundlaget for beskrivelser, diskussioner og konklusioner i rapporten.

Der blev fundet 33 artikler som omhandler centrale principper og retningslinjer for recoveryorienterede praksisser, og 41 artikler som omhandler beskrivelser og evalueringer af recoveryorienterede praksisser. Søgningerne inden for kompetenceudviklingsprogrammer resulterede i 54 artikler som er lagt til grund for at besvare problemstilling 4 (kompetenceudviklingsprogrammer). I alt blev 57 artikler inkluderet i besvarelsen af problemstilling 5 (kortlægnings- og evalueringsværktøjer).

3 Resultater

3.1 Recovery – historik, begreb og perspektiver

Denne del af rapporten er baseret på den systematiske litteratursøgning som er beskrevet i kapitel 2.6, samt kontakt med centrale forskningsnetværk, se kapitel 2.2. Der er også inkluderet litteratur publiceret tidligere end 2003 hvor det er vurderet relevant for begrebsudvikling og historik inden for recovery.

Baggrund og historik

Recovery eller »bedringsprocesser« som det kaldes på norsk, er et begreb som bliver brugt på forskellige måder. Det beskrives som en tilgang, en model, et erfaringsbaseret vidensfelt, en filosofi, et paradigme, en bevægelse, en vision og blandt skeptikerne som en myte eller et slogan (Roberts & Wolfson, 2004; Borg & Karlsson, 2013). Recovery er ikke et nyt begreb eller perspektiv. Personer som har egenerfaring med psykiske problemer og deres pårørende, har i en årrække vidst at de kan komme sig – med eller uden behandling. Inden for forskning i psykisk sundhed og forløbsstudier er det i mere end 50 år dokumenteret at et betydeligt antal personer med alvorlige psykiske lidelser oplever recovery (Harding, 1988; Topor, 2001; Borg, 2007; Silverstein & Bellack, 2008). De senere års udvikling af psykosociale/psykiatriske indsatser har også bidraget til et øget fokus på recovery-begrebet. Fremvæksten af lokalbaserede tilbud, afviklingen af institutionerne, de terapeutiske samfund, antipsykiatriske bevægelser, socialpsykiatrisk udvikling og praksis, Lov 180 og den demokratiske psykiatri i Italien har på forskellig vis inspireret til nye praksisser og ny viden (Jacobsen & Curtis, 2000; Davidson, O'Connell, Tondora & Lawless, 2005; Slade, Leamy, Bacon, Janosik, Le Boutillier, Williams & Bird, 2012; Borg & Karlsson, 2013). Desuden må den øgede interesse for recovery forstås i lyset af et stærkere fokus på menneskerettigheder og brugerindflydelse inden for det psykosociale/psykiatriske arbejde. Forskningsområder som empowerment, resilience, rehabilitering, salutogenese, sundhed og velvære, familie- og netværksarbejde og samarbejdende praksisser er også beslægtet med recovery (Andersen, 1987, 1999; Anderson & Goolishian, 1988; Deegan, 1996, 1997; Topor, 2001; Davidson, 2003; Anderson, 2008; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013; Seikkula & Arnkil, 2013).

Recoveryforskning har især været knyttet til alvor-

lige psykiske lidelser. Som tidligere vist er recovery i forbindelse med alvorlige psykiske lidelser dokumenteret i flere forløbsstudier (Warner, 1994; Harrison, Hopper, Craig, Laska, Siegel, Wanderling mfl., 2001; Topor, 2001). Alligevel er kronicitetsstemplet fortsat knyttet til psykiske lidelser i dominerende fagmiljøer. Forskelle i forløbet ved diagnosen skizofreni er også bekræftet gennem flere årtier (Bleuler, 1950; Strauss & Carpenter, 1977; Davidson, 2003). Afhængigt af hvor forløbsstudierne er udført, regner man med at mellem 45 og 65 procent »kommer sig« (Davidson & Roe, 2007). Forskning der gerne henvises til i forbindelse med recovery, er den amerikanske forsker Courteney Hardings pionerarbejder (Harding, 1987). Her præsenteres en opfølgning som blev gennemført over et langt tidsrum, mellem 23 og 37 år. Det dokumenteres at mellem 53 og 68 procent opnår recovery (se Harding, 1987; Warner, 1994). Resultaterne fra det anerkendte og omfattende WHO-studie udgør desuden central baggrundsviden om recovery. Et 25 års multicenterstudie med opfølgning på 18 store patientgrupper viser at omkring halvdelen har et positivt udfald ved at recovery foreligger (Harrison mfl., 2001). Patientgrupperne var geografisk placeret over hele verden, i både I- og U-lande. Hele 75 procent af informanterne var det muligt at genfinde efter 25 år.

Det unikke ved recovery som begreb og forskningsområde er at udviklingen af viden er sket gennem personers levede erfaringer med psykisk lidelse og recovery. Fokus har især været på hvad personer selv mener der skal til for at »komme sig«. Recoveryforskning blev initieret i amerikanske miljøer i 1970'erne og 80'erne. I begyndelsen blev recovery primært betragtet som en personlig proces. Der foreligger en række definitioner på recovery som en personlig proces. En ofte gengivet definition blev udarbejdet af den amerikanske psykolog William A. Anthony som tidligere var leder af Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University:

»Recovery er en dybt personlig, unik proces som indebærer ændring af ens holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et liv på som giver håb, trivsel og mulighed for at bidrage, på trods af de begrænsninger som de psykiske problemer repræsenterer. Recovery indebærer ny mening og nye mål for livet og muligheder for at vokse og udvikle sig.« (Anthony, 1993, s. 17).

Senere er kontekstuelle forhold og rettighedspektiver blevet mere centrale, især gennem britisk og nordisk forskning, men også dele af den amerikanske. Ingen skal gives mærkatet »så kronisk psykisk syg« at personen ikke kan leve et selvstændigt, værdigt og meningsfuldt liv i sit valgte lokalmiljø (Davidson, 2006). Dette er noget af det mest centrale i recovery. Det er en grundlæggende holdning om at vi alle er en del af den samme menneskehed. Vi har alle de samme rettigheder, og vi har ressourcer, kompetencer og vækstpotentiale. Recovery handler om at lede efter ressourcer i sig selv, sammen med andre så som venner, familie, kolleger eller fagpersoner. Det handler om at opbygge håb om et bedre liv og finde frem til

omgivelser som giver næring til og styrker den psykiske sundhed og troen på en meningsfuld fremtid. Selvom recovery først og fremmest er personens egen proces og arbejdsindsats, er andre mennesker tæt på ham eller hende og de sociale betingelser vigtige.

I South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2007, s. 8) bruges denne definition som grundlag for forskning og praksisser: »Recovery handler om at leve så godt et liv som muligt.« Fokus er på selve livet og muligheden for at have det godt og trygt.

I en omfattende udvikling af indsatserne i England, Implementing Recovery through Organisational Change (ImRoc), bruges denne definition:

»Recovery handler om at skabe sig et meningsfuldt og



tilfredsstillende liv, sådan som personer selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer som kan komme og gå.» (Shepherd, Boardman & Slade, 2008, s. 1).

I norsk social- og sundhedspolitik er recovery i ringe grad fremstillet som et centralt begreb og perspektiv. I enkelte nationale retningslinjer for behandling, som for eksempel ROP-retningslinjerne (2012), er det taget op i begrænset omfang. Endvidere er det lige akkurat inkluderet i høringsudkastet til *Veileder for psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Helse- direktoratet, 2013). Det skal imidlertid understreges at grundlagsperspektiverne i recovery falder sammen med centrale politiske indsatsområder inden for psykisk sundhed de sidste 30 år: fra Tilbud i lokalmiljøet (1981) via Opptrappingsplanen (1998) til Samhandlingsreformen (2009). Her lægges der også vægt på menneskerettigheder og patientrettigheder, humanisme, lokalbaserede tilbud, social inklusion og medvirken og deltagelse. Behovet for holdningsændringer og ny viden hos fagpersonerne understreges også, især i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Man kan tale om to forskellige kilder til begrebsudviklingen af recovery (Davidson, O'Connell, Tandoro, Lawless & Evans, 2005; Borg, 2007; Slade, 2009). *Den ene kilde* er de psykosociale/psykiatriske organisationer som har fokus på resultater og behandlingseffekter. *Den anden kilde* bygger på brugererfaringer og græsrodsbevægelsers erfaringsbaserede viden, mobilisering og engagement i at blive lyttet til, troet på og anerkendt som ligeværdige medborgere. Vi vil her præsentere tre definitioner som der ofte henvises til i forskningslitteraturen og inden for udviklingen af indsatsen: 1) recovery som en personlig proces, 2) recovery som en social proces og 3) recovery som et resultat eller klinisk recovery.

Recovery som en personlig proces

Menneskers historier om hvad det indebærer at leve med og komme sig fra psykiske problemer, har bidraget til at synliggøre hvad det vil sige at opleve psykisk lidelse. De beskriver også forskellige strategier for mestrings af psykiske og sociale problemer og erfaringer med social- og sundhedsinstitutionerne. Vi har fået indsigt i hvilke livsudfordringer, smerter, utryghed og uforudsigelighed alt dette kan føre med sig. Beretningerne har også synliggjort konsekvenserne for perso-

nen i forhold til rollen som borger. Social stigmatisering, udstødelse fra forskellige miljøer, stigmatisering i social- og sundhedsinstitutionerne og følelsen af ikke at høre til og at være uønsket er nogle af de erfaringer som er blevet delt (Deegan, 1988; Topor, 2001; Davidson, 2003; Borg, 2007; Slade, 2009).

Recovery som en personlig proces lægges der særlig vægt på i brugermiljøer. De har ønsket at formidle den enorme indsats, den tålmodighed og styrke som kræves af den enkelte for at gennemgå denne proces. Dette står i kontrast til en række fag- og forskningsmiljøers fokus på recovery som et resultat (Resnick, Fontana, Lehman & Rosenheck, 2004). Recoveryhistorier og recoveryforskning knyttet til den personlige proces er formidlet i engelsksprogede lande, og de karakteristika som kendetegner processen, er dokumenteret i forskningslitteraturen (Davidson mfl., 2009; Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011; Slade mfl., 2012). Her fremhæves nogle områder: betydningen af håb og tro på fremtiden, tilknytning til personer og miljøer, genopbygning af en positiv identitet, mening og selvbestemmelse.

Et oversigtsstudie (Leamy mfl., 2011) finder de samme fem områder og omtaler dem både som »recovery journey« og »recovery stadier«. »Recovery journey« beskrives på forskellig vis i litteraturen. Det handler om forståelsen af recovery som en aktiv proces, en unik proces, en kamp. Noget som foregår gradvist, ved at prøve sig frem, og hvor støttende, nærende og omsorgsfulde omgivelser er vigtige. Endvidere beskrives »recovery journey« som en proces der kan foregå i forskellige stadier. Det er processer som ændrer personers liv, og som kan foregå både med og uden hjælp fra professionelle. I et studie som gennemgår britisk litteratur fra 2006 – 2009 (Stickley & Wright, 2011), er håb, optimisme og mening i livet centrale fund. Desuden tydeliggør dette studie et forhold der kaldes »recoveryfremmende aktiviteter«. Dette handler især om fysisk aktivitet, uddannelse og arbejde. Betydningen af arbejde og denne type aktiviteter er også belyst i andre studier af recovery (Krupa, 2004; Marwaha & Johnson, 2005; Borg & Kristiansen, 2011; Kinn, Holgersen, Fjær & Borg, 2011). Aktiviteter og arbejde muliggør tilknytning og tilhørsforhold på forskellige sociale arenaer, nye roller, mestringsoplevelser og muligheden for at bidrage og at være en del af det sociale liv.

I et amerikansk studie (Young & Ensing, 1999) peges der på tre stadier i personers recoveryprocesser. *Det første stadie* er at komme ud af fastlåsthed. Dette starter med en accept af problemerne og situationen, et ønske om forandring og det at finde håb, mod og inspiration til at arbejde med recoveryprocessen. *Det andet stadie* handler om at finde og genvinde det som er tabt, så som ens egen myndighed og kontrol, at tage ansvar, opdagelsen af ens egne muligheder, læring og selvudvikling og om at finde måder at kunne fungere i dagligdagen på. *Det tredje stadie* beskriver det at kunne have god livskvalitet: det at føle velvære og trives med sig selv og ens eget liv.

Det er centralt i forståelsen af recovery som en personlig proces at det ikke nødvendigvis er at blive »symptomfri« eller fri for alle problemerne. Det er at leve et godt liv som borger og ikke blive mødt som en »psykiatrisk patient«. Deegan (1996) siger at recovery drejer sig om:

»... ikke at blive 'rask' eller symptomfri eller 'stabiliseret', men snarere om en udvikling af selvet – ved at man både accepterer sine egne begrænsninger og opdager en verden af nye muligheder. Dette er et af de vigtigste paradokser ved recovery: Ved at acceptere hvad vi ikke kan gøre eller være, begynder vi at opdage hvad vi kan være, og hvad vi kan gøre. Derfor er recovery en proces. Det er en måde at leve på. Det er en holdning og en måde at nærme sig de daglige udfordringer på ... ikke en lineær proces. På samme måde som klitrosen har recovery sin cyklus. Der er en tid til at vende sig mod mørket for at forankre de nye rødder, og der er en tid til at bryde frem i solskinnet. Mest af alt er recovery en langsom, bevidst proces som handler om at kæmpe sig over et lille sandkorn ad gangen« (eget konferencenotat).

Vi henviste til Anthonys (1993) definition af recovery. Her lægges der vægt på det unikke og personlige, egne mål og roller. Den enkelte må redefinere sine mål og finde ny mening i sit liv og finde nye muligheder for at vokse og udvikle sig. Davidson mfl. (2007) peger gennem sin begrebsanalyse på nogle fælles aspekter ved recovery som personlig proces. Det drejer sig om at genfinde håb og tro på egne muligheder, redefinere selvet i den forstand at de psykiske problemer kun er en begrænset del af en selv, acceptere de psykiske problemer, være involveret i meningsfulde aktiviteter, overkomme stigmatisering, tage kontrol og deltage i lokal- og samfundsmiljø, håndtere sympto-

mer og lidelse og få støtte fra andre i lokalmiljøet så som venner, familie, ligesindede og professionelle.

Recovery som en personlig proces beskrives med forskellige dimensioner. Disse er håb, tro på egne muligheder, oplevelse af mening, at tage kontrol og at anerkende at psykiske problemer kun er en begrænset del af en selv. Andre dimensioner som beskrives er det at håndtere psykiske problemer – både personlige og sociale, at arbejde for et godt liv, opleve at høre til, læring og udvikling og relationer og samarbejde med andre. Et andet væsentligt fællestræk er at recovery kan foregå med eller uden hjælp fra professionelle.

Recovery som en social proces

Der bliver i stigende grad fokuseret på at forstå recovery som en social proces lige såvel som en personlig. Recoveryprocesser forstås dermed som aktiviteter og strategier der er forankret i personens hverdagsliv og lokalmiljø. Sådan som personer med egenerfaring beskriver det, handler recovery om anstrengelser for at generobre kontrollen, finde mening, leve det hverdagsliv den enkelte ønsker, retten til at have valgmuligheder og retten til reelt samarbejde med fagpersoner (Davidson, 2003; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013).

I denne definition er der et kontekstuel perspektiv på recovery. I nordiske studier er recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfundsforhold, levevilkår og sociale processer. Hjemmet, arbejde og aktiviteter, uddannelse, penge, sociale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie menes her at have stor betydning for recoveryprocessen (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009; Borg & Karlsson, 2013). I Storbritannien har sociale og materielle betingelser og medborgerskab været centrale for begrebs- og praksisudviklingen og forskningens tilrettelæggelse (Perkins & Slade, 2012; Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton & Le Boutillier, 2012). Inden for psykisk sundhedspolitik i England har recovery været et væsentligt perspektiv siden 2001. Forhold som social inklusion, arbejde og personens velbefindende er gradvist blevet tydeligere i politikken. Perkins & Slade (2012) understreger at recovery, forstået som »at blive rask«, udfordres af mange miljøer. De er optaget af at sådanne processer mere handler om »recovery af et liv«. Mange videnskabelige publikationer påpeger at recovery ikke foregår i et vakuum eller på professi-



onelles kontorer eller i behandlingsenheder. Recovery foregår i selve livet (Topor, 2001; Davidson, 2003; Borg, 2007; Davidson, 2008, 2009; Pilgrim, 2008; Ramon, Shera, Healy, Lachman & Renouf, 2009; Karlsson & Borg, 2013). I hverdagslivet bliver miljøer og relationer som hindrer recovery eller giver næring til recovery, tydelige (Sayce, 2000; Wilson & Beresford, 2002; Glover, 2005, 2012; Shakespeare, 2006; Beresford & Bryant, 2008). Ved at indtage sociale perspektiver i forskning og begrebsudvikling bliver de mange miljømæssige ekstrabelastninger som personerne erfarer, synlige. Helen Glover (2005), en australsk socionom med egen erfaring, taler om »recoverynærende omgivelser«. Dette er et vigtigt begreb som pointerer at nogle omgivelser er gode for mennesker og giver næring til vækst, udvikling og håb. Andre repræsenterer barrierer og krænkelser.

I et internationalt studie om recovery og sociale faktorer problematiseres det individorienterede recoverybegreb (Tew mfl., 2012). Forfatterne mener det er for enkelt at tale om kontrol over eget liv, tilknytning til sociale miljøer og genopbygning af en positiv identitet. Dette forudsætter at der er omgivelser og betingelser som muliggør det. Tew mfl. (2012) henviser til samfundsforskning som dokumenterer at sociale faktorer kan fremme såvel som hindre menneskers udvikling. Muligheder for kontrol over eget liv og anerkendte roller indebærer inkluderende lokalmiljøer og sociale strukturer som tillader dette. Tilknytning til sociale miljøer og genopbygning af en positiv identitet forudsætter fravær af diskrimination og stigmatisering samt levevilkår som bidrager til et værdigt liv. Det er centralt at forstå og arbejde med det der kan give muligheder for oplevelsen af en positiv og social identitet. Lige så vigtigt er det med fagmiljøer som udviser respekt og anerkendelse af personens erfaringer og præferencer, og som praktiserer samarbejde.

I en nordisk forskningsartikel beskrives centrale elementer inden for social recovery (Jensen, Topor & Borg, 2010, s. 20):

»'At komme sig' eller recovery foregår på hverdagslivets forskellige arenaer og er uafhængigt af varierende behandlingsideologier. Recovery handler om at udvikle måder at håndtere psykiske problemer på, og ikke mindst

de sociale konsekvenser af problemerne. Dette arbejde gør den enkelte gerne sammen med sit sociale netværk, det vil sige fagpersoner, venner eller pårørende som støtter på forskellig vis. Recoveryprocesser kan føre til udvikling og bedring og en situation hvor personer fortsat har behov for lidt støtte. Gennem recoveryprocesser kan personer også opleve et liv uden 'symptomer' eller behov for professionel indsats.«

Set i et socialt perspektiv handler recovery om at afdække og håndtere forskellige konsekvenser af psykiske problemer for levevilkår og det sociale liv. En sådan forståelse medfører naturligt nok opmærksomhed på andre typer af viden og indsatser på samfunds- og organisationsniveau end de individorienterede. Det bidrager til at hæve blikket fra personen selv til organisationernes og lokalmiljøets evne og egnethed til at samarbejde med den enkelte i recoveryprocessen. På samme måde som i den sociale handicapmodel er det ikke nødvendigvis de individuelle problemer og funktionsnedsættelser der skal arbejdes med. Der skal i lige så høj grad arbejdes med de begrænsende omgivelser (se Shakespeare, 2006).

Ved Yale Program for Recovery and Community Health i USA har en gruppe af brugere, fagfolk og ledere udviklet en socialt orienteret beskrivelse (Davidson, Tandoro, Lawless, O'Connell & Rive, 2009). Recovery forstås her først og fremmest som det at genskabe en oplevelse af tilhørsforhold i ens lokalmiljø og en positiv følelse af identitet uden for problemerne. Det vigtigste er at leve et godt liv på trods af følelsesmæssige og sociale problemer. Onken, Craig, Ridgeway, Ralph & Cook (2007) lægger også vægt på de miljømæssige forhold i udviklingen af en økologisk ramme hvor personens livskontekst regnes med i arbejdet med at støtte personer i deres recoveryproces. Deres litteraturstudie konkluderer at personen og omgivelserne må ses og forstås i sammenhæng. Muligheden for recovery er afhængig af omgivelser og mennesker som har viden og muligheder for at støtte personen i livsprocessen mod en bedre hverdag. Forskellige sociale forståelsesmodeller bidrager til viden om sociale omgivelser og samfundsmæssige betingelser som kan føre til psykiske problemer, og om omgivelser som kan bidrage til recovery (Beresford, 2003).

Tre grundlæggende elementer præger disse forståelsesmodeller:

- Psykiske problemer har ofte sammenhæng med livshændelser.
- Der er klare sammenhænge mellem psykisk sundhed og sociale forhold knyttet til klasse, arbejdsmæssig status og social rolle.
- Personer med psykiske vanskeligheder får, eller vedbliver med at have, sådanne vanskeligheder som følge af samfundspåvirkninger.

Recovery som en social proces indbefatter det dynamiske forhold mellem personen og omgivelserne.

Samfundsmæssige og sociale forståelsesmodeller bidrager til at udvide perspektiverne på psykisk sundhed og recovery og udvider dermed tilrettelæggelsen af hjælpeforanstaltningerne.

Sociale relationer og deltagelse på de forskellige samfundsarenaer er forhold som i stigende grad understreges. En recoveryorienteret indsats indebærer også arbejde for menneskerettigheder og mod diskrimination samt for holdningsændringer i og uden for psykosociale/psykiatriske indsatser og sociale indsatser (Smith-Merry, Freeman & Sturdy, 2011; Tew, Ramon, Slade, Melton & Le Boutillier, 2012; Karlsson & Borg, 2013).



Recovery som et resultat eller klinisk recovery

Den tredje definition af recovery afspejler resultatorientering og er udviklet af behandlings- og rehabiliteringsmiljøer som er optaget af objektive resultatomål og behandlingseffekt. At definere recovery som en unik proces eller en social proces, som er forskellig fra person til person, repræsenterer en stor udfordring ift. de krav om at bruge standardiserede mål og ydelser som påhviler indsatsene (Jacobson, 2001). Slade (2009) bruger begrebet klinisk recovery om dette behandlingsrettede og resultatorienterede perspektiv. Recovery har længe været brugt inden for medicin og andre sundhedsfag som resultatomål for »at blive rask« og helt symptomfri. Slade (2009) peger på fire centrale træk ved det der betegnes som klinisk recovery: Det er et resultat eller en tilstand, det er observerbart, det er vurderet af en fagperson, og det er en tilstand som ikke varierer mellem individer. I denne forståelse er man optaget af at operationalisere recovery og måle grader af bedring. Der bruges en række sociale funktionskriterier (Liebermann, Kopelowicz, Vendura & Gutkind, 2002). Disse er: total symptomfrihed – ordinært fuld- eller deltidsjob – selvstændig bolig – at have venner og at deltage i sociale aktiviteter – varighed af ovennævnte kriterier i to år.

Klinisk recovery har mange fællestræk med behandlingsforskning og effektmålinger som har lange traditioner inden for forskellige dele af det psykosociale/psykiatriske felt, især inden for psykiatrien. Der er her beskeden opmærksomhed på personens erfaringsbaserede viden, den unikke situation og konteksten. Flere forskere inden for klinisk recovery er optaget af behovet for at udvikle resultatomål som i højere grad er relevante for de personer det gælder, og som indoptager en flerdimensionel forståelse af recovery. Der findes internationale eksempler som både henviser til instrumenter som måler personlig recovery, og til instrumenter som måler organisationers recoveryorientering. Dette beskrives senere i kapitel 3.5.

Hvad er fælles i recovery?

Recovery som begreb og vidensområde tillægges, som vi har set, skiftende indhold og forståelse. Det er derfor nødvendigt at klargøre hvilke forståelser de forskellige miljøer lægger til grund og anvender. Jacobson (2001) peger på at definitionen af recovery varierer alt efter hvem der spørger og fortolker, hvilken sammenhæng dette gøres i, for hvilket publikum og med hvilket formål. Vi vil fremhæve nogle forhold ved recovery som vi tænker er centrale for at kunne bidrage til recoveryorienterede indsatser og praksisser:

For det første sættes personen i centrum som et helt menneske med sine styrker og svagheder. I modsætning til traditionelle medicinske termer handler recovery om personens kundskaber og erfaringer med hvad der hjælper, og fokuserer på mening, håb, selvbestemmelse, ressourcer, livet og hverdagen. Recovery drejer sig om sundhed og velvære, deltagelse i lokalmiljøet og på forskellige samfundsarenaer, om at genopbygge personlig og social identitet og finde frem til og udvikle omgivelser som støtter recoveryprocessen. I den sociale og dynamiske forståelse understreges det at recovery ikke alene er et personligt ansvar og projekt. De sociale og materielle betingelser kan fremme eller hindre personens proces. De som er tæt på vedkommende, skal fungere som rådgivere, støttepersoner, kortlæsere og vejvisere. Det er personen selv som er i førersædet.

For det andet drejer recovery sig om personens egen aktive indsats. Det handler om alt det, den enkelte gør for at hjælpe sig selv og holde håbet levende. Det kan være at finde frem til folk og systemer som kan være til støtte, håndtere forskellige problemer og etablere et meningsfuldt liv. Recovery er personens arbejde med at få og generobre alt det som er tabt, så som rettigheder, roller, ansvar og pligter, valgmuligheder, ret til at bestemme selv i stort og småt, ret til at have en fremtid og ret til det som den enkelte selv anser for brugbar hjælp. Recovery er ikke primært fagfolks interventioner og bidrag.

For det tredje er recovery både social og personlig. De almindelige omgivelser så som jobbet, fodboldbanen, træningscentret, værtshuset, parken, spillehallen,



er dem der fremhæves som gode recoveryarenaer. Det er i det almindelige liv man kan »øve sig« på at være et helt menneske, finde mening og tage kontrol over sit eget liv ved hjælp af og i samspil med sine medmennesker.

For det fjerde handler recovery mere om livsprocesser end om resultater. Det centrale er her erkendelsen af at forskellige samfundsstrukturer og levevilkår har en afgørende betydning. Endvidere er det vigtigt med anerkendelsen af den tid og de kræfter som skal til, for at finde frem til levemåder, gode omgivelser og strategier hvor problemerne ikke bliver så dominerende i det daglige. Støttepersoner må forstå hvad det indebærer at opleve og finde mening, at bygge på egne ressourcer, interesser og kompetencer, og at udvikle velfungerende mestringsstrategier ift. konkrete problemer. Recovery som »resultat« står i højere grad på fagfolks og organisationers dagsorden, som en dokumentation af effekten af den faglige indsats og virksomhedens værdi.

For det femte viser forskningen at recovery foregår på forskellig vis. Recovery er ikke retlinet eller strømlinet. Det indebærer både fremgang og tilbageskridt, med eller uden behandling og støtte fra offentlige instanser. Recovery handler ikke om at følge en retningslinje for »best practice«.

Konklusion

Recovery som begreb og vidensområde tillægges skiftende indhold og forståelse, og her træder to forskellige kilder til vidensudvikling frem. Den ene er orienteret mod behandlingsresultater og effektorienteret forskning, og den anden mod forskning i brugererfaringer og erfaringsbaseret viden om hvad der støtter recoveryprocesser i vid forstand. Der præsenteres tre definitioner som der ofte henvises til i forskningslitteraturen: recovery som personlig proces, recovery som en social proces og recovery som et resultat eller klinisk recovery. Selvom recovery fremstilles forskelligt, er der nogle fællestræk i den erfaringsbaserede forskning. Recovery handler om personens perspektiver på hvad der hjælper, og om den enkeltes egen indsats for at tage kontrol, finde mening, håndtere konsekvenserne af de psykiske problemer og retablere et værdigt liv. Recovery indebærer både personlige og sociale processer hvor levevilkår og strukturelle faktorer spiller en væsentlig rolle. Recovery kan foregå på

forskellig vis og med eller uden hjælp fra fagpersoner. Nogle miljøer og relationer kan være støttende mens andre repræsenterer barrierer. Recovery fremstilles gerne som resultatorienterede praksisser af fagmiljøer og organisationer.

3.2 Recovery – politikker og principper

Nationale politikker

I det følgende vil forskellige politikker for udvikling af recoveryorienterede praksisser i forskellige lande og miljøer blive fremstillet. Baggrunden for de nationale udviklinger er dels politisk og dels knyttet til faglige traditioner. De nationale politiske retningslinjer er forskellige (Slade, 2009). I USA kom i 2003 »The President's New Freedom Commission on Mental Health« som konkluderer at de psykosociale/psykiatriske indsatser ikke er rettet mod det ene mål som er det vigtigste for de personer det gælder: håbet om at komme sig og få et godt liv. Det understreges desuden at de allerfleste med psykiske lidelser kommer sig, selv de der kæmper med de mest langvarige problemer. Denne klare politiske retningslinje har været vigtig for forandringen af de psykosociale/psykiatriske organisationer forskellige steder i USA. To centrale miljøer inden for forskning og udvikling af recoveryorienterede praksisser er Program for Recovery and Community Health (PRCH), Yale University (<http://www.yale.edu/PRCH/>) og Psychiatric Rehabilitation Center, Boston University (<http://cpr.bu.edu/>). I Canada har der gennem mange år været en proces hvor forskellige grupper er blevet inviteret til at diskutere behovet for forandringer af de psykosociale/psykiatriske organisationer. I 2013 kom strategidokumentet »*Toward Recovery and Well-Being*« (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/241/toward-recovery-and-well-being>).

I Australien og New Zealand har der siden 1990'erne været en tydelig politik for etablering af recoveryorienterede praksisser og anerkendelse af personers egne mål for deres liv (O'Hagan, 2004). I Skotland blev en national psykisk sundhedsplan vedtaget i 2006. Her understreges organisationernes ansvar for at lægge vægt på ligeværdighed, social inklusion, recovery og rettigheder. En række initiativer er blevet taget i lokale indsatser for at udvikle re-

coveryorienterede praksisser der betoner lokal »bottom-up«-udvikling af organisationerne. Her har brugerbaseret kompetenceudvikling, brugeransættelser, mere ligeværdige samarbejdsformer mellem brugere, pårørende og fagpersoner og ikke mindst arbejdet med at skabe inkluderende lokalmiljøer været centrale elementer (Smith-Merry mfl., 2009). I Irland kom der en ny national psykisk sundhedspolitik i 2006 hvor recoveryperspektiver blev fremhævet. Den blev senere fulgt op med en række faglige retningslinjer (Oshodi & Rush, 2011). I England og Wales udgav Sundhedsministeriet i 2001 en politisk retningslinje i relation til recovery, med nogle af de samme strategier som i USA (Department of Health, 2001). Sundhedsministeriet anmodede organisationerne om at udvikle håbefulde praksisser og positive, samarbejdsorienterede relationer til dem der søger hjælp. Desuden mindede man om at den store majoritet af personer med psykiske lidelser kommer sig såfremt de får den støtte de har behov for og selv ønsker. I England er to store nationale projekter forbundet med recoveryorienteret praksisudvikling og forskning. Det ene er »The Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC)« som er i færd med at gennemføre en række lokale og radikale forandringsprojekter. Det andet er »Section for Recovery«, Institute of Psychiatry, King's College London. Dette er et centralt forskningsmiljø inden for recoveryorienterede psykosociale/psykiatriske indsatser.

I mange lande er der en stigende interesse for recovery. I en række miljøer bruges også andre begreber om beslægtede praksisser så som brugerorienterede indsatser, samarbejdsbaserede indsatser, rehabilitering og resilience. Nogle steder ser det ud til at handle om at arbejde mod en radikal ændring af praksisser mens det andre steder mere lader til at være en overskrift. Nogle steder vælger at implementere konkrete modeller for recovery, som vi vil vise senere, mens andre lægger vægt på en »bottom-up«-proces. Her starter man lokalt sammen med brugere, pårørende og fagpersoner og med udgangspunkt i nogle humane og organisationsmæssige principper (Davidson mfl., 2007; Smith-Merry mfl., 2011; Boardman & Shepard, 2012). I norsk social- og sundhedspolitik er recovery i ringe grad fremstillet som et centralt begreb og perspektiv. I centrale dokumenter understreges imidlertid mange af de værdier og principper

som recovery bygger på. Vi vil antage at situationen er den samme i mange lande. Et sidste forhold vi vil nævne, er at generalforsamlingen i World Health Organization (WHO) i maj 2013 vedtog en »Mental Health Action Plan 2013 – 2020«. Handlingsplanen understreger at forholdene skal lægges til rette efter recovery, empowerment, lokalbaserede indsatser og social inklusion: http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global-mh_action_plan-2013_2020/en/.

Principper for recoveryorienteret praksisudvikling

Vidensopsamlingen viser at der findes en mangfoldighed af recoveryorienteret praksisudvikling og principper i og for dette arbejde. I det følgende vil vi både pege på nogle fælles og på nogle forskellige principper for recoveryorienteret praksisudvikling med det formål at yde retfærdighed til den mangfoldighed som litteraturen henviser til. I et internationalt studie af hvad der er de centrale principper for recoveryorienterede praksisser, blev 30 dokumenter fra seks lande gennemgået og analyseret (Le Boutillier mfl., 2011). Hensigten var at identificere nogle centrale karakteristika ved recoveryorienterede praksisser. Studiet sammefattede fire kerneområder: 1) *fremme medborgerskab* (støtte personen i arbejdet med at få et meningsfyldt liv i lokalmiljøet med fokus på rettigheder, social inklusion, lokalmiljøudvikling), 2) *organisationsmæssig loyalitet* (ledelse, kultur og rammebetingelser som muliggør radikale forandringer), 3) *støtte til personens egne recoverymål* (lydhørhed og loyalitet over for personens mål og ønsker for sit liv, vægt på valgmuligheder, medarbejdere med brugerbaggrund og helhed), 4) *samarbejdsrelationer* (partnerskab og ligeværd). Studiet konkluderede at en betydelig udfordring for organisationerne var den manglende præcision af hvad en recoveryorienteret indsats konkret indebærer og består af – at man i mange sammenhænge ikke har forstået at der er tale om forandringer som handler om et paradigmeskifte.

Anthony (1993) beskrev for tyve år siden de centrale principper for recoveryorienterede praksisser gennem sin »Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s«. Han påpeger her at recovery er noget andet, og mere, end at komme sig fra psykiske lidelser. Det handler i lige så høj grad om at

komme sig fra forskellige krænkende konsekvenser af det at have psykiske problemer så som stigmatisering, inhuman behandling, ikke at kunne bestemme selv, negative erfaringer med arbejdslivet og knuste drømme. Anthony understreger at recovery er det som personer med psykiske problemer selv gør. I en række landes social- og sundhedspolitik er recoveryorientering nu anerkendt som grundlag for forandring og udvikling af psykosociale/psykiatriske indsatser og rusmiddelindsatser (Davidson & White, 2007; Pilgrim, 2008; Amering & Schmolke, 2009; Davidson mfl., 2009; Slade, 2009; Edgley, Stickley, Wright & Repper, 2012). Dette gælder blandt andet USA, Canada, New Zealand, Australien, England og Skotland. Realiseringen af og opfølgningen på dette ser ud til at være uensartet. Glover (2002) og O'Hagan (2004), som begge er centrale i internationale brugermiljøer, påpeger at der ofte er tale om retorik. Selvom politikdokumenter og sprogdragt er recoveryorienterede oplever mange af dem der modtager ydelserne, i ringe grad at magtforhold, indsatsernes indhold og samarbejdsformer ændres væsentligt. Fokuset og de daglige praksisformer afspejler ikke håb og optimisme, personlig kontrol og ansvar, det at blive taget alvorligt, nye roller og arbejde for tilknytning til lokalmiljøet (O'Hagan, 2004).

En kompetent psykosocial/psykiatrisk medarbejder, siger O'Hagan, som forstår recoveryprincipper og brugererfaringer, støtter personens ressourcer og initiativer, beskytter menneskerettigheder, opfatter diskrimination og modarbejder denne, har kulturel sensitivitet og forstår behovet for at støtte familie og netværk. I nogle lande og i stater i USA tages de politiske opfordringer alvorligt. Det gælder blandt andet i Skotland (Smith-Merry mfl., 2009), og i Englands ImROC-projekt hvor 35 NHS Health Trusts deltog pr. 2009 (Shepherd mfl., 2009). I delstater og miljøer i USA og Canada arbejdes der også med recoveryorientering. Et eksempel er Connecticut som beskrives nærmere senere. Andre miljøer findes ved University of Pittsburgh, McGill University i Illinois, Wilfred Laurier University in Windsor, Ontario, Columbia University i New York, City University of Montreal og University of Toronto.

Både Anthony (1993) og anden litteratur vi har inkluderet, påpeger de store udfordringer recoveryorientering har for social- og sundhedspolitikken og

for organisationerne. Dette indebærer et udvidet vidensgrundlag, andre fagpersonroller og personale-sammensætninger samt at man forholder sig til sociale strukturer og mangfoldighed (Davidson mfl., 2007; Shepherd, Boardman & Slade, 2008; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013). Dette betyder ændring og tilpasning af rammebetingelser og finansieringsordninger som muliggør andre samarbejdsformer mellem fagpersoner og dem der har behov for hjælp. Det betyder andre resultatmål og et mere humant sprog.

I en betydelig del af den litteratur vi har gennemgået, er man optaget af at understrege den grundlæggende forskel mellem en medicinsk model og en recoverymodel i recoveryorienteret praksisudvikling. Det er vigtigt at holde sig dette for øje som et udgangspunkt i praksisudviklingen (Davidson mfl., 2007; Farkas, Ashcraft & Anthony, 2008; Shepherd mfl., 2008; Slade, 2009; Amering, 2010; Davidson, 2010). Robert & Wolfson (2004, s. 40) giver en oversigt over centrale forskelle i begreber, forståelse, værdier og sprog mellem en recoverymodel og en medicinsk model. Oversigten opsummerer på en god måde det som litteraturen viser:

Recoverymodel	Medicinsk model
Livet og hverdagen	Patologi og symptomer
Biografi	Sygdomshistorie
Personorientering	Sygdomsorientering
Ressourcer	Behandlingstiltag
Erfaringseksperter	Læge og patient
Personlig mening	Diagnose
Valgmuligheder	Compliance/»lydighed«
Erfaringsviden	RCT studier
Selvbestemmelse	Ekspert
Personligt ansvar	Professionelt ansvar
I social kontekst	Akontekstuel

Den medicinske model lægger en sygdomsforståelse af menneskelige livsproblemer og usædvanlig adfærd til grund. Dermed bliver diagnoser, symptomer og identificering af sygdommen det centrale fokus (Ralph, Lambert & Kidder, 2002; Robert & Wolfson, 2004; Oshodi & Rush, 2009). Vidensgrundlaget er baseret på store randomiserede undersøgelser. Det er den vidensform som i reglen gives højst anerkendelse.

Den medicinske modeltænkning har begrænset kontekstuel forankring, og i de medicinske systemer er afgrænsningen af opgaver også i stigende grad blevet dominerende. Der lægges stor vægt på hvad der er specialistansvar, og på differentiering mellem forskellige organisations- og forvaltningsområder. Recoverymodellen repræsenterer, som vi tidligere har set, med sit udgangspunkt i studier af subjektive erfaringer med recoveryprocesser et andet perspektiv. I en stor del af litteraturen beskrives dette som et paradigmeskifte (Davidson, 2005; Fox & Ramon, 2011; Le Boutillier mfl., 2011; Boardman & She-

pherd, 2012; Glover, 2012; Ryan, Ramon & Greacen, 2012). Fokuset for personen selv, for fagpersoner og praksisorganisationerne er arbejdet mod et godt, meningsfuldt liv i ens lokalmiljø, med eller uden psykiske problemer. Praksisser baseret på recoverymodeller forventes at være fleksible for at kunne møde forskellige personers ønsker og behov på forskellige tidspunkter. Der lægges vægt på ressourcer, personens egen kompetence og egne planer. Opmærksomheden rettes på og mod sociale strukturer og betingelser som er centrale for indretningen af indsatserne.



Konklusion

I en stor del af litteraturen beskrives recoveryorienteringen af de psykosociale/psykiatriske organisationer som et paradigmeskifte. Fokusset for personen selv, for fagpersonerne og praksisorganisationerne er arbejdet mod et meningsfuldt liv i lokalmiljøet, med eller uden psykiske problemer. Det indebærer et udvidet vidensgrundlag, andre fagpersonroller og personalesammensætninger samt det at forholde sig til sociale strukturer og mangfoldighed. Internationalt tilnærmer man sig til recovery på forskellig vis i politikken og i praksisserne. Nogle steder har man en »bottom-up«-proces hvor det starter med et lokalt samarbejde mellem brugere, pårørende og fagpersoner. Andre steder har snarere en »top-down«-proces med implementering af konkrete modeller. I en række miljøer bruges også andre begreber for beslægtede praksisser så som brugerorienterede indsatser, samarbejdsbaserede indsatser, rehabilitering og resilience. Nogle steder kan recovery se ud til at handle om at arbejde mod en radikal forandring af praksis, andre steder er det snarere en overskrift.

3.3 Recoveryorienterede praksisser

Strategier og retningslinjer for udvikling af recoveryorienterede praksisser

Gennem litteraturstudierne bliver det tydeligt at der er to grundlæggende og forskellige strategier for recoveryorientering af og i psykosociale/psykiatriske praksisser. På den ene side finder vi miljøer der ser et paradigmeskifte som en nødvendighed for at kunne tale om en helhedspræget recoveryorienteret praksis. Her arbejder man med en omfattende forandring af hele organisationen ud fra en recoveryforståelse svarende til den vi afslutningsvis opsummerede i kapitel 2. På den anden side finder vi miljøer som indfører mere afgrænsede recoverymodeller, som bruges sammen med forskellige andre behandlings- og rehabiliteringstilbud. Her er et paradigmeskifte eller en grundlæggende omorganisering ikke nødvendigvis et tema. Vi vil i det følgende først komme med eksempler på en helhedspræget recoveryorienteret praksisudvikling. I del 3.4 præsenteres nogle af de modeller som findes, i tilknytning til omtalen af kompetenceudviklingsprogrammer.

I et australsk studie (Hungerford & Fox, 2013) undersøges forskellige udfordringer i forbindelse med implementering af recoveryorienterede indsatser. Målet var at identificere hvad udfordringerne handlede om, og at bidrage med nogle anbefalinger til håndteringen af dem. Brugere blev interviewet om deres erfaringer med recoveryorienterede praksisser. De formidlede en oplevelse af usikkerhed, både hos fagpersoner og i brugergruppen, om hvad recoveryindsatser skal være. De oplevede også at fagpersoner praktiserede »hold-fingrene-fra-fadet« snarere end at styrke samarbejdet med brugere, pårørende og samarbejdspartnere. Løsningerne på disse problemer inkluderede blandt andet en mere målrettet undervisning i brugerregi (Hungerford & Fox, 2013).

Et canadisk studie (Piat, Sabetti & Bloom, 2010) behandler lederes perspektiver på implementering af recovery i psykosociale/psykiatriske indsatser i Canada. Forfatterne er optaget af den centrale rolle som ledere har i sådanne omfattende forandringsprocesser. I dette studie blev lokalbaserede indsatser vurderet som mest åbne over for recoveryorienterede praksisser, og »frontlinjen« – de der er nærmest brugere og pårørende – som nøglepersonerne i systemændringerne. Lederne beskrev deres rolle som begrænset til at sørge for de overordnede strategier og økonomiske rammer.

I andre studier som opsummerer strategier for udvikling og implementering af recoveryorienterede praksisser, er det tilsvarende kerneområder som dem vi her har nævnt, der går igen (Jacobsen & Curtis, 2000; Robertson & Wolfson, 2004; Davidson mfl., 2007; Farkas, 2007; Ramon mfl., 2009; Tew mfl., 2011; Glover, 2012; Perkins & Slade, 2012). Vi vil i det følgende give nogle konkrete eksempler.

I udviklingen af recoveryorienteret praksis i Connecticut, USA, beskrives den omfattende omorganisering som en systemisk proces. Fem strategier blev identificeret som centrale. Disse rækker ind i hinanden og kan ikke ses som adskilte lineære processer. De strategier som blev valgt var: 1) Værdier og principper, baseret på input fra og i samarbejde med personer med egenerfaring, blev udviklet og afklaret i en omfattende proces. 2) På denne baggrund blev nogle centrale begreber defineret så som hvad recovery handler om og indebærer, og en lokal strategi for transformationsprocessen blev vedtaget politisk og på ledelsesniveau. 3) Man arbejdede med

vidensgrundlag, kompetenceopbygning og udvikling af recoverybaserede færdigheder hos de ansatte. Personer med egen erfaring og pårørende deltog i dette. 4) Nødvendige ændringer og tilpasninger af økonomiske, driftsmæssige og administrative procedurer blev identificeret og gennemført. 5) Tilsvarende blev nødvendige ændringer foretaget i forhold til evaluering og løbende opfølgning. Recoveryorienterede kortlægnings- og evalueringsredskaber blev udviklet og taget i brug. Disse var både rettet mod personer i recovery, fagpersoners holdninger og viden inden for recovery og kortlægning af kompetenceudviklingsbehov og systembarrierer. For mere information om Connecticuts strategier for forandring til fordel for recoveryorienteret praksis, se Davidson mfl., 2007 og Davidson mfl., 2009.

Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) i England. Her startede man på samme måde som i Connecticut med en proces hvor brugere, pårørende, fagpersoner, ledere og frivillige organisationer arbejdede sammen i fem workshops. Denne erfaringsbaserede vidensudvikling fra ImROC vedrørende hvad recovery handler om, identificerede 10 centrale forandringsområder:

- Ændring af de daglige praksisser inden for psykosociale/psykiatriske indsats og af relationen mellem den der søger hjælp, og fagpersonerne. Der er udviklet en »Top 10 tips for recoveryfokuseret praksis«.
- Tilbyde brugerstyrede kompetenceudviklings- og færdighedstræningsprogrammer for fagpersoner.
- Etablere recoveryskoler for personer med egen erfaring, pårørende og fagpersoner. Skolerne skal bidrage til kultur- og holdningsændringer og forene bred ekspertise fra brugermiljøer, fagmiljøer, frivillige og lokalmiljøer. Her afholdes kurser, workshops og forskellige dialogfora.
- Sikre organisatorisk forpligtelse og loyalitet for organisationsudviklingen på alle niveauer. Dette gælder for rekruttering, vejledning, planlægning og politikudvikling.
- Øge personens valgmuligheder. Valg og kontrol over egen proces er nødvendig.
- Ændre måden der tænkes risiko og risikohåndtering på. Man er optaget af at bevæge sig væk fra risikovurdering og kontrol fra fagpersoners side

og hen imod at lave tryghedsplaner: planer som er skræddersyede sådan at personen kan arbejde mod sine mål, og hvor man deler ansvaret for tryghed.

- Redefinere brugerinvolvering. I en recoveryorienteret indsats kan én gruppe (fagpersoner) ikke involvere en anden (brugere) i »deres« tilbud. Der må udvikles ligeværdighed og samarbejde på alle niveauer.
- Ændring af personalesammensætningerne. Man anbefaler en radikal ændring og at 50 procent af de ansatte har brugererfaring og har gennemgået kompetenceudvikling som erfaringseksperter.
- Støtte fagpersoner i deres udvikling mod at blive recoveryorienterede og i de forskellige udfordringer der er knyttet til radikale forandringer.
- Øge mulighederne for at opbygge et liv uden for problemerne. Deltagelse er afgørende i recoveryprocesser. Hvis personerne skal genopbygge deres liv, må de have samme valgmuligheder, frihed og kontrol som borgere generelt: hjemme, på jobbet og i lokalmiljøet. Dette betyder at man anerkender og støtter op om både personens egne og omgivelsernes ressourcer og kompetencer (Shepherd mfl., 2008; Perkins & Slade, 2012).

Nogle miljøer som arbejder med recoveryorientering, lægger mere vægt på enkelte dimensioner end andre (se kapitel 3.1). Nogle steder er der et stort fokus på personens egen aktive rolle og selvbestemmelse. Andre steder er man mere optaget af lokalmiljøer, strukturelle samfundsforhold, levevilkår og magtforhold. Tew (2005) peger på nogle grundlæggende forhold knyttet til sociale perspektiver på psykisk sundhed og recoveryorienterede praksisser. *For det første* forudsætter det afvikling af »dem-og-os«-tænkningen som giver indtryk af at der findes to kategorier af mennesker. De »normale« og de »gale«. Psykisk sundhed og lidelse må betragtes som livserfaringer og udtryk der er integreret i hverdagen. *For det andet* forpligter et socialt perspektiv til at tænke i helheder og til at forsøge at forstå psykisk sundhed kontekstuel. Dette indebærer oprigtigt at undersøge hvad der foregår sammen med den det gælder, og dem som er tæt på ham eller hende. *For det tredje* betyder det at anerkende den forståelse personen selv har af hændelser, sammenhænge og situationer. Dette indebærer at lytte efter mening og sammen med personen forsøge at udvikle forståelse

og blive enige om veje frem. *For det fjerde* er magt og positioner en integreret del af det at forstå en situation og en person. I recoveryorienterede praksisser må der arbejdes mod stigmatisering, uretfærdighed, fremmedgørelse og marginalisering. Der må arbejdes for praktiske løsninger, gode rammebetingelser for den enkelte, gode sociale miljøer og et mere inkluderende samfund (Tew, 2005; Pilgrim, 2009; Boewink, 2012; Davidson mfl., 2012; Ryan mfl., 2012).

I en række miljøer og lande foregår der nu implementering af recoveryorienterede praksisser (Shepherd mfl., 2008; Davidson mfl., 2009; Slade, 2009; Farkas, 2012). Slade (2012) understreger at det for de fleste psykosociale/psykiatriske organisationer og sociale organisationer er krævende at bevæge sig fra

traditionelle praksismodeller til recoveryorienterede praksisser. Udfordringerne handler især om at forstå de grundlæggende implikationer et paradigmeskifte som dette indebærer. En bevægelse mod recovery indebærer at man forstår og ændrer på magtforhold. Eksempelvis er det i sådanne praksisser brugerens forståelse og ekspertise som skal have forrang – ikke fagpersonens.

Afslutningsvis vil vi opsummere nogle centrale strategier for en helhedspræget recoveryorienteret praksisudvikling som ser ud til at gå igen:

- 1) recoveryuddannelse, 2) kulturændring i indsatserne, 3) brugeransættelser og brugerstyrede indsatser, 4) recoverybaserede kortlægnings- og evalueringsværktøjer og resultatmål.



Recoveryuddannelse. Der lægges særlig vægt på at tage erfaringsviden og recoveryforskning i brug og se dette som en central del af vidensgrundlaget. Forskellige efter- og videreuddannelsesprogrammer etableres som nøgleområde i omorganiseringsprocessen. Uddannelses tilbuddene kan være specielt tilrettelagt for enten brugere, pårørende, ledere eller fagpersoner. Det kan også være fællesprogrammer netop fordi recoverybaserede praksisser ønskes udviklet i fælleskab mellem ovennævnte grupper. Fællesprogrammer anses for at være vigtige når nye praksisser indebærer nye roller og samarbejdsformer for alle samt for andre politikker og ledelsestrukturer. I England har man etableret Recovery Colleges (Perkins & Slade, 2012). Disse er i høj grad udviklet og ledet af personer med egenerfaring. I de forskellige uddannelser er der også programmer rettet mod kompetenceudvikling og vejledning for erfaringskonsulenter. Dette er personer med egenerfaring som ansættes i organisationerne som et centralt bidrag til udviklingen af indsatsen. Det understreges at for at opnå varig ændring af psykosociale/psykiatriske indsatser og sociale indsatser må holdningerne til og samarbejdet med fagpersoner ændres. Brugerstyrede uddannelsesprogrammer er en vigtig strategi for at opnå varige ændringer (Davidson mfl., 2008; Shepherd mfl., 2008; Farkas, 2012).

Kulturendring i indsatserne. Den daglige praksis må gennemgå en grundlæggende ændring, særligt i forhold til hvordan samarbejdet og relationerne mellem fagpersoner, brugere og pårørende fungerer. Recoveryorienterede praksisser forudsætter øget kontrol for personen, reducerede magtforskelle, langt større fokus på social inklusion og kontakt med lokalmiljøet, et hovedfokus på »livet uden for problemerne« og håb. Denne kulturændring gælder for organisationen som helhed og integreres i rekruttering, vejledning, planlægning og politikudvikling. Sprog og samværformer er også en del af dette.

Brugeransættelser og brugerstyrede indsatser. Der lægges vægt på en bredere sammensat fagpersongruppe i udviklingen af indsatsen. De traditionelle faggrupper må reorientere sig både i forhold til de mellemmenneskelige relationer og indholdet i indsatserne. Fokus på livet i lokalmiljøet, job, økonomi, hjem, arbejde imod stigmatisering og eksklusion er noget af det mest centrale. Dette indebærer at rammebetingelserne for praksis også må ændres sådan at fagpersonerne får

autonomi til at arbejde recoverybaseret. Erfaringskonsulenter er en naturlig del af fagpersongruppen. Selvstændige uddannelsesprogrammer varetager deres behov for kompetenceudvikling sådan at erfaringsviden kan integreres med fagkundskab. Brugerstyrede tilbud som drop-in-centre, krisetilbud, selvhjælpsgrupper og alternativer til indlæggelser er almindelige dele af et helhedspræget recoveryorienteret praksistilbud (Shepherd mfl., 2008; Jacobson & Curtis, 2012).

Recoveryorienterede kortlægnings- og evalueringsværktøjer og resultatmål

Der er udviklet en række instrumenter baseret på recoveryforskning: dels til brug for kortlægning og evaluering på individniveau og dels på organisationsniveau. En psykosocial/psykiatrisk organisation som arbejder recoveryorienteret, har brug for andre former for kortlægning, evaluering og resultatmål. Selv-evalueringsværktøjer for personen, de pårørende og fagpersoner kan bruges til at kortlægge og måle i hvilken grad organisationen arbejder recoverybaseret. Wellness Recovery Action Planning (WRAP) er et instrument som benyttes i mange organisationer. For mere information henvises til kapitel 3.5.

Helhedspræget recoveryorienteret praksisudvikling

Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) – England

ImROC har gennemført et pilotprojekt i England på vegne af The Department of Health (NHS). Her deltager 29 lokale NHS og uafhængige organisationer inden for psykisk sundhed fra forskellige dele af landet (Shepherd mfl., 2010; Alakeson & Perkins, 2012; Boardman & Frieli, 2012; Perkins mfl., 2012; Repper, 2013; <http://www.imroc.org/>). ImROC er en virksomhed som støtter lokale psykosociale/psykiatriske organisationer og deres samarbejdspartnere i arbejdet med at blive mere recoveryorienterede. Den arbejder efter de fire strategier for en helhedspræget recoveryorienteret praksisudvikling som blev beskrevet ovenfor. Yderligere fire centrale erfaringer trækkes frem i evalueringen af den toårige pilotperiode (The NHS Confederation's Mental Health Network (MHN), 2012). *For det første* viser ImROC at forandring til fordel for en mere recoveryorienteret praksis er mulig selvom ressourcerne er begrænsede.

Det kræver at organisationerne er villige til at tænke nyt om eksisterende indsætter og personaleressourcer. *For det andet* er fælles læring mellem fagpersoner og brugere en kraftfuld og effektiv metode til systemændringer. *For det tredje* skal den lokale ledelse have god opbakning fra overordnede ledere og bestyrelsen for at recoveryorienterede praksisser kan lade sig gennemføre. *For det fjerde* er der behov for mere erfaring knyttet til identificering af og opfølgning på recoveryorienterede resultater. Et helhedspræget recoveryresultatmål bør inkludere personens erfaringer, øget håb og kontrol over egen situation og oplevelsen af at have nået ønskede livsmål. ImROC peger også på flere erfaringer som kan være nyttige for andre, for eksempel at der ikke findes nogen opskrift på hvordan recoveryorientering bedst kan introduceres eller indføres. Organisationer har vidt forskellige historier og lokale praksisser som der må tages hensyn til. Det nytter ikke at dele af en organisation får kompetenceudvikling og støtte i recoveryudvikling af indsætterne. Alle må involveres, og en god, forpligtet og tydelig ledelse er en forudsætning for at det lykkes. Forandring tager tid og sædvanligvis længere tid end forventet. Der er betydelige barrierer som skal overvindes. Dette handler om traditionelle arbejdsmåder som er vanskelige at få lavet om på, ændring af fagpersonroller, ansættelse af personer med egenerfaring, begrænsede ressourcer og administrative standardkrav og procedurer inden for planlægning og opfølgning. Betydningen af fælles læring mellem forskellige grupper og det at lære af hinanden fremhæves. Historisk set har psykosociale/psykiatriske indsætter ofte udviklet sig hurtigere gennem eksempler og andres erfaringer end gennem topstyret politik-implementering.

Udvikling af recoveryorienteret praksis i Connecticut – USA

I perioden 2002 – 2007 indførte Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services (DMHAS) recovery som det overordnede mål for den offentlige psykosociale/psykiatriske indsæt og rusmiddelindsætten (Davidson mfl., 2007; Davidson mfl., 2009). Det hele startede i 2000 med at sundhedsdirektøren inviterede personer med brugererfaring til at udarbejde en recoveryplatform som skulle være retningsgivende for praksisudviklingen.

Dette resulterede i en liste med centrale værdier og principper for recovery som dannede grundlag for en recoverypolitik. Den blev vedtaget i de centrale politiske organer. Et resultat af processen blev en konkret definition af begrebet recovery som organisationen skulle lægge grund til: *»Recovery er en proces som drejer sig om at genoprette oplevelsen af et meningsfuldt tilhørsforhold i lokalmiljøet og en positiv selvfølelse adskilt fra problemerne mens man genopbygger et liv på trods af de begrænsninger som problemerne har skabt«* (Davidson mfl., 2007, s. 24 og 25). Denne definition repræsenterede et paradigmeskifte fra en medicinsk model til en rettighedsorienteret model som udover civile rettigheder og menneskerettigheder inkluderede rettigheder for mennesker med handicap. I stedet for at have fokus på tilpasning til og compliance ved behandlingen skulle et *samarbejde* med brugere og pårørende nu være grundlaget for praksisserne. Hertil kom der en fagpersonrolle som havde til opgave at støtte personen i arbejdet med sine mål og sit livsprojekt. DMHAS fremhæver nogle centrale strategier i omorganiseringen. I et partnerskab med bruger- og pårørendeorganisationer, fagmiljøer og et forskningsmiljø startede en proces med at udmejsle nogle definerede elementer i recovery. Ud fra dette blev recovery konkretiseret gennem en »bottom-up«-proces med forskellige grupper: 1) personer med egenerfaring, 2) fagpersoner og 3) ledere. På den måde fik man frem hvad recovery betød for de centrale parter.

Det næste skridt var at udvikle et selvevaluerings-skema som blev brugt af teams og fagmiljøer i dialog med ledelsen for at igangsætte udviklingen. På denne måde kortlagde man egne styrker og svagheder og identificerede områder som måtte ændres i forhold til standarderne for en recoveryorienteret indsæt. De forskellige skridt i omorganiseringsprocessen stemmer overens med de principper vi har beskrevet tidligere; disse er kompetenceudvikling for og med fagpersoner, brugere og pårørende, nye kortlægnings- og evalueringsværktøjer på person- og systemniveau og uddannelse og ansættelse af personer med egenerfaring i indsætterne. Erfaringerne fra DMHAS viser at forandringer tager tid. Endvidere fremhæver man to forhold som centrale. *Det ene* er at recovery ikke handler om nogen specifikke interventioner eller indsætter, men om hvad personen selv gør for at håndtere

livsproblemerne og få sit liv tilbage. Recovery henviser heller ikke til hvad fagpersoner gør eller kan gøre for andre. *Det andet* er at recovery ikke kan være en tillægsydelse, noget som foregår ved siden af eksisterende indsatser. At arbejde recoveryorienteret forudsætter at recovery, sådan som det er blevet defineret lokalt, er det centrale mål og selve overbygningen for alle indsatser og støttesystemer. Fokus må være på fælles udvikling og nødvendige ændringer af politikker, procedurer, daglige samhandlingspraksisser og støttesystemer. Endvidere må personaleressourcer og økonomiske ressourcer prioriteres på ny sådan at principperne for recovery kan blive reelle for de personer som arbejder med deres livsudfordringer.

I DMHAS blev det understreget at recoveryorienteringen var en evidensbaseret praksis. Baseret på over tredive års forskning som dokumenterer at personer med alvorlige psykiske lidelser kommer sig, udviklede man denne forskning yderligere. Dette udgjorde, sammen med anden recoveryforskning, grundlaget for udviklingen af recoveryorienterede praksisser (For flere detaljer om strategier og værktøjer i forandringsprocesserne, henvises til Davidson mfl., 2009 og [http://www.edu\(PRCH\)](http://www.edu(PRCH))). The Program for Recovery and Community Health (PRCH) har bidraget til en række sundhedsvirksomheder og stater i USA og andre lande, i udviklingen af recoveryorienterede praksisser. (For mere information om dette, se <http://www.yale.edu/PRCH>). Der er også andre miljøer i USA og Canada som har været centrale inden for recoveryorientering så som Center for Psychiatric Rehabilitation (<http://cpt.bu.edu/>) og de øvrige vi tidligere har henvist til.

Konklusion

Som det understreges i ImROC findes der ingen præcis opskrift på hvordan recoveryorientering bedst kan indføres. Der må tages hensyn til organisationers forskellige historier og praksisser. Historisk set har psykosociale/psykiatriske indsatser ofte udviklet sig hurtigere gennem eksempler og andres erfaringer end gennem topstyret politik-implementering. Forhold som kan se ud til at *fremme* en helhedspræget recoveryorienteret praksis er: 1) at udvikle hele organisationen, alle må involveres, tydelig ledelse og ledelsesforankring er nødvendig, 2) at afklare hvordan

recovery forstås, og hvad en recoveryorienteret indsats konkret indebærer og består af, 3) at forstå at dette er forandringer som handler om et paradigmeskifte, 4) fælles vidensudvikling, læring mellem forskellige grupper og indbyrdes, 5) at lægge vægt på ligeværdige samarbejdsformer, 6) at udvikle recoveryorienterede kortlægnings- og evalueringsværktøjer samt resultatmål og 7) nødvendige ændringer og tilpasninger af økonomiske, driftsmæssige og administrative procedurer. Forhold som kan se ud til at *hæmme* en helhedspræget recoveryorienteret indsats er: 1) manglende erkendelse af de betydelige barrierer som skal overvindes, så som traditionelle arbejdsmåder der må laves om, og fagpersonroller der skal ændres. I stedet for at have fokus på tilpasning til og compliance ved behandlingen skal et *samarbejde* med brugere og pårørende være grundlaget for praksisserne, 2) opfattelsen af recovery som en tillægsydelse, noget som foregår ved siden af eksisterende indsatser.

3.4 Findes der i forskningslitteraturen og i faglitteraturen gode eksempler på fælles kompetenceudviklingsprogrammer i recovery for brugere og hjælpere?

Forholdet mellem kompetenceudviklingsprogrammer og kortlægnings- og evalueringværktøjer

Vi har under punkt 3.3 gennemgået strategier og retningslinjer for udvikling af recoveryorienterede praksisser. Et centralt bidrag til det at kunne udvikle recoveryorienterede praksisser er forholdet mellem recoverybaserede kompetenceudviklingsprogrammer for brugere og ansatte og tilsvarende kortlægnings- og evalueringværktøjer og resultatmål. Fundene fra den systematiske vidensopsamling viser en sammenhæng mellem udviklingen af forskellige kompetenceudviklingsprogrammer og relaterede kortlægnings- og evalueringværktøjer (Lysaker, Litner, Luedtke & Buck, 2009; Slade, 2010; Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams & Slade, 2011; Perkins & Slade, 2012). Samtidig peges der på udvikling af recoveryorienterede praksisser hvor der ikke er udviklet tilhørende kompetenceudviklingsprogrammer og der udelukkende bruges kortlægnings- og evalueringværktøjer. Vidensopsamlingen finder færre kompetenceudviklingsprogrammer for brugere og fagpersoner end kortlægnings- og evalueringværktøjer (Andresen, Caputi & Oades, 2010; Burgess mfl., 2011, Wilrycx, Croon, Van Den Broek & Van Nieuwenhuizen, 2011). På denne baggrund henviser vidensopsamlingen til en mangfoldighed af både kompetenceudviklingsprogrammer, kortlægnings-, evaluering- og resultatværktøjer samt forholdet mellem disse.

Litteraturen peger også på nogle grundlæggende spørgsmål som rejses og diskuteres, når man skal vurdere relevansen af forskellige, fælles kompetenceudviklingsprogrammer samt kortlægnings- og evalueringværktøjer for brugere, ansatte og organisationer. Den *ene* diskussion knytter sig til om forskellige kompetenceudviklingsprogrammer og deres værktøjer evner at fange de grundlæggende perspektiver i forståelsen af recovery, og hvad der skal til for at programmerne skal kunne implementeres i udviklingen af indsatsen. Vi har i kapitel 3.1 omtalt tre perspektiver på recovery som en personlig proces, en social proces og som et resultat. I tre reviewartikler (Le Boutillier

mfl, 2011; Williams, Leamy, Bird, Harding, Larsen, Le Boutillier, Oades & Slade, 2012; Schrank, Bird, Tylee, Coggins, Rashid & Slade, 2013) peges der på, at den manglende afklaring af hvad recoveryorienterede praksisser er, også bidrager til uklarhed om hvad indhold og metoder skal være i tilsvarende kompetenceudviklingsprogrammer og kortlægnings- og evalueringværktøjer. Williams og kolleger (2012) fremhæver at de ikke finder at nogen kompetenceudviklingsprogrammer og deres respektive værktøjer var forbundet med en begrebsmæssig afklaring af hvad recoveryorienteret praksis skulle være. Schrank og kolleger (2013) peger i deres gennemgang på at et overordnet spørgsmål er om kompetenceudviklingsmodeller medfører ændringer, hvad ændringer skulle kunne indebære, og hvordan de skal kunne måles. Kan man have personorienterede recoveryværktøjer når indsatserne ikke er recoveryorienterede? Hvordan hænger individ og indsatsmodel sammen? Lakerman (2004) hævder at de kompetenceudviklingsprogrammer som fokuserer på individuelle kortlægnings- og evalueringværktøjer, og som udelukkende betoner kliniske evalueringsmål, er uegnede i recoveryorienterede praksisser. Forfatteren fremhæver at disse kun i begrænset omfang kan opfange den rigdom af erfaringer som ligger til grund for forskellige personers recovery, og derfor ikke bidrager til at udvikle de recoveryorienterede tilbud som skal eller kan gives.

Den *anden* diskussion knytter sig til hvad og hvem der skal forandres, set i lyset af at recoveryperspektiverne repræsenterer noget nyt i psykosociale/psykiatriske indsatser. Er det organisationer, kulturer, fagpersoner eller brugere som skal inviteres til forandring? Kan man tænke sig at helheden skal forandres, eller kan man nøjes med dele af helheden? (Meehan, King, Beavis & Robinson, 2008; Lysaker mfl., 2009; Witley mfl., 2009; Le Boutillier mfl., 2011). Begge disse diskussioner er centrale eftersom de er afgørende for de perspektiver og det indhold de forskellige kompetenceudviklingsprogrammer skal fyldes ud med (Witley mfl., 2009; Perkins & Slade, 2012), og også for hvordan de skal gennemføres, og hvem der deltager i udformningen og gennemførelsen af programmerne (Le Boutillier mfl., 2011). Sidstnævnte forfattere viser i deres gennemgang af kompetenceudviklingsprogrammer fra USA, England, Skotland, Irland, Danmark og New Zealand at brugerinvolveringen

i programudvikling og gennemførelse er afgørende, og at denne er stærkt varierende i de nævnte landes programmer. I deres kvalitative analyse af 30 artikler om recoveryorienterede praksisser fra de nævnte lande viser Le Boutillier mfl. (2011) fire centrale aspekter ved gode kompetenceudviklingsprogrammer: 1) De fremmer medborgerskab, 2) de har en organisationsmæssig troskab, 3) de støtter en personligt defineret recoveryproces, 4) der udvikles en arbejdsalliance mellem bruger og ansat.

I dette kapitel vælger vi nu at pege på de mest centrale kompetenceudviklingsprogrammer i vores besvarelse af forskningsspørgsmål 4. Vi vil fremlægge nogle recoverymodeller og deres kompetenceudviklingsprogrammer. De modeller vi har valgt at præsente

tere er ImROC: The Implementing Recovery through Organisational Change, IMR: Illness Management and Recovery – herunder også WERP: Wellness Enhancement Recovery Program og WMR: Wellness Management Recovery, CRM: Collaborative recovery model, WRAP: Wellness Recovery Action Plan, Peer-support-modeller samt en kategori af Andre kompetenceudviklingsprogrammer.

Recoverymodeller og kompetenceudviklingsprogrammer

ImROC: Implementing Recovery through Organisational Change

ImROC har, som vi tidligere har vist, gennemført et pilotprojekt i England hvor der deltog 29 lokale



NHS og uafhængige organisationer inden for psykisk sundhed fra forskellige dele af landet (Shepherd, Boardman & Burns, 2010; Alakeson & Perkins, 2012; Boardman & Frieli, 2012; Perkins, Repper, Rinaldi & Brown, 2012; Machin & Repper, 2013; Repper, 2013; <http://www.imroc.org/>). ImROC er en virksomhed som støtter lokale psykosociale/psykiatriske organisationer og deres samarbejdspartnere i arbejdet med at blive mere recoveryorienterede. Grundlaget for omorganiseringsprocesserne er det der tidligere blev beskrevet i kapitel 3.2. I denne sammenhæng er to forhold centrale: 1) Kompetenceudviklingsprogrammerne må have et recoverybaseret vidensgrundlag og et fælles uddannelsesprogram for brugere, pårørende og fagpersoner, 2) der må indgå recoverybaserede kortlægnings- og evalueringsværktøjer og resultatmål. I evalueringen af den toårige pilotperiode (The NHS Confederation's Mental Health Network (MHN), 2012) fremhæves et punkt i forhold til evaluering: Der er behov for mere systematiseret erfaring og viden for at kunne identificere og følge op på recoveryorienterede resultatmål. Et helhedsorienteret resultatmål for recovery må inkludere personens erfaringer, øget håb, kontrol over sin egen situation og oplevelsen af at have nået ønskede livsmål. I forhold til kompetenceudviklingsprogrammer fremhæves betydningen af fælles læring mellem forskellige grupper og det at lære af hinanden.

IMR: *Illness Management and Recovery*

IMR blev udviklet som et program baseret på forskning i kompetenceudviklingstilbud til personer med en skizofrenilidelse hvor fokus var rettet mod mestring af egne symptomer. Målet med IMR er at hjælpe personer med alvorlige psykiske lidelser til at håndtere deres symptomer og sygdomsoplevelser mere effektivt. Fem empirisk forankrede områder blev identificeret: Psykoedukation i psykiske lidelse og behandling, kognitiv tilgang (CBT) til effektiv medicinbrug (compliance), udvikling af plan ved tilbagefald, social færdighedstræning og mestringstræning. Disse fem områder er inkluderet i ni IMR-moduler som danner grundlag for undervisning, motivation og CBT (kognitiv adfærdsterapi) og kompetenceud-

viklingsstrategier (Mueser mfl., 2006). Der lægges op til individuelle tilbud og gruppetilbud det tager ca. 9 måneder at gennemføre. Hjemmeopgaver aftales i samarbejde mellem bruger og fagperson. Med personens tilladelse inviteres også familie og venner med til at støtte personen i at tilegne sig strategier for at leve med symptomer og i at arbejde hen imod sine mål. IMR er taget i brug i en række lande, også i Norge (Mandelid, Lid & Färdig, 2013). Der er udviklet undervisningsmateriale om IMR som er tilgængeligt på SAMSA's hjemmeside (<http://store.samhsa.gov/product/Illness-Management-and-Recovery-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA09-4463>). Der er foretaget nogen evalueringsforskning inden for IMR som viser forbedret mestring af symptomer (Mueser mfl., 2006; Hassan-Ohayon, Roe & Kravetz, 2007) og positive erfaringer med selve programmet (Roe mfl., 2009).

WERP: *Wellness Enhancement Recovery Program* og WMR: *Wellness Management Recovery*

Både WERP og WMR er videreudviklinger af IMR, og begge disse programmer har beholdt dele af IMR inden for psykoedukation og mestring af symptomer. De har styrket områder som fokus på håb, ressourcerorientering og sociale relationer. For mere information om WERP, se Tierney & Kane, 2011, og om WMR, se Rychener, Salyers, Labriola & Little, 2009.

CRM: *Collaborative recovery model*

CRM er introduceret både i canadisk (Oades, Crowe & Nguyen, 2009) og australsk kontekst (Oades mfl., 2005; Prabhu & Browne, 2007). Her fremhæves hvordan modellen bidrager som en støtte til klinikere i recoverybaseret praksisudvikling. CRM består af to retningsgivende principper og fire komponenter samt seks kompetenceudviklings- og træningsmoduler. CRM startede med et kompetenceudviklingsprogram for fagpersoner og har efterhånden lavet moduler for egenudvikling for personer med egen erfaring og moduler for pårørende. I alle moduler følges kerneområderne for CRM og principperne om Recovery som en individuel proces, Samarbejde og støtte til selvbestemmelse, Ændringsorientering, Ressource- og

værdiorientering, Samarbejdsbaserede visioner og mål og Samarbejdsbaserede handlingsplaner og opfølgning.

Erfaringerne fra denne model understreger nødvendigheden af kompetenceudvikling og holdningsændringer. Et af stederne (Prabhu & Browne, 2007) viser de at CRM blev godt modtaget af både brugere og fagpersoner. Fagpersonerne oplevede det som krævende at recoveryorienteret arbejde udfordrer den etablerede virksomhed. Jævnlig kompetenceudvikling og tilrettelagte mødefora var vigtige for at støtte fagpersonerne i samarbejdende recoveryorienterede praksisser. Nært samarbejde med både brugere og pårørende var afgørende. Forfatterne understreger at den nye recovery- og samarbejdsorienterede indsats blev oplevet som effektiviserende i kraft af sit fokus på personen og bedre koordinering inden for og mellem niveauerne i organisationen. Den centrale rolle som ledelsen spiller, blev understreget. Dette gælder både i opfølgning og støtte til hele organisationen og i forhold til at ændre omgivelserne sådan at de bliver mere ressourceorienterede og inviterer til vækst og udvikling.

WRAP: Wellness Recovery Action Plan

WRAP er udarbejdet af Mary Ellen Copeland og bruges i mange internationale praksisser (Oshodi & Rush, 2011; <http://www.mentalhealthrecovery.com/wrap/>). WRAP blev udviklet af personer med egen erfaring sammen med Copeland. Her identificeres fem områder som er nødvendige for recovery: håb, personligt ansvar, uddannelse, det at kunne fremme sin sag (self-advocacy) og støtte. WRAP defineres som en arbejds- og recoverymodel som er udviklet for at sikre sundhed og velvære, reducere symptomer og problemer, styrke personens egen rolle og eget ansvar og forbedre livskvaliteten. WRAP kan bruges sammen med forskellige andre behandlingstiltag som personen selv vælger. WRAP er også inkluderet som en af fire tilgange i den skotske udvikling af recovery og kompetenceudviklingsprogrammer (Smith-Merry mfl., 2011). Man finder at WRAP havde en afgørende betydning for brugere og ansatte i deres kompetenceudvikling inden for recoveryorienterede praksisser.

Peer-support-modeller

Peer-support kan bedst beskrives som personer der selv har haft erfaringer med psykiske lidelser, og som vil bruge disse erfaringer til at støtte og hjælpe andre i en tilsvarende situation. I norsk sammenhæng bliver dette omtalt som »likemenn« eller »likemannsarbeid«, »erfaringskonsulenter«, »brukermedvirkere« eller »personer med egenerfaring«¹. Udviklingen af peer-support-modeller i recoveryorienterede praksisser inden for det psykosociale/psykiatriske felt begyndte ved indgangen til 2000-tallet, inspireret af tilsvarende modeller i somatiske sundhedssystemer (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell & Rove, 2009). I dag findes der en række modeller for peer-support hvor det grundlæggende er at personer med egenerfaring skal bruge deres erfaring med recovery, både personligt, i kompetenceudviklingssammenhæng og som tilbud i samarbejde med andre brugere og ansatte (Buckley mfl., 2007; Resnick & Rosenheck, 2008; Walsh & Boyle, 2009; Barlow, Waegemakers Schiff, Chugh, Rawlinson, Hides & Leith, 2010; Fukui, Davidson, Holter & Rapp, 2010; Bologna & Pulice, 2011; Latimer, Bond & Drake, 2011; Van Gestel-Timmermans mfl., 2012). De ovennævnte studier henviser til en mangfoldighed af peer-support-modeller fra personlige og gruppebaserede involveringer i mødet med andre brugere, uddannelsesprogrammer for brugere, uddannelsesprogrammer for ansatte, uddannelsesprogrammer for begge grupper til forskning og forskningsledelse.

Andre kompetenceudviklingsmodeller

Center for Psychiatric Rehabilitation

Farkas, Gagn, Anthony & Chamberlin (2005) fremhæver nogle centrale dimensioner ved implementering af evidensbaserede recoveryorienterede programmer. Disse defineres som værdier eller retningsgivende principper for praksis. Det er personorientering, personinvolvering, selvbestemmelse og valgmuligheder samt troen på vækstmuligheder.

Personorientering handler om at indsatserne må se personen som et menneske med såvel ressourcer og muligheder, talent og interesser som udfordringer.

¹ På dansk findes tilsvarende: medarbejdere med brugerbaggrund eller -erfaring, recoverymentorer mfl. O.a.

Altså som et helt menneske og ikke som en diagnose eller en »sag«. *Personinvolvering* fokuserer på menneskers ret til fuld deltagelse og samarbejde når det gælder planlægning, tiltag og evaluering af tilbud som skal støtte recoveryprocessen. *Selvbestemmelse* og *valgmuligheder* handler om personens ret til at træffe selvstændige valg i alt hvad der angår den enkeltes vej fremover. Dette gælder mål, hvilke ydelser og aktiviteter der ønskes, hvilke tidspunkter og steder der er mest ønskværdige for forskellige tiltag, og hvad et godt resultat er. *Troen på vækstmuligheder* fokuserer på håbet for fremtiden og den iboende styrke og kapacitet i alle mennesker til at komme sig yderligere, uanset hvor umuligt det kan se ud i øjeblikket. Værdierne danner så grundlag for organisationsudvikling og personalesammensætning. I organisationen udvikles *målsætninger* baseret på værdigrundlaget, og der identificeres handlingsorienterede resultatmål. Dette kan være at have arbejde, at have et hjem, at træne, at have kontrol over symptomer, at reducere medicin med bivirkninger og at trives. Målsætningerne skal ikke være luftige og visionære, men konkrete og hverdagsnære og forståelige for brugere, pårørende, fagfolk og ledere. Der vil også blive udviklet bestemmelser for politikker som reflekterer de fire kerneværdier, procedurer som sikrer at mål og politikker angiver en meningsfuld retning for praksis og for uddannelsesprogrammer baseret herpå. Betydningen af en bevidst personalepolitik, vejledning og kompetenceudvikling understreges.

Recovery på dansk

I socialpsykiatrien i Århus, Danmark, har man siden 2006 arbejdet med et omfattende kvalitetsudviklingsprogram som har til formål at sikre at alle brugere bliver mødt med en recoveryorienteret tilgang. Brugerne skal mødes med en tro på at alle på sigt kan komme sig, og at de kan få et bedre liv selvom nogle af problemerne varer ved. I udviklingsprogrammet blev der gennemført en basisuddannelse for de ansatte med fokus på reorientering af praksisser og samarbejdsformer. For mere information om udviklingsprojektet og evalueringen heraf, se www.RecoveryDK.dk. Projektet blev evalueret i 2010, og her konkluderes det at brugerne oplever en klar forbedring af de tilbud, den støtte og kontakt som de modtager fra kommunen. Det kan ikke dokumenteres at den psykosociale orga-

nisation som helhed arbejder mere recoveryorienteret. I evalueringsrapporten sammenfattes det forsigtigt således at ændringerne i tilbuddet kan give brugerne oplevelsen af at fagpersonerne er mere lyttende og personorienterede.

Recovery på skotsk

Siden slutningen af 2000-tallets første årti har Skotland udviklet en recoverytilgang i de psykosociale/psykiatriske indsatser og som en følge heraf udarbejdet et kompetenceudviklingstilbud for brugere og ansatte (Smith-Merry mfl., 2011) Modellen er særligt inden for de seneste fem år udviklet ved at forsøge at betone den skotske kontekst i forhold til inspirationer fra andre nationer, miljøer og traditioner som har arbejdet recoveryorienteret. Til grund for dette ligger et forsøg på at rehumanisere de psykosociale/psykiatriske indsatser. Smith-Merry mfl. (2010) peger på fire »teknologier« som er afgørende for kompetenceudvikling i og brug af den skotske recoverytilgang: »1. Recovery narratives, 2. The Scottish Recovery Indicator, 3. Wellness Recovery Action Planning (WRAP) og 4. Peer Support« (s. 1). Dette indebærer at den skotske tilgang er baseret på fire forskellige udgangspunkter for at kunne udvikle kompetenceudviklingsprogrammer. Den er både baseret på to kendte elementer, WRAP og Peer Support og på deres egne elementer i form af Recovery narratives og The Scottish Recovery Indicator. Dermed bygger man på en dobbelt tilgang til skotsk recovery, både politisk, i kompetenceudviklingen og i praksis. Ideerne er importeret fra andre kontekster og traditioner og er udviklet i Skotland, baseret på lokale brugeres erfaringsbaserede viden.

Norsk recoverykompetenceudvikling

I et norsk studie (Karlsson, Borg, Revheim & Jonassen, 2013) nævnes et kursus med titlen »Udvikling af fælles kursus for brugere og ansatte i empowerment og recovery«. Kurset blev ledet af repræsentanter fra en brugerorganisation, og deltagerne var par af brugere og ansatte som til daglig arbejdede sammen i et Distrikpsykiatrisk Center (DPS). Studiet påpeger kursets betydning for udviklingen af en fælles forståelse og praksis der er knyttet til det terapeutiske samarbejde og de ændrede fokuser for dette. Endvidere en anerkendelse af betydningen af deltagernes såvel fælles som forskellige viden og kompetencer samt det



at kunne dele dette med hinanden i en kontekst uden for det terapeutiske rum og i en anden struktur.

Kompetenceudviklingsprogrammer for ansatte

Der er udarbejdet selvstændige kompetenceudviklingsprogrammer rettet mod ansatte i psykosociale/psykiatriske organisationer med henblik på at udvikle recoveryorienterede praksisser. Heraf er nogle professionsbaserede.

Kirsh & Cockburn (2009) fremhæver i deres studie af Canadian Occupational Performance Measure (COPM) hvordan ergoterapeuter kan bruge forskellige former for kompetenceudvikling og værktøjer med henblik på at fremme rehabilitering gennem recoverybaserede praksisser på det psykosociale/psykiatriske

område.

I et studie af psykologer som arbejder i recoverybaserede indsatser, beskriver Cohen mfl. (2012) at denne faggruppe er særligt egnet til at anvende en form for klinisk arbejde med vægt på ledelse af kompetenceudviklingsprogrammer for egen og andre faggrupper og brugere. Deres professionelle uddannelse og færdigheder forbereder og gør dem specielt egnede til at udvikle og lede recoverybaserede tilbud og kompetenceudvikling samt til at lede omstillings- og forandringsprocesser på både organisatorisk og individuelt niveau.

Stratford, Brophy & Castle (2012) viser hvordan psykiatere gennem kompetenceudvikling i recoverybaserede praksisser kan bidrage til at fremme og støtte

bruges egne recoveryprocesser og oplevelsen af livskvalitet. Forfatterne beskriver hvordan brugen af personer der har egne erfaringer med både psykiske vanskeligheder og som erfaringskonsulenter, var afgørende for at kompetenceudviklingsprogrammet blev anset for vellykket, i den forstand at psykiatere kunne bidrage til at fremme håbet og relationens betydning i samarbejdet med brugerne.

Loyd & Carson (2012) præsenterer et mindre studie med psykiatriske sygeplejersker. På samme vis som ovenfor var kompetenceudviklingens succes knyttet til involveringen af brugere og pårørende, både som deltagere og undervisere.

Gehart (2012a, 2012b) har gennemført to studier af hvordan familierapi og familierapeuter kan udvikle og indgå i recoveryorienterede praksisser. Gehart finder at en stor del af den postmoderne tradition blandt familierapeuter der betoner sprog, relationer, kontekster og samarbejde, kan forbindes med recoveryorientering. I kompetenceudviklingsprogrammet for familierapeuter lægges der vægt på hvordan de i samtaler med familier kan fremme recoverybaserede relationer og samarbejde, udforske muligheder i recoveryprocesser, planlægge og organisere disse samt bidrage til at nødvendige ressourcer kan benyttes i samarbejdet.

Razzano, Jonikas, Goelitz, Hamilton, Marvin, Jones-Martinez & Cook (2010) beskriver et studium gennemført ved University of Illinois, Chicago's National Research and Training Center on Psychiatric Disability. Studieprogrammet er omtalt som REAP (Recovery Education in the Academy Program). Det akademiske studieprogram (med studiepoint) har haft over 1000 studerende fra studier som medicin, psykologi, socialt arbejde, ergoterapeuter, ph.d.-studerende og postdocs og andre professioner og klinikere. Kompetenceudviklingen har bidraget til at integrere og implementere recoveryorienteret forståelse og praksis hos både studerende og klinikere i en akademisk setting.

Konklusion

Forskningslitteraturen som ligger til grund for denne rapport, viser at kompetenceudviklingsprogrammer i recovery er organiseret både som fælles tilbud til brugere og ansatte og som tilbud til den enkelte gruppe

ligesom de kan rette sig mod specifikke indsatser og professioner. Som hovedregel er kompetenceudviklingsprogrammerne udviklet lokalt, nogle steder også nationalt. Programmerne er forankret i forskellige perspektiver og modeller for recovery, og dette afspejler sig i programmernes indholdskomponenter og i hvad der lægges vægt på i kompetenceudvikling, undervisning og vejledning. Der er i ringe grad foretaget evalueringsstudier af kompetenceudviklingsprogrammer med henblik på hvilke forandringer de har bidraget med på individ- og organisationsniveau i forhold til yderligere recoveryorientering af praksisserne.

3.5 Findes der i forskningslitteraturen eksempler på kortlægnings- og evalueringsværktøjer som kan fremme implementering af recoveryorienteret praksis?

Indledning

Det er vigtigt indledningsvis at nævne den gennemgående og grundlæggende debat om *hvorvidt* recovery kan og skal måles. I mange miljøer lægges der vægt på personens egne oplevelser af processer med recovery. Her problematiseres det udfordrende i at måle og evaluere førstepersonsperspektivet gennem traditionelle objektive målemetoder eller det der omtales som »outcome measurements« (Lakemann, 2004; Meehan mfl., 2008; Olmos-Gallo & DeRoche, 2010; Slade, 2010; Smith-Merry mfl., 2011). Fordi recovery først og fremmest må »måles« og evalueres af personen selv, er en traditionel outcometilgang irrelevant (Lakemann, 2004; Meehan mfl., 2008). Andre tænker at det er muligt at måle recovery objektivt (Andresen mfl., 2010; Olmos-Gallo & DeRoche, 2010; Wilryck mfl., 2011). Andre igen mener det er muligt at gøre begge dele, og argumenterer for dette (Lysaker mfl., 2009; Slade, 2010; Boutillier mfl., 2011; Perkins & Slade, 2012; Schrank mfl., 2013). Vi vil lade denne debat ligge og ser det som centralt at præsentere forskellige kortlægnings-, måle- og evalueringsinstrumenter samt deres fokuser og metoder. Det er et meget stort antal værktøjer som er udviklet de sidste 15 år (Burgess mfl., 2011). I denne omgang ønsker vi at tegne et kort over de forskellige værktøjer som er i brug. Først ved at henvise til nogle oversigtsartikler som

angiver antallet af værktøjer som er blevet identificeret, hvordan de kan grupperes, og hvilke der kan beskrives som centrale derved at de er blevet evalueret som værktøjer for kortlægning, måling og evaluering. Dernæst vil vi beskrive et udvalg af kortlægnings-, måle- og evalueringsværktøjer. Udvalget er baseret på at de forskellige værktøjer vi omtaler, er dem der hyppigst bliver nævnt i den litteratur som ligger til grund for denne vidensopsamling. Som det vil fremgå af denne beskrivelse er det flere end dem der omtales som »godkendte« til brug, baseret på de tre følgende oversigtsartikler: Burgess mfl., 2011; Williams mfl., 2012; Schrank mfl., 2013.

Oversigt over kortlægnings-, måle- og evalueringsinstrumenter

I en oversigtsartikel fra 2011 finder Burgess mfl. at der i alt er 33 forskellige instrumenter til kortlægning, evaluering og måling af recovery. Af disse er 22 udviklet til at kunne dække kortlægning, evaluering og måling af recovery på individniveau. Forfatterne finder endvidere at der er 11 instrumenter som er udviklet til at kunne måle hvorvidt de psykosociale/psykiatriske organisationer tilbød recoveryorienterede praksisser. I et andet review fra 2012 finder Williams mfl. at der er 13 forskellige måleinstrumenter som fokuserer på recoveryorienterede praksisser i de psykosociale/psykiatriske organisationer. Schrank mfl. (2013) henviser til 13 instrumenter som måler recovery på individniveau, baseret på det sæt af kriterier som forfatterne analyserede artiklerne ud fra (se nærmere i næste afsnit). På baggrund af disse systematiske oversigtsartikler kan vi fastslå at der findes en række instrumenter som har til hensigt at måle recovery på to områder: Personorienteret recovery og organisationsorienteret recovery.

Grupper af kortlægnings-, måle- og evalueringsinstrumenter

Personorienteret recovery

Som tidligere vist finder Burgess mfl. (2011) hele 22 instrumenter som tager sigte på at kortlægge, måle og evaluere personorienteret recovery. De 22 instrumenter blev evalueret ud fra forskellige kriterier i forhold til om de var udviklet til faktisk at måle personers recovery, forskellige delmål som kan beskrive per-

sonlig recovery, var nemme at bruge, havde et brugerperspektiv m.m. I vurderingsprocessen af de 22 instrumenter, baseret på ovennævnte kriterier, blev 18 ekskluderet. Den endelige analyse endte med at fire blev accepteret som instrumenter der kunne opfylde de opstillede kriterier: RAS – Recovery Assessment Scale, IMR – Illness Management and Recovery Scales, STORI – Stages of Recovery Instrument, RPI – Recovery Process Inventory.

Schrank mfl. (2013) identificerede 13 forskellige instrumenter som kunne måle personers recovery baseret på 365 abstracts og 35 artikler. De fandt at The Recovery Assessment Scale (RAS) var det mest publicerede instrument. De gennemgik alle 13 instrumenter og analyserede dem i relation til en ramme benævnt CHIME (Tilknytning, Håb, Identitet, Mening og Empowerment) og ni andre centrale psykometriske værdier. På basis af dette fandt de at kun The Questionnaire About the Process of Recovery (QPR) kunne måle alle fem variabler i CHIME med ét og samme instrument. De fandt ingen instrumenter som kunne måle alle ni psykometriske egenskaber. The Stages of Recovery Instrument kunne måle seks psykometriske egenskaber, The Maryland Assessment of Recovery målte fem, og QPR og RAS målte fire. Forfatterne konkluderer at intet instrument kan anbefales uden de givne begrænsninger som vist ovenfor.

Hvis man sammenligner resultaterne fra de to ovennævnte studier, finder vi at forskellige kriterier og antallet af dem er afgørende for hvilke personorienterede værktøjer der godkendes til brug. Burgess mfl. (2011) finder fire accepterede værktøjer, og Schrank mfl. (2013) finder et. Sammenholder man disse to studier, er der to værktøjer som anerkendes højt begge steder: 1) Recovery Assessment Scale – RAS, 2) The Stages of Recovery Instrument – STORI.

Organisationsorienteret recovery

Burgess mfl. (2011) fandt 11 instrumenter som skulle måle om forskellige psykosociale/psykiatriske organisationer er recoveryorienterede eller ej. De fandt at der var fire som opfyldte de tidligere nævnte vurderingskrav: Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI), Recovery Self Assessment (RSA), Recovery Oriented Practices Index (ROPI) og Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS).

Williams mfl. (2012) finder 13 forskellige instrumenter som skal kunne måle organisationsorienteret recovery. De vurderer disse i relation til den ovennævnte CHIME-ramme og til deres forskellige psykometriske egenskaber. Forfatterne finder, at ingen af de 13 samlet set opfylder både CHIME og de forskellige psykometriske egenskaber. Ingen opfyldte de krav der er knyttet til CHIME. Seks af instrumenterne opfyldte kravene til psykometriske egenskaber. Det konkluderes at der både for praksis og inden for forskningen er en central udfordring i at kunne udvikle instrumenter som faktisk kan måle om psykosociale/psykiatriske organisationer er recoveryorienterede eller ej.

Centrale kortlægnings-, måle- og evalueringsinstrumenter

I det følgende vil vi præsentere nogle centrale kortlægnings-, måle- og evalueringsinstrumenter i relation til opdelingen i personorienteret recovery og organisationsorienteret recovery. Begge komponenter omtales under hvert enkelt instrument. Vores fremstilling er baseret på hvilke instrumenter vi finder mest omtalt i det litteraturstudie som ligger til grund for denne rapport. Der vil også blive refereret til artikler hvor man kan læse mere om de forskellige instrumenter. Vi har ikke foretaget nogen form for vurdering af instrumenterne sådan som de ovennævnte oversigtsartikler har gjort. Som det vil fremgå, findes der instrumenter som både vil måle personorienteret og organisationsorienteret recovery, og andre som kun vil måle det ene område. Fremstillingen er opbygget alfabetisk:

CRM – Collaborative Recovery Model er, som tidligere nævnt, udvikles både i Canada (Oades mfl., 2009) og i Australien (Oades mfl., 2005; Prabhu & Browne, 2007). Modellen lægger særlig vægt på at kunne måle recoveryorienterede organisationer. Modellen og instrumenterne er udviklet i samarbejde mellem brugere og forskere. Resultaterne bidrager til at give respons på det aktuelle tilbuds status i forhold til recovery og mulige forbedringer og ændringer (Marshall, Oades & Grove, 2010).

DREEM – Developing Recovery Enhancing Environments Measure. Dette er udviklet i England i 2004 og har forskellige instrumenter som både måler personers egen proces i recovery og hvordan ansatte og organisationer kan bidrage i dette samarbejde.

Instrumenterne bruges også i udvikling og planlægning af psykosociale/psykiatriske indsatser (Ridgway & Press, 2004; Dinniss, Roberts, Hubbard, Hounsell & Webb, 2007).

INSPIRE er et instrument udviklet i forskningsprojektet »Research into recovery and wellbeing«, ledet af professor Mike Slade, King's College, London (<http://www.researchintorecovery.com/INSPIRE#s4>). Det er udviklet i samarbejde mellem forskere og brugere og rettet mod evaluering af brugeres erfaringer med den støtte de får fra psykosociale/psykiatriske medarbejdere i deres recoveryproces. Det har to sektioner – støtte og relationer. *Støttedelen* har 21 spørgsmål rettet mod forskellige livsområder, og *Relationsdelen* har fokus på forholdet og samarbejdet mellem bruger og fagperson.

IMR – Illness Management and Recovery Scales. Dette er udviklet i USA i 2004 som en del af programmet IMR. Det har både en personorienteret og en organisationsorienteret udgave. Formålet med instrumenterne er at fremme sygdomshåndtering og at fremme personens mål i egen recoveryproces samt at undersøge hvordan, og om, klinikerne bidrager til disse to målsætninger (Hasson-Ohayon, Roe & Kravetz, 2007; Salyers mfl., 2007; Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins & Boyle, 2009; Salyers, Whitley mfl., 2009; McGuire, Rollins, Bond, Mueser & Macy, 2010; Farding, Lewander, Frederiksson & Melin, 2011; Salerno, Margolies, Cleek, Pollock, Gopalan & Jackson, 2011).

MHRS – Mental Health Recovery Star er udviklet i England i 2008. Også kendt som STAR. Instrumentet søger at måle personens egen recovery, baseret på ti forskellige dimensioner så som omsorg for sig selv, evne til at håndtere egne psykiske vanskeligheder, sociale netværk, livsudfordringer, arbejde m.m. Instrumentet udfyldes i samarbejde mellem bruger og ansat (Dickens, Weleminsky, Onifade & Sugarman, 2012; Killaspy, White, Taylor & King, 2012)

POP – Peer Outcomes Protocol er udviklet i USA i 2004, med en række nye udgaver og versioner især i UK. Hovedfokus i instrumenterne er rettet mod i hvilken grad brugen af erfaringskonsulenter kan bidrage til at støtte og hjælpe personers egen recovery, og hvordan forskellige programmer og indsatser, ledet på basis af Peer Support, virker ind på recovery som

både person- og organisationsorienteret (Davidson mfl., 2006; Buckley mfl., 2007; Resnick & Rosenheck, 2008; Walsh & Boyle, 2009; Barlow mfl., 2010; Fukui mfl., 2010; Bologna & Pulice, 2011; Latimer mfl., 2011; Loumpa, 2012; Van Gestel-Timmermanns mfl., 2012).

QPR – The Process of Recovery Questionnaire er udviklet i England med henblik på at kunne anvendes af både brugere, klinikere og forskere. Der er en kort version med 22 spørgsmål som er udviklet på basis af personers egne erfaringer med recovery (Neil, Kilbride, Pitt, Nothard, Welford, Sellwood & Morrison, 2009; Slade, Bird, Le Boutillier, Williams, McCrone & Leamy, 2011).

RAS – Recovery Assessment Scale er udviklet i USA i 1995 og brugt til at evaluere en række programmer i recovery. Findes både i en personorienteret og en organisationsorienteret udgave. Findes også i to udgaver som en kort og en lang version. Den personorienterede udgave fokuserer på forskellige aspekter af håb og personens oplevelse af indflydelse og selvbestemmelse. Den organisationsorienterede udgave har fokus på om, og i hvilken grad, de psykosociale/psykiatriske indsatser bidrager til personers recovery på områder som mål for livet, involvering, mangfoldighed i tilbud, valgmuligheder og personorientering. Der findes desuden skemaer som retter sig mod familiemedlemmer, klinikere og ledere (O’Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005; McNau-ght, Caputi, Oades & Deane, 2007; Corrigan, Larson & Rusch, 2009; Lavin & Ryan, 2012; Law, Morrison, Byrne & Hodson, 2012).

RPI – Recovery Process Inventory er udviklet i USA i 2006 og har fokus på brugerens perspektiv på områder som livsmål, håb, hjælp og støtte fra sig selv og andre og livssituation (Jerell, Cousins & Roberts, 2006).

SRI – The Scottish Recovery Indicator. Som tidligere nævnt består den skotske recoverymodel af fire komponenter eller sammenhængende teknologier til at fremme både person- og organisationsorienteret recovery: Recovery Narratives, SRI, WRAP og Peer Support (Smith-Merry mfl., 2011). Gennem disse tilgange vurderes og udvikles person- og organisationsorienteret recovery i mødet med skotske brugeres erfaringer.

STORI – Stages of Recovery Instrument er udviklet i Australien i 2006 og findes i en række forskellige udgaver. Den definerer forskellige skridt i en persons recovery. Disse skridt er operationaliseret i forskellige variabler som vurderes af personen selv (Andresen mfl., 2006; Wolstencroft, Oades, Caputi & Andresen, 2010; Weeks, Slade & Hayward, 2011).

WERP og WMR – Wellness Enhancement Recovery Program og Wellness Management Recovery er begge videreudviklinger af IMR. De indeholder værktøjer som har bevaret dele af IMR inden for psykoedukation og mestring af symptomer og har styrket områder som fokus på håb, ressourceorientering og sociale relationer (Rychener mfl., 2009; Tierney & Kane, 2011).

WRAP – the Wellness Recovery Action Plan anvendes i mange internationale praksisser. WRAP blev udviklet af personer med egen erfaring sammen med klinikere. Der identificeres fem områder som er nødvendige for recovery: håb, personligt ansvar, uddannelse, det at kunne fremme sin sag (self-advocacy) og støtte. WRAP defineres som en arbejds- og recoverymodel som er udviklet for at sikre sundhed og velvære, reducere symptomer og problemer, styrke egen rolle og eget ansvar og bedre livskvaliteten. WRAP er også blevet brugt som en af fire tilgange i den skotske udvikling af recovery og kompetenceudviklingsprogrammer (Smith-Merry mfl., 2011). Man finder at WRAP havde en afgørende betydning for brugere og ansatte i deres kompetenceudvikling inden for recoveryorienterede praksisser (Doughty, Tse, Duncan & McIntyre, 2008; Oshodi & Rush, 2011; Scott & Wilson, 2011; <http://www.mentalhealthrecovery.com/wrap/>).

Konklusion

Vidensopsamlingen peger på nogle centrale udfordringer i forhold til at udvikle kortlægnings-, evaluerings- og måleværktøjer. En udfordring handler om at kunne tage vare på recovery som en personlig proces med lokal og kontekstuel forankring og på den anden side at udvikle kortlægnings-, evaluerings- og måleværktøjer som er universelle, generelle og uafhængige af lokal og kontekstuel forankring. Samtidig findes der i forskningslitteraturen en række eksempler på kortlægnings-, evaluerings- og måleværktøjer som

kan fremme implementering af recoveryorienterede praksisser. Der findes to hovedgrupper af værktøjer. En gruppe som er orienteret mod personorienteret recovery, og en anden mod organisationsorienteret recovery. Der findes instrumenter som er udviklet til at måle det første eller det andet område, og der findes instrumenter som måler begge dele. Alle former for redskaber er udviklet i tråd med den model eller det kompetenceudviklingsprogram som ligger til grund for de aktuelle recoveryorienterede praksisser. Der er foretaget studier som evaluerer forskellige udgaver af kortlægnings-, evaluerings- og måleværktøjer baseret på grundlæggende begreber i recovery og psykome-

triske egenskaber. De værktøjer, som fremhæves, er RAS – Recovery Assessment Scale, IMR – Illness Management and Recovery Scales, STORI – Stages of Recovery Instrument, RPI – Recovery Process Inventory, QPR – The Questionnaire About the Process of Recovery, ROSI – Recovery Oriented Systems Indicators Measure, RSA – Recovery Self-Assessment, ROPI – Recovery Oriented Practices Index og RFPS – Recovery Promotion Fidelity Scale.



4 Afsluttende konklusion

På baggrund af denne vidensopsamling om recoveryorienterede praksisser er det muligt at udvikle en foreløbig konklusion. En første pointe er at vi bruger *praksisser* i flertalsform. Det gør vi for at fremhæve at der findes særdeles forskellige og uensartede praksisser på det psykosociale/psykiatriske felt der kaldes og kalder sig selv recoveryorienterede. Der foreligger ingen fællesstandarder eller en bestemt type praksis som kan defineres som recoveryorienteret. Derimod findes der en mangfoldighed, og de er højst forskellige både med hensyn til indhold og udformning. Vidensopsamlingen giver sådan set heller intet belæg for at hævde at der findes en evidensbaseret praksis. Dette kan begrundes med at der er højst forskellige syn på hvordan begrebet recovery kan defineres og afgrænses, såvel som på hvad der kan anses for at være evident viden om recovery. I litteraturen findes en række diskussioner om sammenhænge mellem recovery og evidens, og flere argumenterer for at forholdet mellem de to hverken er modsætningsfuldt eller enkelt. I relation til recovery understreges behovet for at udvide evidensforståelsen til i langt højere grad at inkludere de personlige erfaringer med hvad der hjælper. Endvidere diskuteres forskellige måder at knytte recovery og evidensbaseret praksis sammen på (Torrey, Rapp, Van Tosh, McNabb & Ralph, 2005; Davidson, Drake, Schmuttle, Dinzeo, Andres-Hyman, 2009; Gordon & Ellis, 2013). I en stor del af litteraturen om evidens, udvikling af indsatser og forskning problematiseres manglen på en entydig definition af begrebet recovery, og på hvad der er de centrale kendetegn ved recoveryorienterede praksisser. Vidensopsamlingen viser at begrebet og indholdet i recovery har ændret sig siden det holdt sit indtog på det psykosociale/psykiatriske felt. Recovery blev først forstået og betonet som en personlig proces for personen med psykiske vanskeligheder. Dette blev videreudviklet til en forståelse af recovery som en social proces hvor personen og personens recoveryarbejde blev set i relation til de kontekstuelle livs- og miljøbetingelser. Den tredje forståelse lægger vægt på recovery som et objektivi-tivt mål eller som et resultat. Forskellene på hvad man lægger vægt på ved disse tre, har skabt forskellige traditioner både når det gælder modeller, praksisser, kompetenceudviklingsprogrammer og kortlægnings-, evaluering- og måleværktøjer.

Litteraturgennemgangen viser også at recovery er et centralt politisk tema, særligt i den vestlige del af verden i relation til udvikling og forandring af de psykosociale/psykiatriske organisationer. Det har udviklet sig gennem snart 30 år i forskellige udgaver og med forskellig tyngde. Den politiske proces er ofte den samme. Politiske myndigheder vedtager grundlagsdokumenter for recovery som så skal implementeres i kliniske praksisser hvor fagfolk ofte har et tvetydigt forhold både til implementering og ændring af egne praksisser. Samtidig viser vidensopsamlingen at de steder hvor man erfarer at det forandringsarbejde der er knyttet til udviklingen af recoveryorienterede praksisser er gået godt, oftest er baseret på et arbejde nedefra og op. Her er det grundlæggende at der har været et samarbejde mellem brugere, ansatte, pårørende og forskere fra første dag. I en fælles kontekst er man startet med at udvikle en fælles forståelse af hvordan begrebet recovery skal forstås. Dernæst hvilke vidensformer der skal lægges til grund, og hvordan disse skal udvikles og forskes i og med. Endvidere hvordan denne viden skal tages i brug i samarbejdet mellem brugere, pårørende og ansatte i recoveryorienterede praksisser. Eftersom recovery handler om at få et godt liv, har der også været lagt stor vægt på arbejdet med og i lokalmiljøet og de nødvendige sociale og materielle betingelser. Der findes flere gode eksempler på et sådant forandringssamarbejde fra Skotland, England, USA og Australien.

Litteraturgennemgangen viser at der findes sammenhænge mellem hvordan man definerer recovery, hvilken recoverymodel der lægges til grund, videnssyn og fagpersonroller og de kompetenceudviklingsprogrammer og kortlægnings-, evaluering- og måleværktøjer som udvikles. Vidensopsamlingen dokumenterer at der findes kompetenceudviklingsprogrammer som har både brugere og ansatte som målgruppe, brugere alene, ansatte alene og ansatte opdelt i professionsgrupper. Der findes langt flere kortlægnings-, evaluering- og måleværktøjer som søger at fastholde personorienteret recovery end organisationsorienteret ditto. Samtidig viser litteraturgennemgangen at der også er store ideologiske skel inden for den store »recoveryfamilie«. Både i forhold til hvad recovery er, hvordan man udvikler viden om recovery og recoveryorienterede praksisser, og hvorvidt recovery kan og skal måles.

Der er grund til at spørge: Hvis recovery defineres som et entydigt og objektivi forhold og kan måles som andre tilgange på det psykiske område, hvad er så det unikke og nye? Hvad er forskellen på det som opfattes som »standardpraksis« og recovery?

I dele af recoveryfeltet fremhæves det at recovery-perspektivet indebærer et paradigmeskifte fra patologi til en grundlæggende forståelse af at mennesker med psykiske problemer kommer sig, og at en støttende social og kulturel kontekst er vigtig for recoveryprocessen. Recoveryorienterede psykosociale/psykiatriske indsatser og sociale indsatser lægger vægt på håb og tro på personens ressourcer og potentialer, på personens muligheder for et liv uden for de psykiske problemer og på ligeværd og samarbejde. Her proble-

matiseres standardiserede behandlingsmodeller med evaluerings- og kortlægningsinstrumenter som måler recovery og forandring gennem eksterne kriterier. I sådanne kontekster er målene og områderne defineret af andre, ofte inspireret af biomedicinske traditioner og gerne med sundhedssystemets ideer om hvad et godt resultat og et »rigtigt« mål er.

Denne vidensopsamling giver nogle svar og peger på en række problemstillinger i tilknytning til recovery. Problemstillinger som er genkendelige fra andre udviklingsområder inden for det psykosociale/psykiatriske felt. Afslutningsvis er det vigtigt at minde om tre forhold. *For det første* er der mange centrale værdier, perspektiver og principper inden for recovery som er sammenfaldende eller beslægtet med andre be-



greber og perspektiver som er velkendte i norske kontekster. Dette er forhold som er blevet betonet i flere politiske dokumenter og strategier. *For det andet* er der grund til at minde om at det inden for recovery, ligesom i andre sammenhænge, er nødvendigt at præcisere hvad man mener med de begreber der bruges. Begreber må ses i relation til kontekster og positioner, og man må have for øje hvilke konsekvenser forståelsen kan have for vidensudvikling og praksisser inden for det psykosociale/psykiatriske arbejde. *For det tredje* er det vigtigt at understrege den mulighed recovery repræsenterer. En betydelig del af den forskning som der henvises til i denne rapport, pointerer at recovery som begreb og perspektiv er baseret på erfaringsviden hos mennesker som har oplevet psykiske problemer.

Mange af de praksisser der henvises til, er udviklet i samarbejde mellem fagpersoner, brugere og pårørende. Kortlægnings- og evalueringsværktøjer og kompetenceudviklingsprogrammer er også baseret på erfaringsviden og på et samarbejde mellem forskellige parter inden for det psykosociale/psykiatriske felt. Viden om recovery og praksisserne kan inspirere og bidrage til at vi bevæger os fra gode intentioner om at anerkende et bredere vidensgrundlag til faktisk at gøre dette. Her findes eksempler og strategier. Vi der har arbejdet med denne rapport, håber at rigtig mange vil lade sig inspirere.



Referencer

- Alakeson, V. & Perkins, R.** (2012) *Implementing Recovery through Organisational Change Briefing Paper 2*. Centre for Mental Health.
- Amering, M.** (2010) Finding partnership: The benefit of sharing and the capacity for complexity. [Comment/Reply]. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 17(1), 77-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1353/ppp.0.0272>
- Amering, M., & Schmolke, M.** (2009) *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Andersen, T.** (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family process*, 26(4), 415-428.
- Andersen, T.** (1999). Et samarbeid – av noen kalt veiledning. I: M. H. Rønnestad & S. Reichelt (Red.). *Psykoterapiveiledning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Anderson, H.** (2008). The heart and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance “a way of being” in relationships and conversation. I: H. Anderson & D. Gehart (Red.). *Collaborative Therapy. Relations and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Anderson, H., & Goolishian, H.** (1988). Human systems as linguistic systems: Envolving ideas about the implications for theory and practice. *Family process*, 27(4), 371-393.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L.** (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G.** (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Res*, 177(3), 309-317. doi: [10.1016/j.psychres.2010.02.013](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.013)
- Anthony, W. A.** (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi: [10.1037/h0095655](http://dx.doi.org/10.1037/h0095655)
- Barlow, C. A., Waegemakers Schiff, J., Chugh, U., Rawlinson, D., Hides, E., & Leith, J.** (2010). An Evaluation of a Suicide Bereavement Peer Support Program. *Death Studies*, 34(10), 915-930. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481181003761435>
- Beresford, P.** (2005). Social work and a social model of madness and distress: Developing a viable role for the future. *Social Work and Social Sciences Review*, 12(2), 59-73.
- Bleuler, E.** (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenia*. New York: International University Press.
- Boardman, J. & Friedli, L.** (2012). *Implementing Recovery through Organisational Change Briefing Paper 3*. Centre for Mental Health.
- Bologna, M. J., & Pulice, R. T.** (2011). Evaluation of a peer-run hospital diversion program: A descriptive study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(4), 272-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2011.622147>
- Borg, M.** (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems* (B. 2007:110). Trondheim: Norges teknisk naturvitenskapelige universitet.
- Borg, M., & Karlsson, B.** (2010). Å arbeide i menneskers hjem – dilemmaer i humanistiske praksiser i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, 26(2-3), 47-53.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S.** (2010). Double helix of research and practice: developing a practice model for crisis resolution and home treatment through participatory action research. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And WellBeing*, 5(1), doi:[10.3402/qhw.v5i1.4647](http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4647)
- Borg, M., Karlsson, B., Kim, H. S., & McCormack, B.** (2012). Opening up for Many Voices in Knowledge Construction. *Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1793/3316>
- Borg, M., & Kristiansen, K.** (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505. doi: [10.1080/09638230400006809](http://dx.doi.org/10.1080/09638230400006809)
- Braun, V., & Clarke, V.** (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: [10.1191/1478088706qp0630a](http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a)
- Buckley, P., Bahmiller, D., Kenna, C. A., Shevitz, S., Powell, I., Fricks, L.** (2007): Resident education and perceptions of recovery in serious mental illness: Observations and commentary. *Academic Psychiatry*, 31, 6, pp. 435-438.
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A.** (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 267-280. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>
- Cohen, J. L., Abraham, K. M., Burk, J. P., & Stein, C. H.** (2012). Emerging opportunities for psychologists: joining consumers in the recovery-oriented care movement. *Professional Psychology: Research & Practice*, 43(1), 24-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024394>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Rusch, N.** (2009): Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 2, pp. 75-81.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., Kangas, K.** (2006): The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57, 5, pp. 640-645.
- Davidson, L.** (2003). *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in chizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R.** (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health Journal*, 45(5), 323-332. doi:[10.1007/s10597-009-9228-1](http://dx.doi.org/10.1007/s10597-009-9228-1)
- 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(4), 459-470. doi: [10.1080/09638230701482394](http://dx.doi.org/10.1080/09638230701482394)
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O'Connell, M. J., & Rowe, M.** (2009). *A Practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Jr., Rockholz, P., & Evans, A. C.** (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatr Rehabil J*, 31(1), 23-31.

- Davidson, L., & White, W.** (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res*, 34(2), 109-120. doi: 10.1007/s11414-007-9053-7
- Deegan, P. E.** (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P. E.** (1996). *Recovery and the Conspiracy of Hope*. The sixth annual mental health services conference of Australia and New Zealand. Brisbane. Australia.
- Deegan, P. E.** (1997). Recovery as a journey of the heart. I L. Spanoil, C. Gagne & M. Koehler (Red.), *Psychological and social aspects of psychiatric disability* (s. 74-84). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Department of Health.** (2001). *The Journey to Recovery – The Government's vision for mental health care*. London: Department of Health. Hentet fra http://web.archive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_conum_dh/groups/dh_digital
assets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058900.pdf
- Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y., & Sugarman, P.** (2012). Recovery Star: validating user recovery. *The Psychiatrist*, 36(2), 45-50. doi: 10.1192/pb.bp.111.034264
- Dinniss, S.,**
- Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J. & Webb, R.** (2007): Making DREEM come true.... Developing Recovery Enhancing Environments Measure. *Mental Health Today*, pp. 30-33.
- Doughty, C., Tse, S., Duncan, N., & McIntyre, L.** (2008). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Australasian Psychiatry*, 16(6), 450-456. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10398560802043705>
- Edgley, A., Stickley, T., Wright, N., & Repper, J.** (2012). The politics of recovery in mental health: A left libertarian policy analysis. [Empirical Study; Qualitative Study]. *Social Theory & Health*, 10(2), 121-140. doi: <http://dx.doi.org/10.1057/sth.2012.1>
(2011): Evaluation of the Illness Management.
- Farding, R., Lewander, T., Fredriksson, A. & Melin, L.** and Recovery Scale in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 132(2-3), pp. 157-164.
- Farkas, M.** (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Farkas, M., Ashcraft, L., & Anthony, W. A.** (2008). The 3Cs for recovery services. *Behav Healthc*, 28(2), 24, 26-27.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J.** (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158.
- Fox, J., & Ramon, S.** (2011). Recovery: bringing service users in. *Social Work and Social Sciences Review*, 14, 74-85.
- Fukui, S., Davidson, L. J., Holter, M. C., & Rapp, C. A.** (2010). Pathways to recovery (PTR): impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 42-48. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/34.1.2010.42.48>
- Gehart, D.R.** (2012a): The Mental Health Recovery Movement and Family Therapy, Part I: Consumer-Led Reform of Services to Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 3, pp. 429-442.
- Gehart, D.R.** (2012b): The Mental Health Recovery Movement and Family Therapy, Part II: A Collaborative, Appreciative Approach for Supporting Mental Health Recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 3, pp. 443-457.
- Glover, H.** (2005). Recovery Based Service Delivery: Are We Ready to Transform the Words into a Paradigm Shift? *The Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-4.
- Glover, H.** (2012). Recovery, lifelong learning, empowerment and social inclusion: Is a new paradigm emerging? [References] *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: Towards a new paradigm* (s. 15-35). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Gordon, S. E., & Ellis, P. M.** (2013). Recovery of evidence-based practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 3-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00835.x>
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A.** (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 144(6), 727-735.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Wiersma, D.** (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6), 506-517. doi: 10.1192/bjp.178.6.506
- Hasson-Ohayon, H., Roe, D., & Kravetz, S.** (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58(11), 1461-1466. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.58.11.1461>
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St. prep. nr 63 (1997-1998)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98.html?id=201915>
- Helse- og omsorgsdepartementet.** (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. Meld. nr 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet, & Andersen, S.** (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet** (2013). «Sammen om mestring» Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Høringsutkast.
- Hungerford, C., & Fox, C.** (2013). Consumer's perceptions of Recovery-oriented mental health services: An Australian case-study analysis. *Nurs Health Sci*. doi: 10.1111/nhs.12088
- Jacobson, N.** (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatr Rehabil J*, 24(3), 248-256.
- Jacobson, N., & Curtis, L.** (2012). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.
- Jensen, P., Borg, M., & Topor, A.** (2010). Återhåntning, bedring, at komme sig: Recovery revisited – ti år efter. *Socialpsykiatri*(3), 20-23.

- Jerrell, J. M., Cousins, V. C., & Roberts, K. M.** (2006). Psychometrics of the recovery process inventory. [Validation Studies]. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 464-473.
- Karlsson, B., Borg, M., Revheim, T., & Jonassen, R.** (2013). 'To see each other more like human beings... from both sides.' Patients and therapists going to a study course together. *International Practice Development Journal*, 3(1), <http://www.fons.org/library/journal/volume3-issue1/article1>
- Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M.** (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 65-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107946>
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Borg, M., & Fjær, S.** (2011). Being candidates in a transitional vocational course: experiences of self, everyday life and work potentials. *Disability & Society*, 26(4), 433-448. doi: 10.1080/09687599.2011.567795
- Kirsh, B., & Cockburn, L.** (2009). The Canadian Occupational Performance Measure: a tool for recovery-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 171-176. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/32.3.2009.171.176>
- Krupa, T.** (2004). Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatr Rehabil J*, 28(1), 8-15.
- Lakeman, R.** (2004). Standardized routine outcome measurement: pot holes in the road to recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 210-215.
- Lavin, D., & Ryan, P.** (2012). Using quantitative research to measure recovery outcomes and correlates. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29(3), 157-162.
- Law, H., Morrison, A., Byrne, R., & Hodson, E.** (2012). Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. [Research Support, Non U.S. Gov't Review]. *Journal of Mental Health*, 21(2), 192-207. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2012.670885>
- Latimer, E. A., Bond, G. R., Drake, R. E.** (2011). Economic Approaches to Improving Access to Evidence-Based and Recovery-Oriented Services for People With Severe Mental Illness. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 56, 9, pp. 523-529.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M.** (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M.** (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. Hentet fra doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D.** (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272. doi: doi:10.1080/0954026021000016905
- Loumpa, V.** (2012). Promoting recovery through peer support: possibilities for social work practice. *Social Work in Health Care*, 51(1), 53-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2011.622667>
- Loyd, M. & Carson, A.M.** (2012). Critical conversations: Developing a methodology for service user involvement in mental health nursing. *Nursing Education Today*, 32, 2, pp. 151-155.
- Lysaker, P., Lintner, J., Luedtke, B. & Buck, K.** (2009): Quantitative Assessment of Changes in Self Experience: An Overview of Research of the Scale to Assess Narrative Development. *Israel Journal of Psychiatry Related Sciences*, 26, 2, pp. 111-119.
- Mandelid, L. J., Lid, B., & Färdig, R.** (2013). IMR- Illness Management and Recovery: Strukturert psykoedukasjon gjennom kobling av evidensbaserte og erfaringsbaserte tilnærminger i et dagbehandlingsprogram ved psykoser. *Dialog: bulletin for SE-PRER*, 23(2), 44-54.
- Marshal, S. L., Oades, L. G., & Growe, T. P.** (2010). Australian mental health consumers contributions to the evaluation and improvement of recovery-oriented service provision. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 47(3), 198-205.
- Marwaha, S., & Johnson, S.** (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*, 51(4), 302-316.
- McNaught, M., Caputi, P., Oades, L. G., & Deane, F. P.** (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 450-457.
- Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H., & Robinson, J. D.** (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 177-182. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00048670701827234>
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P.** (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. [Multicenter Study]. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Suppl 1, S32-43.
- Neil, S.T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W. & Morrison, P.** (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, 1, 2, pp. 145-155.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L.** (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- O'Hagan, M.** (2004). Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? [Editorial]. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 3(1), No Pagination Specified.
- Oades, L., Crowe, T., & Nguyen, M.** (2009). Leadership coaching transforming mental health systems from the inside out: The Collaborative Recovery Model as person-centred strengths based coaching psychology. *International Coaching Psychology Review*, 4(1), 26-36.
- Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W. G., Kavanagh, D., & Lloyd, C.** (2005). Collaborative recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. [Review]. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 279-284. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1665.2005.02202.x>

- Olmos-Gallo, P., & DeRoche, K. K.** (2010). Monitoring outcomes in mental health recovery: The effect on programs and policies. [Editorial]. *Advances in Mental Health*, 9(1), 8-16. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.9.1.8>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A.** (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. [Conference Paper]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Oshodi, A., & Rush, G.** (2011). Recovery from mental illness: Changing the focus of mental health services. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(3), 161-164.
- Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. & Brown, H.** (2012). *Implementing Recovery through Organisational Change Briefing Paper 1*. Centre for Mental Health.
- Perkins, R., & Slade, M.** (2012). Recovery in England: transforming statutory services? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>
- Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D.** (2010). The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 168-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764008100801>
- Pilgrim, D.** (2008). 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic Illn*, 4(4), 295-304. doi: [10.1177/1742395308097863](http://dx.doi.org/10.1177/1742395308097863)
- Pilgrim, D.** (2009). Recovery from mental health problems: scratching the surface without ethnography. *Journal of Social Work Practice*, 23(4), 475-487. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02650530903375033>
- Prabhu, R., & Browne, M. O.** (2007). A recovery-based outreach program in rural Victoria. *Australasian Psychiatry*, 15(2), 120-124.
- Ralph, R., Lambert, D., & Kidder, K. A.** (2002). *The Recovery Perspective and Evidence based Practice for People with Serious Mental Illness: A guideline Developed for The Behavioural Health Recovery Management Project*, <http://www.bhrm.org/guidelines/Ralph%20Recovery.pdf>
- Ramon, S., Shera, W., Healy, B., Lachman, M., & Renouf, N.** (2009). The rediscovered concept of recovery in mental illness: a multicountry comparison of policy and practice. *International Journal of Mental Health*, 38(2), 106-126.
- Razzano, L. A., Jonikas, J. A., Goelitz, M. A., Hamilton, M. M., Marvin, R., Jones-Martinez, N., & Cook, J. A.** (2010). The Recovery Education in the Academy Program: Transforming Academic Curricula with the Principles of Recovery and Self-Determination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), 130-136. doi: <http://dx.doi.org/10.2975/34.2.2010.130.136>
- Repper, J.** (2013). *Implementing Recovery through Organisational Change Briefing Paper 7*. With contributions from Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R. & Rennison, J. ImROC Implementing Recovery through Organisational Change Briefing Paper 4. Machin, K. & Repper, J. (2013), ImROC.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A.** (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119-128.
- Resnick, S. G., & Rosenheck, R. A.** (2008). Integrating peer-provided services: a quasi experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatric Services*, 59(11), 1307-1314. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.59.11.1307>
- Ridgway, P. & Press, A.** (2004). *Assessing the recovery-commitment of you mental health service: A user's guide for the developing recovery enhancing environments measure (DREEM)*. London: Piers Allott & Peter Higginson.
- Roberts, G., & Wolfson, P.** (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), 37-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.10.1.37>
- Roe D, Hasson-Ohayon I, Salyers MP, Kravetz S.** (2009). A one year follow-up of illness management and recovery: participants' accounts of its impact and uniqueness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4):285-91.
- Rose D, Thornicroft G, Slade M.** (2006). Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (429):109-14.
- Ryan, P., Ramon, S., & Greacen, T.** (2012). *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: Towards a new paradigm*. New York: Palgrave Macmillan.
- Rychener, M., Salyers, M. P., Labriola, S., & Little, N.** (2009). Thresholds' wellness management and recovery implementation. [Review]. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(2), 172-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15487760902813186>
- Salerno, A., Margolies, P., Cleek, A., Pollock, M., Gopalan, G., & Jackson, C.** (2011). Wellness self-management: An adaptation of the illness management and recovery program in New York state. *Psychiatric Services*, 62(5), 456-458. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.456>
- Sayce, L.** (2000). *From psychiatric patient to citizen: overcoming discrimination and social exclusion*. Houndmills: MacMillan Press.
- Salyers, M.P., Godfrey, J.L., Mueser, K.T. & Labriola, S.** (2007). Measuring Illness Management Outcomes: A Psychometric Study of Clinician and Consumer Rating Scales for Illness Self Management and Recovery. *Community Mental Health Journal* 43, 5, p.459-480.
- Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., Boyle, C.** (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program for Consumers With Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 60, 4, pp. 483-490.
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Rollins, A. L., Bond, G. R., Mueser, K. T., Macy, V. R.** (2010). Integrating Assertive Community Treatment and Illness Management and Recovery for Consumers with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 4, pp. 319-329.
- Schrank, B., Bird, V., Tylee, A., Coggins, T., Rashid, T., & Slade, M.** (2013). Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: Systematic review and narrative synthesis. *Soc Sci Med*, 92, 9-21. doi: [10.1016/j.socscimed.2013.05.011](http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.011)
- Scott, A., & Wilson, L.** (2011). Valued identities and deficit identities: Wellness Recovery Action Planning and self-management in mental health. *Nurs Inq*, 18(1), 40-49. doi: [10.1111/j.1440-1800.2011.00529.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00529.x)

- Shakespeare, T.** (2006). *Disability rights and wrongs*. London: Routledge.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M.** (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainsbury: Centre for Mental Health. London.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Burns, M.** (2010), *Implementing Recovery – A methodology for organisational change*. Centre for Mental Health.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S.** (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. [Literature Review]. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108-1124. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004>
- Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H. S.** (2010). Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881-892. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x
- Slade, M.** (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M.** (2010): Measuring Recovery in Mental Health Services. *Israel Journal of Psychiatry Related Sciences*, 47, 3, pp. 206-212.
- Slade, M.** (2012). Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv*, 63(7), 702-704. doi: 10.1176/appi.ps.201100521
- Slade, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., McCrone, P., & Leamy, M.** (2011). REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*, 11(1), 185.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V.** (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(04), 353-364. doi: doi:10.1017/S2045796012000133
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C.** (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99-103, doi:10.3109/09638237.2012.670888
- Smith-Merry, J., Freeman, R., & Sturdy, S.** (2011). Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-5-11>
- Sosialdepartementet.** (1981). *Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser*. Oslo: Sosialdepartementet.
- South London and Maudsley NHS Foundation Trust.** (2007). *Social Inclusion, Rehabilitation and Recovery Strategy 2007-2010*. London: South London and Maudsley NHS Foundation Trust.
- Stickley, T., & Wright, N.** (2011). The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part One: a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 247-256. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01662.x
- Stratford, A., Brophy, L., & Castle, D.** (2012). Integrating recovery-oriented practice into psychiatric registrar training. *Australasian Psychiatry*, 20(6), 524-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1039856212465349>
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T., Jr.** (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*, 34(2), 159-163.
- Tew, J.** (2005). Core themes of social perspectives. I J. Tew (Red.), *Social perspectives in mental health: developing social models to understand and work with mental distress* (s. 13-32). London: Jessica Kingslay Publishers.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C.** (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi: 10.1093/bjsw/bcr076
- The NHS Confederation's Mental Health Network (MHN)** (2012). *Supporting recovery in mental health*. Briefing. Issue 244. London.
- Tierney, K. R., & Kane, C. F.** (2011). Promoting wellness and recovery for persons with serious mental illness: a program evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 77-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2010.07.006>
- Topor, A.** (2001). *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders*. Stockholm: Stockholm University, Department of Social Work, SSSW, nr. 18.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L.** (2009). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764009345062
- Torrey, W. C., Rapp, C. A., Van Tosh, L., McNabb, C. R. A., & Ralph, R. O.** (2005). Recovery principles and evidence-based practice: essential ingredients of service improvement. *Community Mental Health Journal*, 41(1), 91-100.
- van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E. P., van Assen, M. A., & van Nieuwenhuizen, C.** (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*, 63(1), 54-60. doi: 10.1176/appi.ps.201000450
- Walsh, J., & Boyle, J.** (2009). Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(1), 31-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840802500733>
- Warner, R.** (1994). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*. London: Routledge.
- Warner,** 2010: Does the scientific evidence support the recovery model? *Psychiatrist*, 34,1, pp.3-5.
- Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M.** (2011). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. [Validation Studies]. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764010365414>
- Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., & Mueser, K. T.** (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychiatric Services*, 60(2), 202-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.60.2.202>

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L. & Slade, M. (2012): Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. DOI 10.1007/s00127-012-0484-y

Wilrycx, G., Croon, M., Van Den Broek, A., & Van Nieuwenhuizen, C. (2011). Effectiveness of a collaborative recovery training program in the Netherlands in promoting recovery competencies for mental health workers. [Conference Abstract]. *Psychiatrische Praxis*, 38. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1277756>

Wilson, A., & Beresford, P. (2002). Madness, distress and post-modernity: Putting the record straight. I M. Corker & T. Shakespeare (Red.), *Disability/postmodernity: embodying disability theory*. London (England): Continuum.

Winness, M. G., Borg, M., & Kim, H. S. (2010). Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *Journal of Mental Health*, 19(1), 75-87. doi:10.3109/09638230903469178

Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P., & Andresen, R. (2010). Development of a Structured interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(3), 182-189. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13651501003668552>

Young, S., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

Videnskabelige fagbøger

Amering, M. & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities*. World Psychiatric Association. New York: Wiley-Blackwell.

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Davidson, L., Rakfeldt, J. & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry. Lessons learned*. New York: Wiley-Blackwell.

Davidson, L. (2003) *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.

Davidson, L., Tandora, J., Staheli Lawless, M., O'Connell, J., Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery oriented practice*. London: Oxford University Press.

Jensen, P., Bach Jensen, K., Olsen, E. & Sørensen, D. (2004). *Recovery på dansk. At overvinde psykosociale handicap*. København: Systime Academic.

Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Ralph, R.O. & Corrigan, P.W. (2005). *Recovery in mental illness. Broadening our understanding of wellness*. Washington DC: American Psychological Association.

Read, J.; Mosher, R.L. & Bentall, R.P. (2004). *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis. London: Brunner-Routledge.

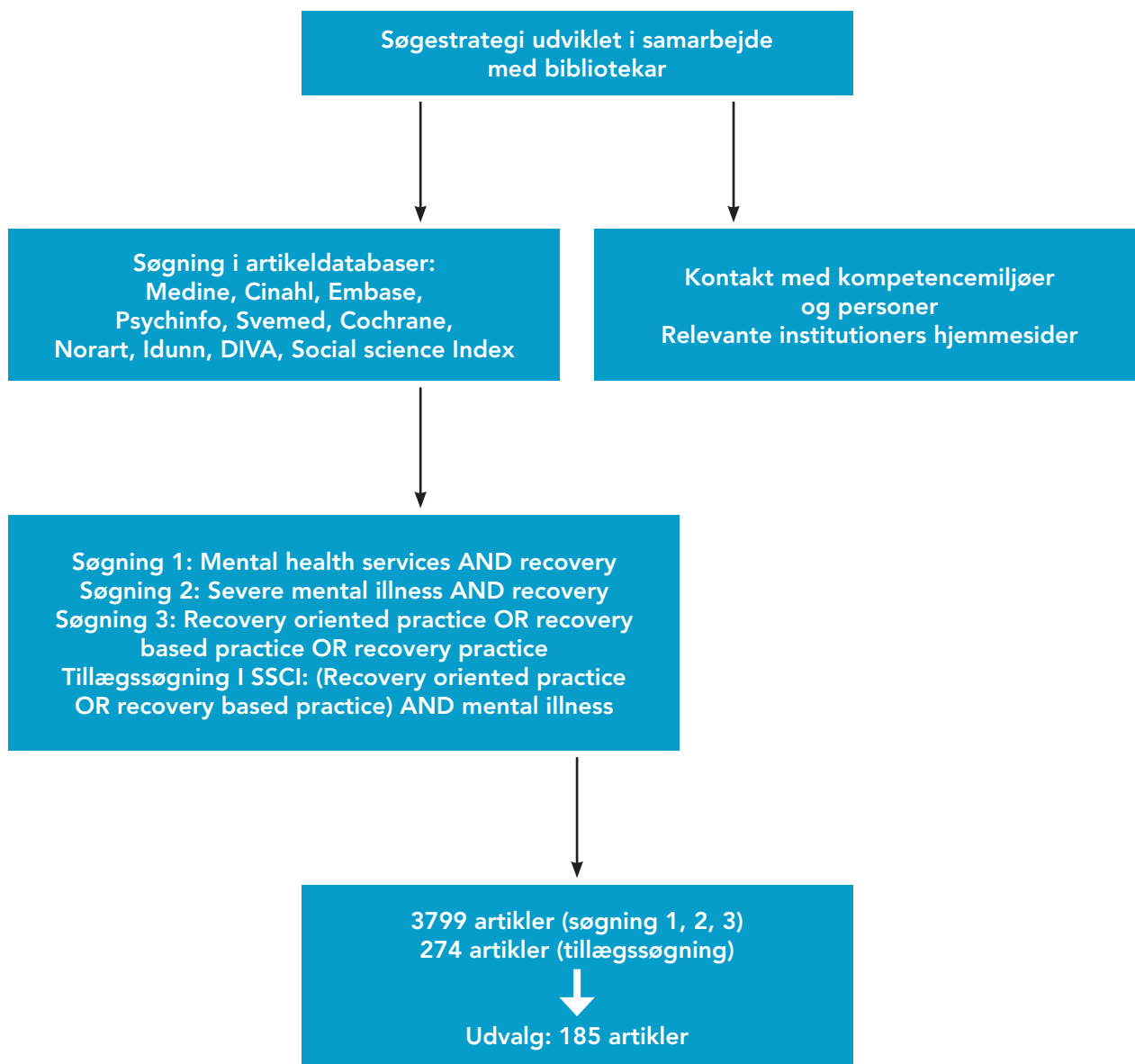
Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. London: Cambridge Medicine.

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilag 1

Oversigt over litteratursøgning



Bilag 2

Detaljeret søgestrategi

Søgning 1:

Medline, Embase, Swemed, Cochrane, Cinahl, DIVA* Norart**

1. mental health services.mp. or exp Mental Health Services/
2. mental health service*.tw.
3. 1 or 2
4. recover*.tw.
5. 3 and 4

PsychInfo

1. mental health services.mp. or exp Mental Health Services/
2. exp «Recovery (Disorders)»/ or recovery.mp.
3. mental health service*.tw.
4. 1 or 3
5. recover*.mp.
6. 2 or 5
7. 4 and 6

*DIVA kun søgt med tekstord **Norart kun søgt med tekstord

Søgning 2:

Medline, Embase, Swemed, Idunn, DIVA*, Cinahl, Cochrane, Norart

1. severe mental illness*.tw.
2. recover*.tw.
3. 1 and 2

PsychInfo

1. severe mental illness.mp.
2. recover*.tw.
3. exp «Recovery (Disorders)»/
4. 2 or 3
5. 1 and 4

*DIVA kun søgt med tekstord

Søgning 3:

DIVA, Idunn, Norart, Swemed, Cinahl, Embase, Medline, PsychInfo, Cochrane

1. recovery oriented practice.tw.
2. recovery based practice.tw.
3. recovery practice.tw.
4. 1 or 2 or 3

Tillægssøgning i Social Science Citation Index (SSCI):

SSCI

Topic=(recovery oriented practice) OR Topic=(recovery based practice) AND Topic=(mental illness)

Søgning på norske termer:

Der blev søgt i både Norart og Idunn med trunkerede norske og engelske emneord

Norart: (Recover* OR bedring*) AND

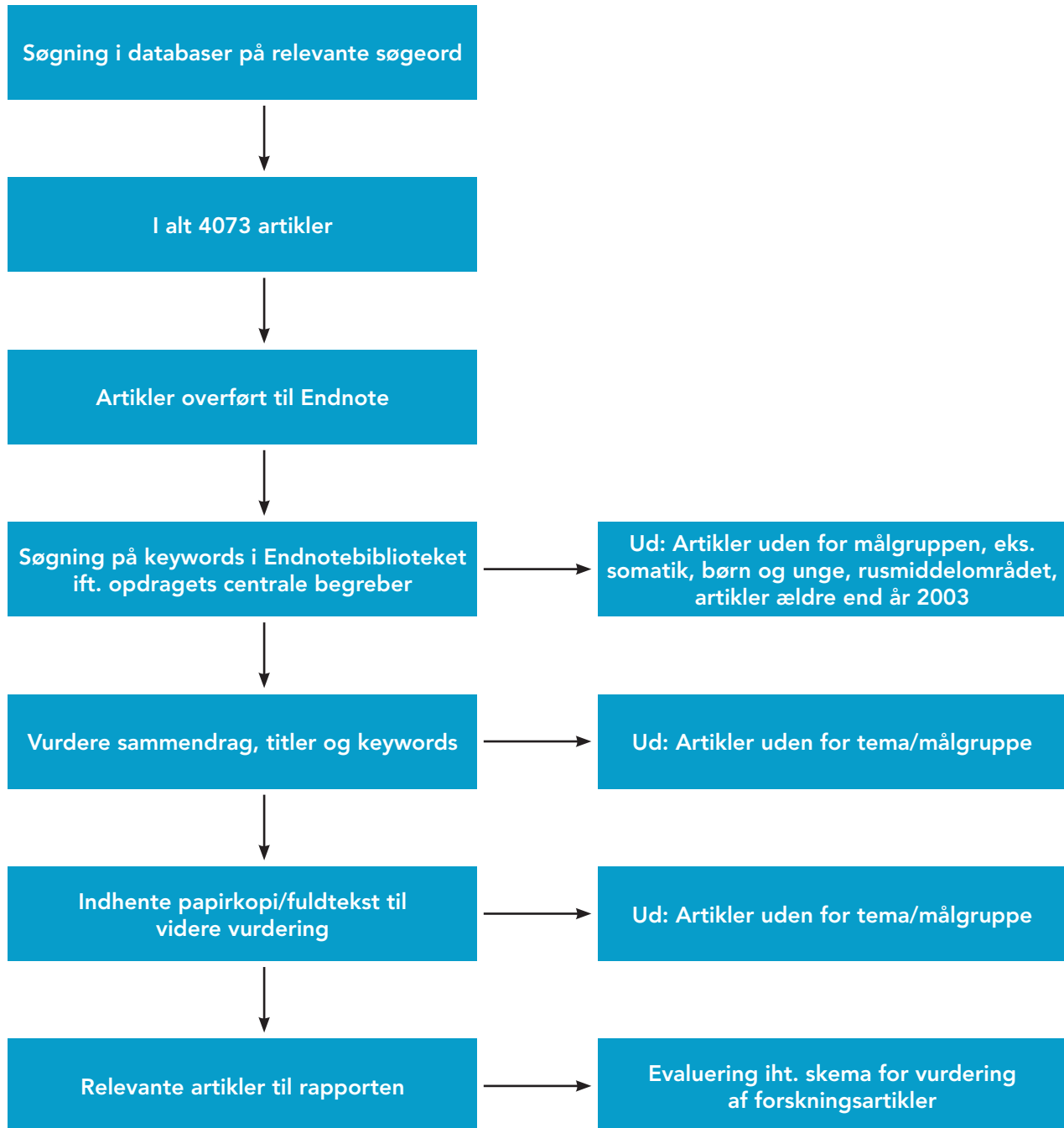
(mental* OR psykisk*) = 26 resultater

Idunn : (Recover* OR bedring*) AND

(mental* OR psykisk*) = 73 resultater

Bilag 3

Arbejdsproces – Udvalg



Danske udgivelser om recovery

Af seniorforsker, ph.d. Lisa Korsbek

Litteraturlisten inkluderer oversat litteratur og udgivelser i andre medier.

1. Anderson, Deborah & Deegan, Patricia: *Barrierer for brugerinddragelse i bestyrelser, udvalg og arbejdsgrupper*. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering 2011, 48 sider
2. Aslan, Marion & Smith, Mike: *Menneskelig opblomstring – recovery*. PsykoVision 2008, 148 sider
3. Aslan, Marion & Smith, Mike: *Handleplan i et recoveryperspektiv – et personligt arbejdshæfte til at understøtte menneskelig opblomstring*. PsykoVision 2008, 48 sider
4. Bach, Kate & Achen, Heidi: *Ungeguide – inspiration til indsatsen med psykisk sårbare unge*. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden 2012, 172 sider
5. Bagh, Jette: *Vejen ud af psykisk sygdom. Luna-Louises historie. Sygeplejersken 2004, Årg. 104, nr. 29, s. 36-39*
6. Bang, Mette: *Fra traume til recovery*. Forlaget BRINCH 2014, 228 sider
7. Bendtsen, Irene: *Medborgerskab og lokalsamfund som rehabiliteringsperspektiv. Ergoterapeuten 2008, Årg. 69, nr. 5, s. 25-31*
8. Bertelsen, Preben; Harboe, Louise; Pinderup Jeppesen, Pernille; Jølberg, Rasmus & Lundum, Frank: *Social og personlig recovery. Psykolog nyt 2011, Årg. 65, nr. 16, s. 10-13*
9. Borg, Marit; Jensen, Pernille; Topor, Alain & Andersen, Anders J.W.: *Recovery med nordisk blik. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid 2011, 8 (4), s. 290-292*
10. Borg, Tove: *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering – et socialpsykologisk studie*. Center for Sundhed, Menneske og Kultur, Institut for Filosofi, Aalborg Universitet 2003, Ph.d.-afhandling, 405 sider
11. Borup, Daniel Brian & Pedersen, Sofie: *Er udvikling overhovedet meningen? Om det psykosociale arbejdes betingelser og muligheder i socialpsykiatrien. Nordiske udkast 2010, Årg. 38, nr. 1/2, s. 92-103 og 126-127*
12. Broeng, Susanne (red.): *Fokus på relationer. Psykiatri i praksis*. Hans Reitzels Forlag 2009, 240 sider
13. Busch, Sidsel: *Fra patient til person – et studie af recovery som ideologi, praksis og erfaring i dansk socialpsykiatri*. Københavns Universitet. Institut for Antropologi 2006, Kandidatspeciale, 122 sider
14. Buus, Niels (red.): *Psykiatrisk sygepleje*. Dansk sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag 2009, 360 sider
15. Castella, Julie Eva Kruse: *Sammenstød mellem to forståelser af psykiske lidelser? En diskursanalyse af hospitalspsykiatriens og recovery-perspektivets italesættelse af psykiske lidelser*. Projekt- & Karrierevejledningen, Projekt- & Karrierevejledningens rapportserie, nr. 273, Københavns Universitet 2010, Bacheloropgave, 52 sider
16. Christensen, Jette: *Recovery fra psykisk lidelse*. Forlaget Frydenlund 2012, 101 sider
17. Cohen, Marianne & Andersen, Henriette: *Styrket recovery-orientering i den psykosociale rehabilitering*. Århus Kommune, Socialforvaltningen, Center for Socialfaglig Udvikling 2007, 68 sider
18. Coleman, Ron: *Recovery. Et nyt perspektiv i psykiatrien*. PsykoVision 2007, 119 sider
19. Copeland, Mary Ellen: *Den personlige arbejdsbog: selvindsigt, selvbestemmelse og recovery*. Amtsskolen i Århus 2004, 55 sider
20. Davis, Lisbeth Frølund; Slott-Petersen, Lene; Skousbøll, Randi mfl.: *Individuel mestringsprojekter og mestringsrelation*. En rapport over mestringsprojektet på Psykiatrisk Afdeling Herning 2004-2006. Psykiatrisk Afdeling Herning 2006, 105 sider
21. Deegan, Patricia: *At bruge medicinen til at komme sig*. Oversat og udgivet af botilbuddet Slotsvænget. Slotsvænget 2004, 43 sider

22. Meyer-Dissing, Merete & Jákupsdóttir, Svanna: *En kritisk diskussion af psykisk lidelse og diagnoser. Brug af narrativ terapi inden for en recovery-tilgang*. Projekt- & Karrierevejledningens Rapportserie Nr. 289, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Center for Sundhed og Samfund 2011, Kandidatspeciale, 135 sider
23. Eltong, John: *Recovery & praksis – en kritisk psykologisk undersøgelse af medarbejderes brug af recovery-begrebet på det socialpsykiatriske bosted Slotsvænget*, Institut for Psykologi, Københavns Universitet 2008, Speciale, 80 sider
24. Eplov, Lene Falgaard; Kistrup, Kristen Riis; Lajer Inger Mathilde Kuhr; Obel, Dorrit; Poulsen, Henrik Day & Svendsen, Anne-Mette Bruun: *Recovery og rehabilitering i psykiatrien. Gammel vin på nye flasker eller nyskabelse med indhold?* *Ugeskrift for læger* 2005, Årg. 167, nr. 11, s. 1269-1271
25. Eplov, Lene Falgaard: *Rehabilitering i psykiatrien*. *Psykiatri-information* 2009, Årg. 16, nr. 2, s. 14-16
26. Eplov, Lene Falgaard; Korsbek, Lisa; Petersen, Lone & Olander, Mette: *Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*. Forlaget Munksgaard 2010, 256 sider
27. Eplov, Lene Falgaard & Korsbek, Lisa: *Rehabilitering og recovery ved psykisk sygdom*. *Best Practice – Psykiatri/Neurologi* 2012, nr. 17, s. 7-10
28. Eplov, Lene Falgaard; Schultz Petersen, Kirsten et al.: *Rehabiliteringstilbud til patienter med psykiske sygdomme – En recovery-orienteret tilgang*. *Ugeskrift For Læger* 2014, 176 (10), s. 936-939
29. Thomas Evermann, K. og Ramian, Knud: *Kan man måle recovery?* Vidensbasering 2006, <http://knudramian.pbworks.com/f/recosartikel.pdf>, 3 sider
30. From, Hans Peder: *Forståelsen af psykisk sygdom*. *Psykolog nyt* 2007, Årg. 61, nr. 21, s. 16-19
31. Grymer, Birgitte Bergholt & Stjernholm, Cecilie: *Skizofreni og recovery i et udviklingspsykopatologisk perspektiv*. Københavns Universitet, Institut for Psykologi 2011, Kandidatspeciale, 238 sider
32. Gústafsson, Jónas & Ramian, Knud (red.): *Livshistorien – en vej til det menneskelige. Metodeudvikling*. Forlaget Systime 2003, 289 sider
33. Gústafsson, Jónas (red.): *Livshistoriefortælling – Nøglen til livet*. Forlaget Frydendal 2014, 182 sider
34. Hansen, Jens Peter: *Skizofreni og relationer. En grounded theory undersøgelse af sygeplejerske-patient forholdets betydning for patientens udvikling*. Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet 2006, Kandidatspeciale, 95 sider
35. Hansen, Sanne: *Gensidighed gavner*. *Socialpædagogen* 2007, Årg. 64, nr. 24, s. 20-21
36. Hansen, Annette Dahl: *Forandringsarbejde i offentlige organisationer. En analyse af implementeringen af en styrket recovery-orientering i Århus kommune*. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, 2009, Kandidatspeciale, 105 sider
37. Holme-Pedersen, Jonny; Abildtrup, Line Top & Jensen, Pernille: *Evidensbaseret praksis eller praksis-baseret evidens?* *Socialpsykiatri* 2009, nr. 2, s. 30
38. Haarakangas, Kauko: *Stemmerne på behandlingsmødet. En dialogisk analyse af samtalen i behandlingsmøder i en familiecentreret psykiatrisk behandlingsproces med hensyn til team-aktivitet*. Lyngen, Recovery-serien 2002, 34 sider
39. Hummelvoll, Jan Kåre: *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed*. Hans Reitzels Forlag, 4. udgave, 2013, 803 sider
40. Jakobsen, Hanne: *Recovery og omsorgstænkning*. *Klinisk sygepleje* 2004, Årg. 18, nr. 4, s. 42-47
41. Jensen, Lenah Christina Asping: *Recovery, håb for den sindslidende! men håbløst for den ansatte? En undersøgelse af, hvilke udfordringer begrebet recovery stiller for den ansatte i socialpsykiatrien*. Institut for Psykologi, Københavns Universitet 2009, Kandidatspeciale, 80 sider

42. Jensen, Pernille: *Recovery: Rapport over Videnscenter for Socialpsykiatri recovery-forprojekt, marts-juli 2002*. Videnscenter for Socialpsykiatri 2002, 66 sider
43. Jensen, Pernille: At komme sig. *Social Kritik* 2003, nr. 85, 15. årgang, s. 20-29
44. Jensen, Pernille: Recovery – disciplinering eller radikalt brud? *Social Kritik* 2003, nr. 87, 15. årgang, s.103-104
45. Jensen, Pernille: *En helt anden hjælp og Fra informant til undersøger*. To rapporter fra Projekt Recovery-orientering. København: Projekt Recovery-orientering 2004, 165 sider
46. Jensen, Pernille (red.): *Recovery på dansk: at overvinde psykosociale handicap*. Systime Academic 2004, 276 sider
47. Jensen, Pernille: At skabe viden om at komme sig. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 2004, 1 (4), Universitetsforlaget, s. 16-29
48. Jensen, Pernille: *En helt anden hjælp. Recovery i bruger- og pårørendeperspektiv*. Akademisk Forlag 2006, 299 sider
49. Jensen, Pernille: Recovery – perspektiv og udfordring i socialpsykiatrien. I: Lihme, Benny (red.), *Invitation til socialpsykiatri*. Akademisk Forlag 2008, s. 88-115
50. Jensen, Pernille: At komme sig med støtte fra andre. *Fag og Arbejde* 2008, december, s. 34-35
51. Jensen, Pernille: Recovery er kommet for at blive. *Outsideren. Ser Psykiatrien indefra: På sporet af det gode liv. Gratis særnummer om recovery*. *Outsideren* 2010, s. 7-8
52. Jensen, Pernille; Borg, Marit & Topor, Alain: Återhæmning, bedring, at komme sig: Recovery revisited – ti år efter. *Socialpsykiatri* 2010, nr. 3, s. 20-23
53. Jensen, Pernille; Abildtrup, Line Top & Holme-Pedersen, Jonny: Gladsaxe Kommune – på vej til en psykosocial indsats? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 2011, 8 (4), s. 345-55
54. Jensen, Pernille & Abildtrup, Line Top: Psykosocial muliggørelse i Orion. I: Lihme, Benny: *Det sociale betydning for mennesker med sindslidelse*. Akademisk Forlag (In press 2014)
55. Jul, Lise: *Patricia Deegan: Recovery – en mulighed for alle*. DVD. Mediehuset 2005
56. Jul, Lise: *En helt anden hjælp*. 5 dokumentar-film. Produceret for Projekt Recovery-orientering, Mediehuset Århus 2006
57. Jul, Lise: *Startskud: inspiration fra det fælles arbejde med recovery i socialpsykiatrien i Århus Kommune*. Alternativ titel: Rygtitel: Startskud – inspiration fra arbejdet med recovery. Film, Århus Kommune, Socialforvaltningen 2010
58. Jul, Lise & Scriver, Erik (red.): *På vej: bud på meningsfulde liv*. DVD-video, Produceret af ANTV.dk, Undervisningsministeriet 2012
59. Juliussen, Finn Blickfeldt: *Forudsætninger for godt handleplanssamarbejde – erfaringer fra handleplansnetværket PLANET*. Videncenter for Socialpsykiatri 2004, 105 sider
60. Juliussen, Finn Blickfeldt; Bøgelund, Preben; Paulsen, Kirsten & Jul, Lise: *En anderledes brik? Medarbejdere med brugererfaringer – en aktiv brik i rehabiliteringsarbejdet*. Videnscenter for Socialpsykiatri 2008, 194 sider
61. Juliussen, Finn Blickfeldt: Fra klinik til borgerens livsverden – paradigmeskifte, recovery og rehabilitering, *Tidsskriftet Uden for nummer* nr. 26, 14. årgang, 2013, s. 30-39
62. Juliussen, Finn Blickfeldt; Neidel, Agnete; Nielsen, Dorthe Høj og Strunge, Helle: *Mennesker med psykiske vanskeligheder – Sociale indsatser, der virker*. Socialstyrelsen 2013, 32 sider
63. Juul, Charlotte Holm & Ravn, Julie: Håbet gør det ikke alene OG Kaptajn på eget skib. 2 artikler, *Kristeligt Dagblad*, 6. august 2005

64. Jørgensen, Rikke: *En ny begyndelse med skizofreni: et interventionsstudie bygget på guidet egen-beslutning*. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet 2007, Kandidatspeciale, 89 sider
65. Kistrup, Kristen: *Dialogguide til recovery-orientering*. Psykiatrisk Center Frederiksberg 2009, 11 sider
66. Kistrup, Kristen; Jespersen, Ulla Branner og Solstad, Kim: *Recoveryundersøgelsen. Medarbejder- og patient-perspektiv på recovery*, PC Frederiksberg 2009-2010. Udarbejdet i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, HR afdelingen, 2011, 55 sider (en ny udgave af Kristen Kistrup kommer i 2014)
67. Korsbek, Lisa: Narrativitet, recovery og evidens. *Psyke & logos* 2005, Årg. 25, nr. 2, s. 821-838
68. Korsbek, Lisa & Jensen, Pernille: Sensationsjagt og overmedicinering kurerer ikke skizofreni. Avisartikel. Dagbladet *Information*, 26. marts 2008
69. Korsbek, Lisa & Eplov, Lene Falgaard: Recovery-orienteret arkitektur, i: *Mentale rum: Arkitektur, psykiatri, samfund*. Aarhus arkitekterne a/s Aarhus 2012, s. 74-84
70. Korsbek, Lisa & Santarelli, Anita: Recovery. Et liv efter psykisk sygdom. Interview med Patricia Deegan. Region Hovedstadens Psykiatri, *PsykiatryNyt* maj 2012, s. 3-6
71. Korsbek, Lisa; Petersen, Lone og Mikkelsen, John Hagel: Fælles beslutningstagning i psykiatrien. *Ugeskrift for læger* 2014;176:V02140093
72. Kragelund, Sune & Frerks, Kresten: *Psykosocial rehabilitering: Et praksisforskningsprojekt på Botilbuddet Kragelund*. Psykiatrien i Århus Amt 2006, 25 sider
73. Kryger, Birthe og Grann, Lone: Recovery hos sindslidende – Evalueret af en metode. *Sygeplejersken* 2008, Årg. 108, nr. 10. s. 66-71
74. Landsforeningen af Nuværende og Tidligere Psykiatribrugere (LAP): *At komme sig*. Medlemsbladet 2003 om recovery, 2003, 28 sider
75. Landsforeningen af Nuværende og Tidligere Psykiatribrugere (LAP). *Mennesker med alvorlige psykiske problemer kan komme sig: hvordan kan det gå til?* Pjece 2005, 24 sider
76. Lautrop, Susanne & Schakow, Anders: Når stemmerne bliver til at tale med. *Socialpædagogen* 2011, Årg. 68, nr. 1, s. 16-21
77. Lihme, Benny (red.): *Invitation til socialpsykiatri*. Akademisk Forlag 2008, 240 sider
78. Lihme, Benny: Historiens skæve gang. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 2011, 8 (4), s. 367-70
79. Madsen, Allan: *At komme sig – i fællesskab. Enggård, et Fountain House i Thy*. Eget forlag 2007, 95 sider
80. Madsen, Anna Kristine Waldemar: *Interaktionsdetermineret retningsvalg: en undersøgelse af sociale processer relateret til recovery af svær psykisk sygdom*. Kandidatspeciale, nr. 246/2012, Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet 2012, 60 sider
81. Messell, Catharina: *Musikterapi i en recovery-kontekst: en kvalitativ undersøgelse af to musikterapeuters tilgang til arbejdet med recovery i socialpsykiatrien*. Aalborg Universitet 2007, Kandidatspeciale, 100 sider
82. Morgan, Alice: *Narrative samtaler: en introduktion*. Hans Reitzels Forlag, Socialpædagogisk Bibliotek 2005, 180 sider
83. Neidel, Agnete Vibe & Wulf-Andersen, Trine: Tabu: Rehabiliteringsarbejde er også magtfuldt!, *Socialpsykiatri* 2009 (6), s. 10-12
84. Neidel, Agnete: Recovery-orientering af socialpsykiatrien – ufuldendt eller udspændt? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 2011, 8 (4), s. 293-302
85. Neidel, Agnete: *På vej?!, Kritiske analyser af recovery-orienteringen af det socialpsykiatriske arbejde*. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet, Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitet 2011, Ph.d.-afhandling, 433 sider

86. Neidel, Agnete; Jensen, Connie Cramer & Jørgensen, Marie Herholdt: *Inklusion, deltagelse og bedring. Unge med psykosociale vanskeligheder i lokalsamfundet*. Socialstyrelsen 2013, 66 sider
87. Nielsen, Bo Kristian: *Ghettoiseringen af boligen og betydninger heraf for recovery hos brugere af bostøtte i socialpsykiatrien*. Aalborg Universitet 2005, Kandidatspeciale, 188 sider
88. Nielsen, Jens: Med udsigt til at komme sig. *Socialpædagogen* 2006, Årg. 63, nr. 3, s. 4-7
89. Nielsen, Jens: Kunsten at male sig ud af et hjørne. *Socialpædagogen* 2006, Årg. 63, nr. 4, s. 17-19
90. Nielsen, Jens: "...Jeg sad på en stol ude i haven..." Interview med Pernille Jensen, *Socialpædagogen* 2006, Årg. 63, nr. 12, s. 4-6
91. Nielsen, Jens: Kunsten at få håndklædet tilbage. Interview med Pernille Jensen. *Socialpædagogen* 2004, Årg. 61, nr. 26, s. 12-14
92. Nordenkjaer, Mai-Britt & Winkler Pedersen, Elisabeth. En brugbar tilgang til psykiatrisk sygepleje. *Sygeplejersken* 2012, 112 (12), s. 68-70
93. Obbekær, Helle: Feedback er med til at effektivisere rehabiliteringsprocessen. *Ergoterapeuten* 2011, Årg. 72, nr. 3, s. 36-39
94. Obbekær, Helle: *Feedback i psykosocial rehabilitering: Casestudier om anvendelsen af feedback i psykosocial rehabilitering*. Syddansk Universitet 2010, Masterafhandling, 53 sider
95. Olsen, Mette Egelund: Når man kommer sig fra en svær sindslidelse. *ViPU viden* 2007, Årg. 9, nr. 4, s. 24-27
96. Ramian, Knud: *Medicin i Socialpsykiatriske botilbud – Delrapport 3. Hvor er der brug for faglig udvikling?* Århus, Center for kvalitetsudvikling 2009, 52 sider
97. Ramian, Knud: *Medicin i Socialpsykiatriske botilbud – mellem medicinhåndtering og medicinpædagogik. Sammenfattende rapport 4*. Århus, Center for kvalitetsudvikling 2009, 8 sider
98. Ramian, Knud: *Medicin i Socialpsykiatriske botilbud – mellem medicinhåndtering og medicinpædagogik. Anbefalinger fra Center for Kvalitetsudvikling*. Århus, Center for kvalitetsudvikling 2010, 9 sider
99. Ramian, Knud: *Handleplaner og ledelse*, Socialstyrelsen 2012, 28 sider
100. Rasmussen, Klavs Serup (red.): *Outsideren. Ser psykiatrien indefra. Temanummer om recovery. Outsideren* nr. 61, 2007, 32 sider
101. Rasmussen, Klavs Serup (red.): *Outsideren Ser Psykiatrien indefra: På sporet af det gode liv. Gratis særnummer om recovery. Outsideren* 2010, 24 sider
102. Rasmussen, Klavs Serup (red.): *Er verden da befolket af rovdyr? – og andre personlige beretninger om livet med psykisk sygdom*. En antologi. Foreningen Outsideren 2013, 137 sider
103. Ravn, Julie & Juul, Charlotte Holm: Kunsten at komme sig. *Kristeligt Dagblad*, 4. august 2005
104. Region Hovedstadens Psykiatri: *Individuel mestring & recovery*, manual, del 1. Region Hovedstadens Psykiatri 2013, 178 sider
105. Region Hovedstadens Psykiatri: *Individuel mestring & recovery*, manual, del 2, Region Hovedstadens Psykiatri 2013, 283 sider
106. Region Hovedstadens Psykiatri: *PsykiatriNyt. Temanummer: Recovery*. Region hovedstaden Psykiatri maj 2014, 23 sider
107. Rietz, Carsten (red.): *Recovery, empowerment og brugerstyring: at komme sig og komme videre*. Netværkstedet Thorvaldsen 2006, 83 sider
108. Romme, Marius & Escher, Sandra: *At leve med stemmer: 50 recoveryhistorier*. PsykoVision 2010, 391 sider

109. Romme, Marius & Escher, Sandra: *Giv stemmerne mening. Metoder i arbejdet med stemmehørere*. Academica 2003, 207 sider
110. Salicath, Vera: *Barrierer for forandring og fornyelse af psykiatriens behandlingsformer*. Projekt- & Karrierevejledningen rapportserie nr. 265, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Center for Sundhed og Samfund 2009, Kandidatspeciale, 101 sider
111. Seikkula, Jaakko; Alakare, Birgitta & Aaltonen, Jukka: *Åben dialog ved psykoser*. Recovery-serien 3, Forlaget Lyngen 2003, 60 sider
112. Seikkula, Jaakko; Alakare, Birgitta & Aaltonen, Jukka: *Åben dialog ved psykoser*. Bind 2: 5 år efter. Recovery-serien 4, Forlaget Lyngen 2005, 53 sider
113. Shepherd, Geoff; Boardman, Jed & Slade, Mike: *Recovery – fra begreb til virkelighed*. Videnscenter for Socialpsykiatri 2008, 20 sider
114. Shepherd, Geoff: *At implementere recovery-orientering. Et nyt udgangspunkt for organisatoriske forandringer*. Oversat af Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering i samarbejde med Sainsbury Centre for Mental Health, London. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering 2009, 6 sider
115. Slade, Mike: *100 idéer til recovery-orienteret arbejde. Et inspirationshæfte til medarbejdere i psykiatrien og socialpsykiatrien*. Videnscenter for Socialpsykiatri 2009, 30 sider
116. Smith, Mike; Coleman, Ron & Good, John: *Førstehjælp ved psykoser. En håndbog for professionelle, pårørende og mennesker, der lider af psykotiske oplevelser*. Psykovision 2004, 93 sider
117. Smith, Mike & Coleman, Ron: *Stemmehører – fra offer til sejrherre*. Psykovision 2006, 102 sider
118. Staal, Anna: *Unge, idræt og recovery. Evaluering af udviklingsprojekt om idræt for sindslidende*. Center for Handicap og Bevægelsesfremme Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik 2014, 95 sider
119. Strandgaard, Jonas: *Vejen til recovery. At komme sig over skizofreni*. Forlag1.dk 2013, 158 sider
120. Topor, Alain: *Vendepunkter: et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Videnscenter for Socialpsykiatri 2002, 72 sider
121. Topor, Alain: *At komme sig: et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Videnscenter for Socialpsykiatri 2002, 114 sider
122. Topor, Alain: *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. Hans Reitzels Forlag 2003, 335 sider
123. Topor, Alain: *Fra patient til person. Hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer?* Akademisk Forlag 2005, 245 sider
124. Tønder, Esben Sandvik: *Patienterfaringer som ny ressource i psykiatrien*. Kronik, *Kristeligt Dagblad*, 6. februar 2014
125. Wiinblad, Lars: *NADA-modellen: en indføring i øreakupunktur som supplerende, standardiseret behandling ved recovery, stress, afhængighed og psykiatriske tilstande*. NADA-Danmark, 4. reviderede udgave, 2013, 376 sider
126. Wilken, Jean Pierre & den Hollander, Dirk: *Rehabilitering og recovery. En integreret tilgang*. Akademisk forlag 2008, 320 sider
127. Winkel, Anne Elisabeth: *Recovery versus social integration*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet 2005, Masterafhandling, 46 sider
128. Århus Amt: *Erfaringsopsamling – recovery, en mulighed for at komme videre: et projekt under Psykiatrien i Århus Amt*, Psykiatrien i Århus Amt 2005, 89 sider
129. Århus Amt: *Recovery – en mulighed for at komme videre. Slutevaluering af recovery-kurserne på Amtsskolen, Psykiatrien i Århus Amt*. Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt 2005, 59 sider

Dansk litteratursøgning. Metode og flowdiagram

Af seniorforsker, ph.d. Lisa Korsbek

For at supplere litteraturlisten i den danske oversættelse af *Recoveryorienterte praksiser – en systematisk kunnskabssammenstilling*, er der lavet en systematisk litteratursøgning på dansk litteratur om recovery i følgende databaser: Bibliotek.dk, Den danske forskningsdatabase, SveMed+, samt i REX via Det Kongelige Bibliotek.

Søgekriterier

Modsat den norske litteratursøgning var søgningen ikke afgrænset i tid, ligesom den ikke blev afgrænset til forskningslitteratur. Formålet var derimod at lave en bred systematisk litteratursøgning på danske udgivelser, som inkluderede al relevant litteratur om recovery i Danmark, herunder oversat litteratur og udgivelser i andre medier, herunder film.

Søgningen inkluderede ikke litteratur om rehabilitering, social inklusion eller andet, der grænser op til begrebet recovery, med mindre recovery eksplicit var omdrejningspunktet i den konkrete artikel, bog, afhandling mv.

Søgeperiode, metode og resultater

Den brede systematiske litteratursøgning på alle relevante dansksproglige udgivelser inden for området recovery og recovery-orienteret praksis blev gennemført i perioden 6. juli – 6. august 2014 og resulterede i 430 resultater i alt.

De 430 resultater blev gennemgået og vurderet mht. relevans, hvilket resulterede i en eksklusion af i alt 279 resultater, som faldt uden for søgningens tema (dvs. handlede ikke om recovery eller recovery-orienteret praksis, hverken direkte eller indirekte).

De resterende 151 resultater blev efterfølgende gennemgået med henblik på at frasortere dupletter, dvs. resultater der optræder mere end én gang. Tilbage var i alt 98 resultater, som blev vurderet som relevante.

For at opfange litteratur, der eventuelt ikke kom med i søgningen, blev der derefter lavet en supplerende internetsøgning (Google) på recovery psykisk og recovery psykiatri, hvorigenennem yderligere 9 resultater blev identificeret. Disse 9 blev føjet til litteraturlisten, som dermed kom op på 107 resultater.

Sluttelig blev flere eksperter på området kontaktet for at opfange eventuelt overset litteratur fra deres hånd. Dette resulterede i en tilføjelse af 22 resultater til litteraturlisten, som dermed blev på i alt 129 resultater.

Søgningens oversigt og flowdiagram fremgår på følgende to sider.

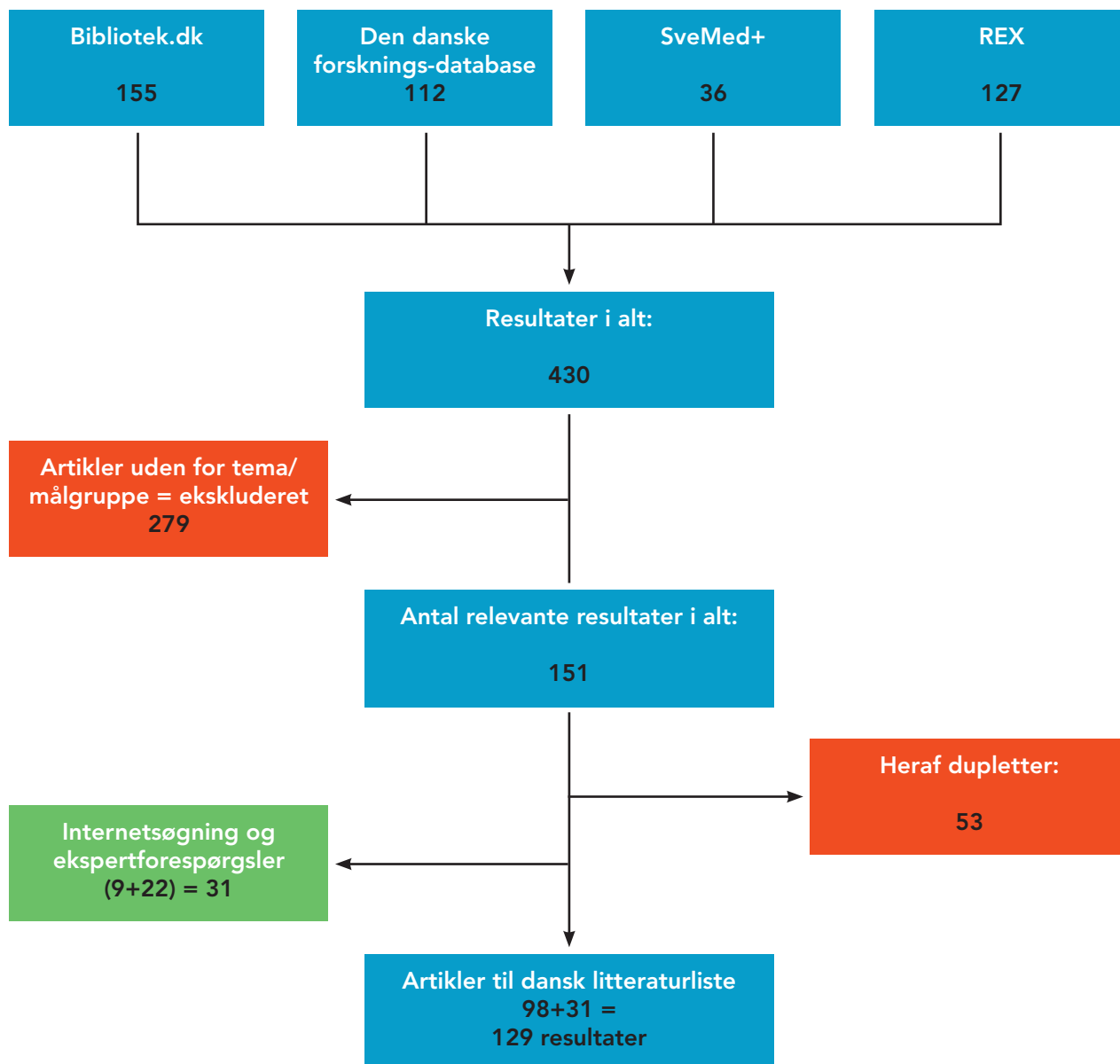
Oversigt over søgningen i databaserne:

Database	Søgeord og søgeafgrænsninger	Antal resultater	Antal relevante resultater
Bibliotek.dk	Recovery (emnesøgning) Afgrænset til dansk litteratur	155	95
Den danske forskningsdatabase	Recovery and mental Recovery and psykiatri Recovery og psykiatri Recovery og psykisk Recovery og psykosocial Recovery praksis	19 78 4 0 2 9	3
SveMed+	Recovery mental health (afgrænset til dansk litteratur) Recovery mental (dansk litteratur) Recovery psykiatri (dansk litteratur) Recovery psykiatry (dansk litteratur) Recovery psychosocial (dansk litteratur)	8 21 2 4 1	10
REX (via det Kongelige Bibliotek)	Søgningen er afgrænset til dansk litteratur på søgeordet: Recovery	127	43

Følgende eksperter på området blev kontaktet:

- Pernille Jensen, udviklingsleder, Bo- og rehabiliteringstilbuddet Orion, Region Hovedstadens Psykiatri
- Agnete Neidel, faglig konsulent, Socialstyrelsen
- Finn Blickfeldt Juliussen, faglig konsulent, Socialstyrelsen
- Lene Falgaard Eplov, forskningsoverlæge, programleder for forskning i rehabilitering, recovery & shared care, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri
- Johanne Bratbo, projektleder, Projekt EN AF OS, Landskampagnen
- Knud Ramian, seniorkonsulent, CFK – Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- Kristen Kistrup, Centerchef, Psykiatrisk Center Frederiksberg, Region Hovedstadens Psykiatri
- Lisa Korsbek, Seniorforsker, Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri

Søgningens flowdiagram:



Udgivet: 2013

Udgiver: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Forfattere: Marit Borg, Bengt Karlsson, Anne Stenhammer

Bidragydere: Turid Møller Olsø, Lisbeth Christensen, Roald Lund Fleiner, Anne Kristiansen Rønning og Trond Hatling

Dansk udgave:

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering 2014

Oversættelse fra norsk: Eline Mørch Jensen

Redaktion, dansk bearbejdelse og forord til den danske udgave: Christian Ciesla Guld

Dansk litteratursøgning: Lisa Korsbek

Layout: Mark Gry Christiansen

Foto: Colourbox

Tryk: Nørremarkens Trykkeri

ISBN nr.: 978-87-994728-1-9 (web)

978-87-994728-2-6 (tryk)

NAPHA samarbejder med centrale forsknings og utviklingsmiljøer om at oppsummere forskningsbasert viden om aktuelle temaer med relevans for det psykosociale arbeide. Denne rapport er en oppsummering af forskningen i recoveryorienterede praksisser. Udgivelsen er en del af NAPHAs satsning på at styrke den forskningsbaserede viden og at gøre den bedre tilgjengelig og brukt i det psykosociale arbeide i kommunerne.

