NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



100 råd som fremmer recovery

EN VEILEDNING FOR PSYKISK HELSEPERSONELL

FORFATTER: Mike Slade

Rapport nr 1/2015

«100 ways to support recovery» er skrevet av Mike Slade og utgitt i samarbeid med Rethink Mental Illness i England (www.rethink.org). Med tillatelse fra forfatteren har Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA, oversatt, tilrettelagt og utgitt denne norske utgaven. Innholdet kan gjengis og kopieres med følgende kildeangivelse:
Norsk utgave: Slade M (2015) *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell*, oversatt av I. Wormdahl og L. B. Ødegaard, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
Engelsk utgave: Slade M (2013) *100 ways to support recovery, 2nd edition*, London: Rethink Mental Illness

Det engelske heftet og andre oversettelser kan lastes ned fra www.researchintorecovery.com
Det norske heftet kan lastes ned fra www.napha.no

«100 ways to support recovery» is written by Mike Slade and published in collaboration with Rethink Mental Illness in England (www.rethink.org). With permission from the author the Norwegian Resource Centre for Community Mental Health has translated, edited and published an Norwegian edition. The contents can be reproduced provided that the source is fully cited:
The Norwegian edition: Slade M (2015) *100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell,* oversatt av I. Wormdahl og L. B. Ødegaard, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
The English edition: Slade M (2013) *100 ways to support recovery, 2nd edition*, London: Rethink Mental Illness

The English version and other translations can be downloaded at www.researchintorecovery.com
The Norwegian edition can be downloaded at www.napha.no

Utgitt: 2015
ISBN 978-82-7570-407-6 (Trykt) | ISBN 978-82-7570-408-3 (PDF WEB)
Oversatt av: Linda Bogen Ødegaard og Irene Wormdal
Produksjon og tilrettelegging: Irene Wormdahl og Ragnhild Krogvig Karlsen
Takk til Arve Lauvnes, Trond Hatling, Turid Møller Olsø, Gretha Helen Evensen og Gaute Strand
Forside: Illustrasjonsfoto: www.colourbox.com
Foto i heftet: Illustrasjonsfoto: www.colourbox.com
Design: Melkeveien Designkontor AS **Trykk:** Rolf Ottesen Grafisk AS

©2015 NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykiskhelsearbeid

100 råd som fremmer recovery

EN VEILEDNING FOR
PSYKISK HELSEPERSONELL

MIKE SLADE

OVERSATT OG TILRETTELAGT FOR
NORSKE FORHOLD AV NASJONALT KOMPETANSESENTER
FOR PSYKISK HELSEARBEID, NAPHA

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

INNHOLD

FORORD 6

INNLEDNING 10

1 HVA ER PERSONLIG RECOVERY? 12

2 RELASJONERS SENTRALE BETYDNING 18

3 GRUNNLAGET FOR EN RECOVERY-ORIENTERT PSYKISK HELSETJENESTE 24

4 KARTLEGGING 28

5 MÅL- OG TILTAKSPLANLEGGING 36

6 STØTTE UTVIKLING AV FERDIGHETER SOM FREMMER SELVSTYRING 38

7 RECOVERY GJENNOM KRISER 46

8 KJENNE IGJEN RECOVERYFOKUS I PSYKISKE HELSETJENESTER 50

9 FORANDRING I DET PSYKISKE HELSESYSTEMET 54

ELEKTRONISKE RESSURSER OM RECOVERY 58

LITTERATURLISTE 59



FORORD

I Norge har det de senere årene vært økt oppmerksomhet rundt recovery i psykiske helsetjenester. I Helsedirektoratets veileder for lokalbasert psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring», er recovery trukket frem som et sentralt perspektiv som bør prege tjenesteytingen fremover[1*].

– Å arbeide på en recoveryorientert måte begynner med en overveielse av verdier.

MIKE SLADE

Økt etterspørsel etter kunnskap om hvordan man skal utøve recoveryorientert praksis, er bakgrunnen for at NAPHA har valgt å oversette og utgi dette heftet. Originalutgaven «100 ways to support recovery» er skrevet av Mike Slade og inneholder 100 råd for hvordan psykisk helsepersonell kan jobbe på en personsentrert og recoveryorientert måte. Heftet kan enten leses fra perm til perm eller brukes som et oppslagsverk for råd på enkeltområder i prosessen med å utvikle og utøve recoveryfokus i tjenestene. Med tillatelse fra forfatter er det foretatt noen redaksjonelle endringer i denne norske utgaven i form av henvisninger til norsk litteratur og eksempler på norske tiltak, organisasjoner og nettressurser. Vi presiserer at dette kun er noen eksempler, mangfoldet er stort, og du kan finne mer informasjon på NAPHA's temaside om recovery på www.napha.no.

Recoveryorientert praksis fremmer muligheter og tro på at man kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser. For mange kan relasjonen til ansatte i psykiske helsetjenester være et viktig bidrag til recovery. Ansatte skal stille sin kunnskap til rådighet, samtidig som de skal verdsette brukeren som ekspert på seg selv, i kraft av egne erfaringer. I recoveryorienterte praksiser blir hjelperen og brukeren likeverdige partnere med brukerens mål i sentrum.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA, arbeider med å gjøre relevant kunnskap om psykisk helsearbeid tilgjengelig. På www.napha.no kan du finne ut mer om hva NAPHA jobber med. Her kan du følge med på aktuelle nyheter, fordype deg i fag- og praksiskunnskap og selv dele kunnskap og erfaringer på feltet. Dette heftet er en del av NAPHAs rapportserie.

Vi vil rette en stor TAKK til Mike Slade som har latt oss oversette og utgi dette heftet på norsk - det har vært inspirerende! Godt samarbeid med forfatteren underveis i prosessen, gjør at vi er stolte over å nå kunne presenter «100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell».

Vi håper heftet vil inspirere alle som jobber med, er berørt av og har interesse for psykisk helsearbeid. God lesing!

Irene Wormdahl
Faglig rådgiver i NAPHA



Irene Wormdahl, Faglig rådgiver i NAPHA

* Referanser nummereres fortløpende i teksten og oppgis i litteraturliste s. 59-62

Forord til den engelske utgaven

Rethink Mental Illness arbeider hardt for å forbedre livskvaliteten til mennesker med psykiske lidelser. Å reformere måten de psykiske helsetjenestene blir drevet på er nøkkelen.

Siden den første utgaven av «100 ways to support recovery» ble utgitt i 2009, er den lastet ned over 23 000 ganger fra nettstedet til Rethink Mental Illness (rethink.org/100ways) og oversatt til en rekke europeiske språk. Denne andre utgaven viser til ny kunnskap og inkluderer oppdaterte lenker til relevante ressurser.

Professor Mike Slade, heftets forfatter, er klinisk psykolog ved South London and Maudsley NHS Foundation Trust og professor i helsetjenesteforskning ved Health Institute of Psychiatry, King's College London. Hans forskningsteam har gjennomført den femårige REFOCUS-forskningsstudien (fullført i 2014), som utviklet og evaluerte en manualbasert recoveryintervensjon til bruk for team innen psykisk helse for voksne i England.

I årene etter at den første utgaven ble publisert, har recovery innen psykisk helse fått stadig mer oppmerksomhet. Recovery har blitt et integrert aspekt av den hverdagslige praksisen innen psykisk helsetjenestetilbud og nye policydrevne utviklinger, for eksempel er individuell tilpasning og personlige helsebudsjetter innført for å støtte personsentrert arbeid.

Det er imidlertid mye som gjenstår. Basert på en omfattende gjennomgang av gjeldende forskning og praksis identifiserte Schizophrenia Commission (2012) noen områder som må forbedres for at mennesker skal få den støtte og behandling som vil føre til en reell endring i livene deres (schizophreniacommission.org.uk). Denne oppdaterte andreutgaven av *100 ways to support recovery* er et praktisk redskap for psykisk helsepersonell for å støtte dette arbeidet.

Paul Jenkins
Chief Executive, Rethink Mental Illness,
april 2013

Forfatterens forord til den engelske utgaven



Mike Slade

Vår forståelse av recovery har ikke endret seg mye siden 2009. Den har vokst fram fra menneskers personlige beretninger – et godt liv med sykdom er fremdeles mulig for mange når de gjør en innsats og får støtte. Likevel finner vi etter hvert nytt evidensgrunnlag i den akademiske litteraturen om psykisk helse.

For eksempel har Section for Recovery ved Institute of Psychiatry ved King's College gjennomført en rekke recoverystudier – se researchintorecovery.com for mer informasjon. Dette har inkludert systematiske evalueringer (den mest nøyaktige metoden for å syntetisere evidens) som identifiserte de sentrale recoveryprosessene *tilknytning*, *håp*, *identitet*, *mening* og *empowerment* (**C**onnectedness, **H**ope, **I**dentity, **M**eaning og **E**mpowerment – the CHIME Framework)[2], hvordan man evaluerer recovery[3], hvordan man identifiserer styrker[4], og hvordan man øker håp[5].

Det er nå mulig å identifisere den beste praksisen innen psykiske helsetjenester for å støtte recovery[6]. Tiltak for å identifisere god recoverystøtte er evaluert[7] og har ført til utviklingen av et nytt gratis evalueringsverktøy kalt INSPIRE (researchintorecovery.com/inspire).

Tiltak for å støtte recovery er under utvikling[8] og evaluering[9], og nasjonale initiativer for å endre psykiske helsetjenester pågår over hele England[10]. I alt endringsarbeidet har Rethink Mental Illness vært en delaktig aktør og partner. Denne andre utgaven av *100 ways to support recovery* er oppdatert for å reflektere dette nye kunnskapsgrunnlaget.

Mike Slade

INNLEDNING

Dette er en veileder for psykisk helsepersonell skrevet i den hensikt å støtte utvikling av recoveryorienterte tjenester. Den inneholder ulike ideer for å arbeide med brukere* på en recoveryorientert måte.

Heftet er skrevet med utgangspunkt i to overbevisninger:

- For det første er recovery noe personen med psykisk sykdom selv opplever og jobber fram mot. Dette er ikke noe som profesjonelle tjenester kan gjøre for personen. Ansatte i psykiske helsetjenester bidrar bare til å støtte personen på hans eller hennes ferd mot recovery.
- For det andre er ferden mot recovery individuell. Den beste måten å støtte en persons recovery på varierer fra person til person.

Siden det ikke finnes noen ideell eller «riktig» tjeneste, er det ikke mulig å gi trinnvise instruksjoner om hvordan psykisk helsepersonell kan støtte recoveryprosessen. Dette heftet må derfor oppfattes mer som et kart over ferden enn som en trinnvis plan.

Sentralt for heftet er en begrepsmessig modell som skal identifiserer hvilke former for støtte som kan være nyttig. Den kalles Den Personlige Recovery-modellen («The Personal Recovery Framework») og er basert på informasjon fra mennesker med personlig erfaring med psykisk sykdom. Denne utgivelsen har som mål å gi modellen en praktisk anvendelse.

* Selv om vi er klar over at betegnelsen *bruker* ikke er et entydig begrep, anvender vi det i dette heftet siden det er en mye brukt betegnelse for mennesker med personlig erfaring med psykisk sykdom som bruker tjenester.





«Ferden mot recovery er individuell, og støtten må tilpasses den enkeltes behov».

1 HVA ER PERSONLIG RECOVERY?

Recovery er et ord med to betydninger:

Klinisk recovery er en idé som stammer fra fagfolk innen psykiatri/psykisk helse, og innebærer å fjerne symptomer, gjenvinne sosial funksjon og på andre måter «gå tilbake til det normale».

Personlig recovery er en idé som har vokst fram blant mennesker som har opplevd psykisk sykdom, og betyr noe annet enn klinisk recovery. Den mest brukte definisjonen av personlig recovery er foreslått av William A. Anthony (1993) [11]:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg. (Anthony 1993 i Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013, s.10[12])

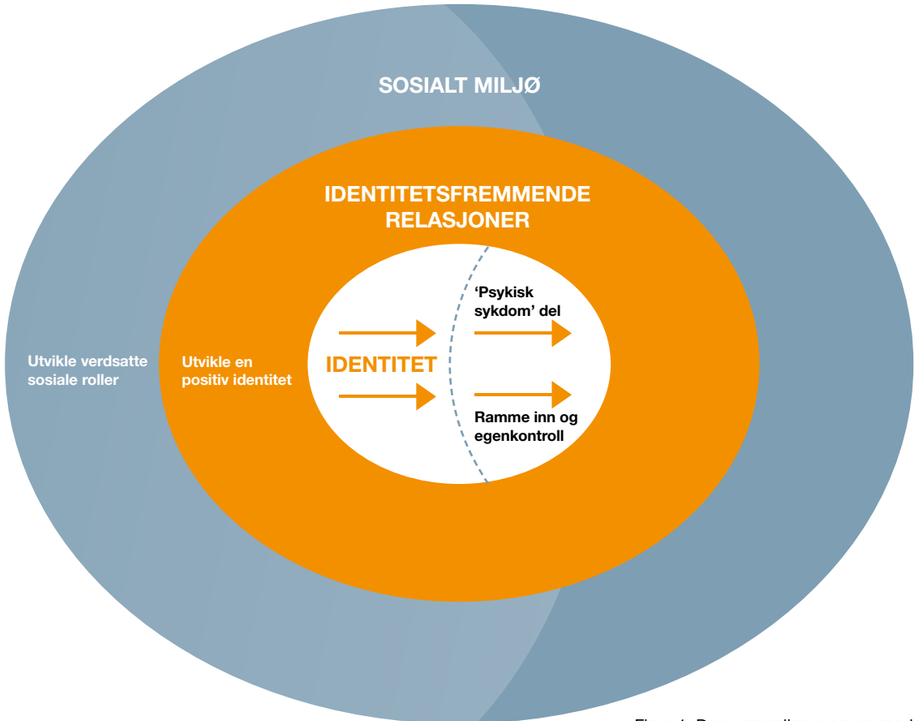
Det er bred enighet om at de fleste psykiske helsetjenester i dag er tilrettelagt for å oppfylle målene med klinisk recovery. Likevel vektlegger retningslinjer for psykisk helse verden over i økende grad støtte til personlig recovery. I England var det for eksempel et sentralt mål for den nasjonale strategien innen psykisk helse at «flere mennesker med psykiske helseproblemer blir bedre». I Norge har Helsedirektoratet i veilederen «Sammen om mestring» trukket fram recovery som et sentralt perspektiv som bør prege tjenesteytingen fremover. Hvordan kan vi endre tjenestene slik at personlig recovery får økt oppmerksomhet?[13] Dette heftet tar for seg 100 ulike måter å nærme seg recovery på. I dette kapitlet presenteres først en begrepsmessig modell som danner grunnlaget for endringene.



1.1 DEN PERSONLIGE RECOVERYMODELLEN

Å støtte personlig recovery innebærer å gå fra å fokusere på å behandle sykdom og over til å fokusere på økt trivsel. Dette innebærer en endring der profesjonelle modeller blir en del av en helhetlig forståelse av personen. Forståelsen kan fremmes gjennom den personlige recoverymodellen, som baseres på fire recoveryområder. Disse springer ut fra erfaringene til personer som har levd med psykisk sykdom:[14]

- **Håp**, som en hyppig selvrapportert komponent av recovery
- **Identitet**, deriblant gjeldende og fremtidig selvbilde
- **Mening** i livet, deriblant mening med livet og livsmål
- **Personlig ansvar**, evnen til å ta personlig ansvar for sitt eget liv



Figur 1: Den personlige recoverymodellen (The Personal Recovery Framework)

BOKS 1: PERSONLIGE RECOVERYOPPGAVER

Recoveryoppgave 1:
Utvikle en positiv identitet
Den første recoveryoppgaven er å utvikle en positiv identitet ut over det å være en person med en psykisk sykdom. Identitetselementer som er helt avgjørende for én person, kan være langt mindre viktige for en annen. Dette understreker at bare personen selv kan avgjøre hva som er en personlig verdsatt identitet for ham eller henne.

Recoveryoppgave 2:
Ramme inn den «psykiske sykdommen»
Den andre recoveryoppgaven innebærer å utvikle en personlig tilfredsstillende forståelse av den delen av en selv som fagpersonell gjerne oppfatter som psykisk sykdom. Dette innebærer å finne mening i erfaringene på en sånn måte at de kan settes inn i en forståelsesramme som er en del av en selv, men ikke hele personen. Denne meningen kan uttrykkes som en diagnose eller en beskrivelse, eller den kan være uten tilknytning til faglige modeller – en åndelig, kulturell eller eksistensiell krise (derav anførselstegnene i overskriften).

Recoveryoppgave 3:
Ta personlig ansvar
Å sette erfaringen med psykisk sykdom inn i en forståelsesramme gir en kontekst der sykdommen blir en av livets utfordringer og muliggjør utvikling av evnen til å ta ansvar for eget liv. Endringen innebærer å gå fra klinisk styring til å ta personlig ansvar gjennom selvkontroll. Det betyr ikke at du gjør alt på egen hånd, men at du er ansvarlig for din egen velferd, deriblant ved å oppsøke hjelp og støtte fra andre personer ved behov.

Recoveryoppgave 4:
Utvikle verdsatte sosiale roller
Den siste recoveryoppgaven innebærer å tilegne seg tidligere, modifiserte eller nye verdsatte sosiale roller. Dette innebærer ofte sosiale roller som ikke har noe med psykisk sykdom å gjøre. Verdsatte sosiale roller gir næring til den spirende identiteten til mennesker i bedring. Å arbeide med personen i deres sosiale miljø er nødvendig, spesielt under kriser når støtten de vanligvis får fra venner, familie og kolleger kan alltid strekker til.

Den personlige recoverymodellen (jf. figur 1) viser fire recoveryoppgaver som er vanlige i recovery-prosesser (jf. boks 1). Disse er løst organisert, for å antyde en generell, men ikke universell, rekkefølge fra forståelse til handling og fra personlig til sosial.

Pilene viser at recovery innebærer å redusere effekten av psykisk sykdom (ved hjelp av innramming og selvkontroll) og å øke trivsel (ved å utvikle en positiv identitet og verdifulle sosiale roller og relasjoner). En personlig recoveryorientert psykisk helsetjeneste er tilrettelagt for å støtte personer i de fire recoveryoppgavene. Disse underbygges gjennom å legge vekt på relasjoner. De sentrale forskjellene mellom recoveryorientert og tradisjonell praksis er vurdert av flere forfattere med erfaring i å implementere tjenesteendringer som fremmer recovery[15–19], og enkelte forskjeller vises i tabell 1.

Tabell 1: Forskjeller mellom tradisjonelle tjenester og recoveryorienterte tjenester

TRADISJONELL TILNÆRMING	RECOVERY TILNÆRMING
Verdier og maktforhold	
Faktaorientert	Verdiorientert
Profesjonelt ansvar	Personlig ansvar
Kontroll	Valg
Makt over mennesker	Fremmer makt over eget liv
Grunnprinsipp	
Vitenskapelig	Humanistisk
Patografi	Biografi
Psykopatologi	Belastende erfaringer
Diagnose	Personlig mening
Behandling	Vekst og utvikling
Behandler og pasient	Profesjonelle og erfaringseksperter
Kunnskapsgrunnlag	
RCT-studier	Veiledende narrativer
Systematiske kunnskapsgjennomganger	Erfaringskunnskap
Akontekstuell	I en sosial kontekst
Praksis	
Beskrivelse	Forståelse
Fokusering på sykdommen	Fokusering på personen
Sykdomsorientering	Ressursorientering
Fokusering på symptomreduksjon	Fokusering på håp og drømmer
Personen tilpasser seg behandlingen	Behandlingen tilpasses brukeren
Belønner passivitet og compliance/«behandlingstro»	Fremmer empowerment
Eksperter koordinerer omsorgen	Selvstyring
Mål med tjenesten	
Bekjempe sykdom	Fremme helse
Bringe under kontroll	Egenkontroll
Compliance/«behandlingstro»	Valg
Gjenopprette normaltilstand	Endring

Siden personlig recovery er en individuell opplevelse, er de ansattes oppgave å støtte personen i hans eller hennes reise mot recovery. Resten av dette heftet beskriver hva dette vil si i praksis.



2 RELASJONERS SENTRALE BETYDNING

I dette kapitlet starter beskrivelsen av de 100 rådene for hvordan psykisk helsepersonell kan fremme recovery. Det fokuseres på relasjoner – til andre med egenerfaring, til ansatte og til andre personer.

2.1 Å STØTTE BRUKERRELASJONER

Personer som selv har opplevd psykisk sykdom (likeperson), kan bidra direkte til andre personers recovery[20–22]. Meningsfull involvering av personer med egenerfaring forbindes internasjonalt med innovative recoveryorienterte tjenester. Det finnes tre typer slike relasjoner– selvhjelpsgrupper, ansatte med brukererfaring og brukerstyrte tilbud.

Selvhjelpsgrupper

Selvhjelpsgrupper gjør opplevde erfaringer mer verdifulle og danner strukturer basert på antakelsen om at alle deltakere har noe å bidra med.

Ansatte med brukererfaring

Erfaringskonsulent eller ansatt med brukererfaring er en funksjon i de psykiske helsetjenestene der personlig erfaring med psykisk sykdom er et jobbkrav. Å ansette personer med brukererfaring har fire fordeler.

- For spesialister innen brukererfaring er det en jobb, med alle fordelene dette innebærer. Deres egne erfaringer verdsettes, noe som kan gi en endret forståelse av egen sykdomserfaring. De gir til andre, hvilket er en viktig komponent i helingsprosessen. Egenkontroll og arbeidsrelaterte ferdigheter styrkes.
- For annet personell gir tilstedeværelsen av ansatte med brukererfaring økt bevissthet om personlige verdier. Samhandling med kolleger med brukererfaring utfordrer stigmatiserende oppfatninger om «dem og oss» i tjenesten på en naturlig i stedet for påtvunget måte.



- For andre brukere er ansatte med brukererfaring synlige rollemodeller for recovery – en viktig kilde til håp. De kan også føle mindre sosial avstand til erfaringskonsulentene og derigjennom gi økt villighet til å samhandle med tjenestene.
- For de psykiske helsetjenestene kan ansatte med brukererfaring være kulturbyggere som fremmer en recoverystøttende praksis. Det er ofte mindre behov for å lære opp og fastholde en recoveryorientering hos tidligere brukere, på grunn av deres egne levde erfaringer.

Brukerstyrte tilbud

Et brukerstyrt tilbud er mer enn bare en organisasjon med personer som selv har opplevd psykisk sykdom[20]. Det er en tjeneste som har som mål å fremme personlig recovery gjennom sine verdier og sin praksis. Brukerstyrte tilbud har en annen tilnærming enn tradisjonelle psykiske helsetjenester: De formidler et direkte budskap om at erfaring med psykisk sykdom er en verdifull kompetanse. Deres primære mål er å støtte personer i å ta egne valg og selv definere sin egen fremtid.

– Et brukerstyrt tilbud er mer enn bare en organisasjon med personer som selv har opplevd psykisk sykdom

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme støtte andre med egenerfaring ved å:

1. Samarbeide med frivillige organisasjoner om å etablere selvhjelpsgrupper og oppfordre til deltakelse i dem
2. Spre informasjon om recovery skrevet for brukere [23–26]
3. Ansette personer med brukererfaring i tjenesten, og gi dem den støtten som trengs for å yte et betydningsfullt bidrag
4. Oppmuntre til etablering av brukerstyrte tilbud
5. Støtte personer i å snakke om sine egne recoveryhistorier, for eksempel gjennom opplæring fra profesjonelle fortellere, ved å organisere lokale nettverk av foredragsholdere eller ved å oppmuntre brukere til å fortelle sine recoveryhistorier i lokale og nasjonale medier
6. Ha kjennskap til elektroniske ressurser, for eksempel www.mentalhealthpeers.com og www.recoveryinnovations.org. Eksempel på norske ressurser er www.erfaringskompetanse.no, www.mentalhelse.no og www.lpp.no

2.2 RELASJONER TIL FAGFOLK

I en recoveryorientert tjeneste er brukeren den endelige beslutningstakeren, så sant det ikke foreligger overstyrende lovmessige forhold. Dette betyr ikke at fagfolk alltid gjør det brukeren sier; en ansatt kan selvfølgelig ikke handle uetisk eller samarbeide med en bruker om skadelige handlinger. Den grunnleggende holdningen er imidlertid aktivt å la seg lede av brukeren. Dette betyr at et profesjonelt perspektiv kan være en av flere nyttige måter å forstå personens opplevelser på, men ikke den eneste mulige.

En betegnelse som brukes for å beskrive denne typen partnerskapsrelasjon, er **gjensidighet** – vissheten om at vi alle har overvunnet utfordringer, og at det er nyttig å vektlegge dette fellesskapet. Ansatte er forberedt på å arbeide side om side med brukeren og kan derfor være mer åpen ovenfor personen. Ansatte anser det som sin oppgave å gi brukeren valgmuligheter i stedet for å fikse problemet. De er også åpne for å bli utfordret, påvirket og forandret av brukerne.

Av og til må ansatte ta beslutninger på brukerens vegne. Personer kan midlertidig miste evnen til å ta vare på seg selv, og i mangel av bedre alternativer kan personell bli nødt til å ta styringen og gripe inn – om nødvendig med tvang. Det nytter ikke å stille forventninger til en person som er i et tidlig stadium av sin recoveryreise (det en fagperson kan kalle akutt fase), som de ikke vil klare oppfylle. Likeledes kan brukere iblant ønske et profesjonelt synspunkt – om diagnose, prognose og behandlinger. Brukere som ønsker å forstå opplevelsene sine som en psykisk sykdom, har rett til å få kjennskap til den ansattes mening om hva som feiler dem, og hva som kan hjelpe.

I en recoveryorientert tjeneste er særlig coaching en foretrukket kommunikasjonsform. Fordelene med **coaching** er:

- Den antar at personen er eller vil bli i stand til å kontrollere sitt eget liv. Evnen til personlig ansvar anses som en selvfølge.
- Fremfor å fokusere på personen legges det vekt på å tilrettelegge for recoveryprosessen. Coaching handler om hvordan den enkelte kan leve med psykisk sykdom, og skiller seg fra det tradisjonelle fokuset på å behandle den psykiske sykdommen.
- Coachens rolle er å aktivere evnen til selvregulering i stedet for å fikse problemet. Dette bidrar til å forsterke brukerens styrker og eksisterende støttende relasjoner i stedet for svakhetene.
- Oppmerksomheten i coachingrelasjonen er rettet mot målene til den personen som coaches, ikke mot målene til coachen. Coachens ferdigheter er en ressurs som tilbys – bruk av ferdighetene er ikke et mål i seg selv.
- Begge deltakerne må bidra aktivt for at relasjonen skal fungere.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme recovery ved å:

7. Legge minst like stor vekt på brukerens ønsker og preferanser som på sine egne
8. Om mulig la brukerens prioriteringer være styrende, ikke personellets
9. Være åpen for å lære fra og bli forandret av brukeren
10. Bruke coachingferdigheter der det er mulig
11. Gi og få veiledning som tar hensyn både til relasjonen og faglig kompetanse

Faglig ekspertise er fremdeles avgjørende, men benyttes for å støtte brukerne i å ta kontroll over eget liv. Denne økte vektleggingen av partnerskap i relasjonen er ikke en unnskyldning for ansatte til å arbeide mindre hardt, gi opp raskere eller gi ufokusert eller ikke-evidensbasert behandling. Det innebærer en annen type bruk av faglig ekspertise, der prosessene med kartlegging, målplanlegging og behandling alle støtter recovery.

2.3 STØTTE ANDRE RELASJONER

Personer trenger ikke bare å komme seg fra den psykiske sykdommen, men også fra dens emosjonelle, fysiske, intellektuelle og åndelige konsekvenser. Kontakt med andre og aktiv deltakelse er viktige kilder til velvære. Mange personer som er i en recoveryprosess oppdager at det å tro på noe er en viktig støtte når de føler seg forlatt av andre.



RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan oppmuntre åndelighet og kontakt med andre ved å:

12. Spørre personen om meningen og målet med livet deres. Dette kan være et steg utenfor den ansattes kunnskapssfære, men det kan også være et steg inn i brukerens behovssfære

13. Fremme et positivt selvbilde ved å vise medfølelse ovenfor brukere som rapporterer tilbakefall

14. Støtte tilgangen til åndelige opplevelser, for eksempel bønn, religiøse skrifter og bygninger, og tilgangen til religiøse ressurser på nettet

15. Støtte tilgangen til kulturelle opplevelser, for eksempel kunst, litteratur, poesi, dans, musikk, vitenskap og natur

16. Støtte tilgangen til muligheter for personlig utvikling, for eksempel personlig terapi, skrive dagbok, skrive et dikt eller en sang, lage en fortelling om seg selv

17. Hjelpe personen med å gi tilbake til andre, for eksempel oppmuntre til frivillig arbeid, eie et kjæledyr, ha ansvar for noe eller noen

18. Være kjent med elektroniske ressurser, for eksempel www.spiritualcrisisnetwork.org.uk, www.spiritualcompetency.com.

19. Oppmuntre personen til å utvikle sosial kapital, for eksempel ved å engasjere seg i samfunnet eller bli politisk aktiv (f.eks. som brukeraktivist)

20. Oppmuntre personen til å delta i kulturell aktivitet, for eksempel ved å bli med i kulturspesifikke grupper, gjennom helende- og rensende ritualer

21. Gi personen mer tid til å tenke, for eksempel ved å stille til rådighet et stille sted de kan oppsøke, og gi veiledning som bidrar til overveielse

3 GRUNNLAGET FOR EN RECOVERYORIENTERT PSYKISK HELSETJENESTE

Å arbeide på en recoveryorientert måte begynner med en overveielse av **verdier**. Et fast tema i tjenester som har utviklet kunnskap og ekspertise om recovery, er at verdier både er tydelig identifisert og brukes som grunnlag for daglig beslutningstaking.

Dette krever tre prosesser:

- gjøre verdier synlige
- integrere dem i daglig praksis
- skreddersy praksis ved bruk av systematiske tilbakemeldinger/feedback på praksisutøvelsen

Den første prosessen er **å gjøre verdiene tydelige og synlige og dermed egnet for debatt**. Dette innebærer å identifisere og synliggjøre de organisasjonsmessige verdiene på en måte som er praktisk og levende i stedet for papirbasert. Hva er de styrende verdiene til en recoveryorientert psykisk helsetjeneste? De trenger ikke være komplekse. Bill Anthony har foreslått følgende[27]:

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er mennesker.

Dette er en grunnleggende holdning for psykiske helsetjenester. Personer med psykisk sykdom ønsker å ha de vanlige rettighetene, rollene og ansvaret som følger med det å være et menneske. Oppgaven til psykiske helsetjenester er å støtte en utvikling i retning av disse målene.

Dette enkeltprinsippet er en nyttig oppsummering for personer som lett identifiserer seg med recoveryverdier, mens mange ansatte vil få mer ut av en bredere tilnærming. Et forslag til kjerneverdier er vist i boks 2.

Den andre prosessen er å **integrere verdiene i hverdagen og arbeidspraksisen til det psykiske helsetilbudet**. Dette er en stor utfordring siden opplæring i verdier ikke nødvendigvis påvirker praksisen.



Å legge grunnlaget for recoveryorientert praksis kan kreve tre prosesser – å gjøre verdier synlig, integrere dem i daglig praksis og skreddersy praksis ved bruk av systematiske tilbakemeldinger.

Den tredje prosessen innebærer å **tilpasse praksis ut fra tilbakemeldinger om effekten av tiltak/praksis**. Uten god informasjon om positive effekter er den naturlige tendensen å anta at alt går bra (eller, i det minste, å fokusere på de mange andre presserende arbeidskravene).

BOKS 2: FORESLÅTTE VERDIER FOR EN RECOVERYORIENTERT PSYKISK HELSETJENESTE

Verdi 1: Hovedmålet med psykiske helsetjenester er å støtte personlig recovery
Å støtte personlig recovery er det første og viktigste målet med psykiske helsetjenester.

Verdi 2: Ansattes innsats skal primært handle om å identifisere, utvikle og støtte brukeren i hans eller hennes arbeid for å nå egne mål

Hvis personer skal være ansvarlige for sitt eget liv, innebærer støtte av denne prosessen at man unngår å tvinge gjennom synspunkter og antakelser om hva som har betydning, og heller fokuserer på hva som er brukerens mål i livet.

Verdi 3: Psykiske helsetjenester legger til grunn at mennesker er, eller (når de er i krise) vil bli, ansvarlige for eget liv
Det er ikke de ansattes oppgave å gjøre folk friske eller føre dem til recovery. Den primære oppgaven er å støtte brukerne i å utvikle og ta kontroll over eget liv. Ansattes instinktive respons skal være: *«Du klarer det, vi kan hjelpe.»*

– *Du klarer det*: ut fra en genuin tro på det enorme potensialet til selvregulering og evne til å ta personlig ansvar som finnes i hver enkelt person og dennes omgivelser.

– *Vi kan hjelpe*: ut fra en samtidig tro på at faglig kunnskap har stor verdi for mange mennesker, spesielt når verdi 2 er til stede.

Disse verdiene peker mot behovet for en dreining som beveger seg bort fra å ta ansvar *for* og mer mot å ta ansvar *med* personen. Det å ta ansvar sammen med personen betyr eksplisitt å forhandle og samarbeide i en partnerskapsrelasjon. Ansvaret forskyves så raskt som mulig etter hvert som oppmerksomheten endres fra å gjøre *for* (i en krisesituasjon), via å gjøre *med*, til at personen gjør det *selv*. Dette innebærer også at den ansatte er verdibevisst – og har selvinnsikt om personlige og faglige verdier.

RÅD

Ansatte kan fremme recoveryorientering i de psykiske helsetjenestene ved å:

22. Lære om recovery fra nettsteder (se vedlegg), recoveryhistorier[28–32] og ved å møte personer som er i en recoveryprosess

23. Gjøre verdier synlige og kjent i organisasjonen

24. Ta medansvar for å informere andre aktører om disse verdiene

25. Forvente å bli holdt ansvarlig ut fra disse verdiene

26. Skape en kultur for empowerment/ myndiggjøring i stedet for unnfallenhet blant de ansatte i psykisk helsearbeid, slik at man ikke «trenger tillatelse» for å tilpasse atferden sin ut fra de besluttede verdiene

27. Samle inn informasjon om resultater i henhold til disse verdiene og å endre praksis for å forbedre resultatene

28. Drive organisasjonsmessig endringsarbeid, for eksempel aktivt fremme innsatsen til recoveryforkjempere, slutte seg til eksisterende nettverk (f.eks. Coalition of Psychiatrists in Recovery, www.wpic.pitt.edu/AACP/ CPR), og lære fra andre

29. Rekruttere ansatte med recovery-kompetanse[33;34;26], for eksempel ved å inkludere spørsmål som «Hvorfor tror du personer med psykisk sykdom ønsker å arbeide?» i jobbintervjuer. Slik gis søkere en mulighet til å uttrykke verdiene sine, og arbeidsgiver får en mulighet til å vurdere om de har relevant kunnskap, holdninger og ferdigheter innen recovery[35]



4 KARTLEGGING

Hvordan kan kartlegging fremme recovery? Målet med kartleggingen eller utredningen er annerledes enn det tradisjonelle målet med å identifisere sykdom og planlegge behandlingen.

4.1 BRUKE KARTLEGGING FOR Å UTVIKLE OG VALIDERE PERSONLIG MENING

Utviklingen av personlig mening står sentralt i recovery. De færreste får inspirasjon av rollen som psykisk pasient. Hvordan kan ansatte kartlegge/utrede personen på en måte som ikke skaper negativ mening, og dermed står i veien for recoveryprosessen?

Den personlige recoverymodellen identifiserte den sentrale forskjellen mellom personen som opplever den psykiske sykdommen, og selve sykdommen. Dette understreker hvor viktig det er å holde personen i fokus, og ikke sykdommen.

For mennesker som opplever psykiske vansker, er det å integrere erfaringene i deres samlede identitet et viktig steg på recoveryreisen. Dette er ikke noe som kan gjøres *for* personen, så kartleggingen innebærer å arbeide med personen for å hjelpe ham eller henne med å utvikle sin egen forklaring.

Prosessen starter som regel med en søken etter mening – skape en personlig tilfredsstillende forståelse for tidligere og nåværende erfaringer. Mange vil prøve å redusere angst ved å søke svar hos psykisk helsepersonell. En del av kartleggingen vil derfor innebære å samle inn nok informasjon til å kunne tilby et faglig perspektiv. Det faglige synspunktet om diagnosen bør helt klart meddeles brukeren, men man bør være forsiktig med hvordan det brukes i kartleggingsprosessen. Det er en ressurs man kan tilby brukeren, men er ikke «svaret».



Det å få en diagnose kan være til hjelp, for eksempel for å vise at andre har gjennomgått lignende opplevelser. Det kan imidlertid også være ugunstig hvis ansatte eller brukeren tror at en diagnose er en forklaring (når den egentlig er en beskrivelse), og det kan være en aktiv hindring for recovery hvis personen forventer at fagpersonen, som nå «vet hva som gjelder», skal kurere ham eller henne.

For mange personer med psykisk sykdom, kanskje de fleste, finnes det ingen mirakelkur uansett hva de enn måtte håpe på. Realiteten er at recovery innebærer mange små steg og handlinger. Et faglig perspektiv må derfor formidles med oppriktig varsomhet og ikke bare som en terapeutisk manøver for å dempe effekten av den diagnostiske realiteten.

Resultatet av personens søken etter mening kan stemme eller ikke stemme med et faglig perspektiv. Det spiller ingen rolle! Målet med recoveryprosessen er ikke å bli «normal». Målet er å modnes som menneske.[36]

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme utviklingen av personlig mening ved å:

30. Innlemme forskning vedrørende meningen med livet[37] i sitt arbeid

31. Stille spørsmål som fremmer refleksjon og dermed tester ut gyldigheten av personlig mening, for eksempel å besvare utsagnet: «Jeg har schizofreni» med: «Jeg undres om dette er noe du tror, eller noe andre har sagt om deg?»

32. Møte personer som opplever psykiske helseproblemer utenfor den kliniske konteksten. Et konkret eksempel er å møte stemmehørere som aksepterer stemmene som virkelige via Hearing Voices Network eller Intervoice (www.intervoiceonline.org). Andre eksempler kan være å møte personer ved å arrangere psykoseseminarer[38] eller å møte kolleger med brukererfaring. Norske ressurser i denne sammenheng kan for eksempel være brukerstyrte sentre, samt brukerorganisasjoner som Hvite Ørn (www.hviteorn.no) og Landsforeningen We Shall Overcome (www.wso.no)

33. Forstå at relasjonen mellom stemmehøreren og stemmen deres er en sosial relasjon[39], og at problemstillinger rundt offerrolle, makt, frykt og empowerment er gyldige kartleggingsemner

4.2 BRUKE KARTLEGGING TIL Å FORSTERKE RESSURSER

På nært hold er ingen normale. Hvis man bare spør om svakheter, vil man få et skjevt bilde av personen. Han eller hun vil fremstå med få sterke sider og få personlige eller sosiale ressurser. Hvordan kan kartleggingen forsterke personens ressurser og samtidig identifisere problemer?

En tilnærming er å legge opp til en strukturert dialog, som tilsvarer en utredning av personens psykiske helsetilstand, hvor man identifiserer sterke sider, verdier, mestringsstrategier, drømmer, mål og håp. Hvordan kan dette se ut? I boks 3 vises forslag til en slik psykisk helsekartlegging. Elementer som tilsvarer et standard anamneseintervju er angitt i parentes.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan støtte utviklingen av en positiv identitet ved å:

34. Kartlegge evner i tillegg til svakheter, for eksempel ved å kartlegge sterke sider, bruke spørsmålene i boks 3, eller bruke ulike spørreskjema som kartlegger styrker og ressurser. (Eksempler kan være: *Strengths Model*[40], *Values in Action Inventory of Strengths* (elektronisk spørreskjema på www.viastrengths.org) [41], som er den fysiske helseundersøkelsen til Rethink Mental Illness (www.rethink.org/physicalhealthcheck).)

4.3 BRUKE KARTLEGGING TIL Å FREMME PERSONLIG ANSVAR

Målet med kartleggingen er å opprette en samarbeidsrelasjon som styrker personens innsats mot recovery. Utfordringen er å ikke stå i veien for personens recovery. Dette gjøres ved å unngå avhengighetsskapende relasjoner, problemfokuserte kartlegginger, gjøre *for*-behandlinger, og ved å gradvis tilbakeføre ansvar til personen. Hvilken praktisk forskjell utgjør denne tilnærmingen?

Ett eksempel er målrettet aktivitet. Mange personer har vansker med å finne på målrettet aktivitet. Ansatte kan hjelpe ved å stille personsentrerte spørsmål som dette:

- Når har du følt deg mest levende?
- Når hadde du det sist gøy?
- Hva ville utgjøre en forskjell i livet ditt?
- Hva er dine drømmer?
- Hva ønsker du å oppnå i livet?
- Hva ville gjort livet ditt bedre?
- Hva ville gi livet ditt mer mening?
- Hva ville gjort livet ditt mer hyggelig?

Utfordringen er deretter å *ikke* stå i veien ved å ta ansvar, for eksempel ved å hjelpe brukeren med å bestemme om målet er realistisk, eller ved å identifisere ferden mot målet *for personen*.

Motgiften mot enhver faglig tendens til å ta ansvar er å bruke coachingferdigheter for å støtte partnerskapsrelasjoner: «Hva skal til for å oppfylle dette målet?», «Hva vil skje hvis du utfordrer regelen som sier at du ikke kan gjøre dette?» Ansatte trenger både kunnskap om tilrettelegging og kompetanse til å gjennomføre den.

BOKS 3: PSYKISK HELSEKARTLEGGING

Boksen viser forslag til en psykisk helsekartlegging. Elementer som tilsvarer et tradisjonelt/standard anamneseintervju, er angitt i parentes.

Aktuelle styrker og ressurser [Aktuell sykdomshistorie]
Hva holder deg gående? Aktuelle områder kan for eksempel være åndelighet, sosiale roller, kulturell/politisk identitet, selvtillit, livsferdigheter, robusthet, motstandskraft/resilience, humor, sosiale styrker, støtte fra andre eller evne til å uttrykke følelser på en kunstnerisk måte.

Personlige mål [Risikovurdering]
Hva ønsker du å endre i livet ditt? Hva er drømmene dine nå? Hvordan har de endret seg?

Tidligere mestringshistorie [Tidligere psykiatrisk historie]
Hvordan har du taklet tøffe perioder tidligere i livet ditt? Hvilken støtte har vært nyttig for deg? Hva ønsker du hadde skjedd?

Arvede ressurser [Genetisk bakgrunn]
Er det noen historier om store prestasjoner i din familie? Kunstnere, forfattere, idrettsutøvere eller akademikere?

Familie og oppvekst [Familiemiljø]
I oppveksten din, var det noen du virkelig så opp til? Hvilke viktige lærdommer har du med deg fra barndommen?

Lære av fortiden [Utløsende hendelser]
Hva har disse erfaringene lært deg? Har du forandret deg eller utviklet deg som person på positive måter? Se på områder som takknemlighet,

altruisme, empati, medfølelse, selvtillit, tro på egen mestringsevne, mening.

Utviklingshistorie [Utviklingshistorie]
Hvordan var oppveksten din? Hva likte du å gjøre? Hva er ditt beste minne? Hvilke ferdigheter eller evner oppdaget du at du hadde?

Verdsatte sosiale roller [Yrkeshistorie]
Hva vil noen som kjenner deg godt og liker deg, si om deg? Hva vil du at de skal si? Hvordan er du nyttig eller verdifull for andre?

Sosial støtte [Relasjonshistorie]
Hvem lener du deg på når ting er vanskelige? Hvem lener seg på deg?

Personlige egenskaper [Rettsmedisinsk historie, narkotika, legemidler og alkohol]
Hva gjør deg spesiell? Har du noensinne fått en kompliment fra noen? Hvilke ting du har gjort, eller måter du har oppført deg på, har fått deg til å føle deg stolt av deg selv?

En positiv identitet utvikles også fra en sunn livsstil, mosjon og kosthold – eller fra annet som får mennesker til å føle seg vel.

4.4 BRUKE KARTLEGGING SOM FREMMER POSITIV IDENTITET

Ansatte vet at erfaringene med psykisk sykdom nesten alltid vil forandre personen. Identitetsendringer i løpet av personlig recovery er like individuelle som enhver annen recoveryprosess. Det er mulig å skille mellom to hovedtyper av endringer: endring av eksisterende identitetselementer (redefinering av identitet) og utvikling av nye identitetselementer (identitetsutvikling). Arbeidet med å fremme positiv identitet bør starte så tidlig som mulig. Å fokusere kun på å kurere den psykiske sykdommen vil komme i veien for støtten til å leve et godt liv her og nå.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme utviklingen av en positiv identitet ved å:

35. Finne måter å se personen på når sykdommen er svært fremtredende, for eksempel ved å bruke tidslinjer som setter personen inn i en større kontekst av livet hans eller hennes, øke samhandlingen med personen i gode perioder, slik at den ansatte har et bilde av den «friske» personen i kriseperioder, involvere pårørende

36. Lære fra tilnærminger utenfor psykisk helsefeltet for å forsterke en positiv identitet (f.eks. www.bluesalmon.org.uk).

37. Jobbe sammen for å finne en forståelse som gir en tilfredsstillende mening for brukeren

38. La diskusjonen handle om personen i stedet for sykdommen og å inkludere velvære, ressurser og ønsker i tillegg til symptomer og begrensninger

4.5 BRUKE KARTLEGGINGEN TIL Å SKAPE HÅP

Å se for seg endring på identitetsnivå kan være skremmende. Håp om at recovery er mulig, kan være avgjørende. Hvordan kan dette håpet for fremtiden støttes på en realistisk måte når vi ikke vet hva personens fremtid vil innebære? Det er mulig å identifisere verdier, holdninger og atferd hos ansatte som fremmer håp hos personene de arbeider med.[42–44]

Strategier for å fremme håp vises i tabell 2.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme utviklingen av håp ved å:

39. Bruke strategiene angitt i tabell 2

40. Bruke alle møter som en anledning til å hjelpe brukeren med å lære mer om seg selv

41. Være ydmyk og forsiktig når det gjelder grensene for faglig kunnskap

42. Snakke om recovery

Tabell 2: Strategier for å fremme håp

	Bruk av mellommennes-kelige ressurser	Aktivering av indre ressurser	Tilgang til eksterne ressurser
Ansattes verdier	Anerkjenne personen som et unikt menneske	Mislykkede forsøk er et positivt tegn på enga-sjement og bidrar til selvinnsikt	Målrettet innsats for å støtte personen med å opprettholde relasjoner og sosiale roller
	Ha tillit til at det personen sier, er pålitelig	Alle mennesker har be-grensninger – utfordrin-gen er å bryte fri fra eller akseptere dem	Finne eller skape et publikum til personens egenskaper, styrker og prestasjoner
Ansattes holdninger	Ha tro på personens mulig-heter og ressurser	Sorg er en nødvendig del av tap	Bolig, arbeid og utdan-ning er viktige eksterne ressurser
	Godta personen som han eller hun er	Personen har behov for å finne mening med sin psykiske sykdom, og enda viktigere, i livet sitt	Ansett brukere som selv har vært gjennom reco-very, som rollemodeller
	Anse tilbakeskritt og tilbakefall som en del av recoveryprosessen		
Ansattes atferd	Lytt uten å fordømme	Støtt personen i å lage og nå personlig verdsatte mål	Tilrettelegg for kontakt med likeperson og selv-hjelpsgrupper
	Aksepter usikkerheten rundt personens fremtid	Støtt personen i å utvikle bedre mestringsteknikker	Vær tilgjengelig i kriser
	Uttrykk og vis oppriktig interesse for personens tilfredshet	Hjelp personen med å huske tidligere prestasjo-ner og positive erfaringer	Støtt tilgang til et bredt spekter av behandlinger og informasjon
	Bruk humor på en passende måte	Støtt og aktivt oppmun-tre til utforskning av åndelighet	Støtt nære relasjoner



5 MÅL– OG TILTAKSPLANLEGGING

I en psykisk helsetjeneste som fokuserer på personlig recovery, fører kartlegging til identifisering av to typer mål.

Recoverymål er personens drømmer og håp. De påvirkes av personlighet og verdier. De er unike og gjelder ofte bare for den aktuelle personen. De ser fremover, selv om de også kan inkludere fortiden. De er basert på personens aktive ønsker i stedet for på det personen ønsker å unngå. Recoverymål er basert på ressurser og orientert mot å gjenvinne en positiv identitet og utvikle verdsatte sosiale roller. De kan være utfordrende for de ansatte, for de kan virke urealistiske, upassende eller kreve støtte som ikke inngår i de ansattes rolle. De kan kreve tiltak fra ansatte, eller de være helt urelatert til psykiske helsetjenester. Målene krever alltid at brukeren tar personlig ansvar og gjør en innsats. Recoverymål settes av brukeren og er drømmer med tidsfrister.

– Recoverymål settes av brukeren og er drømmer med tidsfrister

Behandlingsmål stammer fra samfunnskrav og faglige forpliktelser som er pålagt psykiske helsetjenester for å begrense og kontrollere atferd og gi bedre helse. Disse målene handler normalt om å redusere effekten av en sykdom og å unngå negative konsekvenser, for eksempel tilbakefall, innleggelse, skade osv. De påfølgende tiltakene er ofte *gjøre for*-handlinger fra personellet. Behandlingsmål og tilknyttede tiltak utgjør grunnlaget for forsvarlig praksis og er viktige og nødvendige.

Recoverymål og behandlingsmål er forskjellige. Recoverymål ser ut som målene til personer som ikke har psykiske vansker. Identifisering av recoverymål må inngå i kartleggingsprosessen.



RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan hjelpe personen med å identifisere recoverymål ved å:

43. Bruke personsentrert planlegging[45;46]

44. Støtte bruken av brukerutviklede arbeidsbøker.[47;48] Wellness Recovery Action Planning (WRAP)[49] er den mest utbredte tilnærmingen internasjonalt (www.mentalhealthrecovery.com).

45. Fylle ut en egen personlig WRAP – å identifisere områder der den ansatte er i recovery fremmer læring av erfaringer og reduserer stigmatiserende forskjeller

6 STØTTE UTVIKLING AV FERDIGHETER SOM FREMMER SELVSTYRING

Tilgang til kompetent utførte og effektive behandlingstilbud er en viktig støtte i mange menneskers recoveryprosess, men det å gi behandling er ikke hovedmålet med psykiske helsetjenester. Ansatte i de psykiske helsetjenestene støtter recovery ved å tilby behandlinger og tiltak som forsterker personens ferdigheter til selvstyring.

Recovery støttes når brukeren føler at den tilbudte behandlingen er personsentrert, en naturlig støtte, ressursfokusert og orientert mot lokalsamfunnet. Utfordringen er å arbeide med personen på en slik måte at man stiller seg til rådighet og tilby tjenester etter behov – ikke stiller seg over personen og tilby tjenester fra toppen. En recoveryorientert tjeneste støtter personer med å bruke legemidler, andre behandlinger og tjenester som en ressurs i deres egen recovery.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme selvstyring ved å:

46. Skape hyggelige, respektfulle og imøtekommende omgivelser – vise til historier om recovery og servere fersk frukt og drikke

47. Være til stede ved første personlige oppmøte. For eksempel leier klubbhus i England velkomstpersonell for å ta imot nye medlemmer, og The Living Rooms døgnenhet (www.recoveryinnovations.org) ansetter krisepersonell med brukererfaring. Den første ansatte en person i krise møter, er derfor en som har levd erfaring med psykisk sykdom, og som selv er i recovery



6.1 STØTTE UTVIKLINGEN AV SELVSTYRING

En nødvendig forutsetning for selvstyring er en opplevelse av å være aktør i eget liv: en tro på at mennesket kan påvirke sitt eget liv. Dette kan være en vanskelig prosess, nettopp på grunn av at psykisk sykdom ofte fratar personen troen på seg selv. Det vil ikke gagne noen å be dem om å ta ansvar for livet sitt før de er i stand til det. Dette er ikke et argument for lave forventninger – mennesker vokser ofte med oppgaven. Det er et argument for å yte hjelp som stemmer overens med personens recoverystadium.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme utviklingen med å bli aktør i eget liv ved å:

48. Bruke personlige erfaringer med livsplaner som har krevd endring, for å bli mer bevisst på hvor vanskelig selvstyring kan være

49. Støtte personen i hans eller hennes streben etter å oppnå sine mål

50. Forberede personen på å oppleve mestring

51. Oppmuntre personen til å gi tilbake til andre

52. Støtte tilgang til behagelige opplevelser

53. Forsterke personlig suksess og bidra til å integrere positive erfaringer i den personlige identiteten

6.2 STØTTE UTVIKLINGEN AV EMPOWERMENT

Tanken om empowerment, eller myndiggjøring, stammer fra troen på at mennesker er aktør i eget liv, og innebærer atferd som har en positiv innvirkning på menneskers liv. Den tradisjonelle tilnærmingen har vært å betrakte personen som problemet. Den grunnleggende endringen i et recoveryperspektiv er å se på personen som en del av løsningen. En recoveryorientert tilnærming antar at personen er i stand til å ta ansvar for eget liv. Spørsmålet blir derfor ikke hvordan de ansatte kan stanse den skadelige atferden, men hvordan de kan støtte personen til punktet der de selv ønsker å slutte med slik atferd.

Prinsippet «What's In It For Me?» motiverer de fleste menneskers atferd. Utfordringen er å identifisere hvilket personlig verdsatt recoverymål som hemmes av atferden. Hvis dette viser seg å være umulig, kan atferden (for eksempel å ta avstand fra tjenester som ikke er rettet mot personens mål) være fullstendig rasjonell og ikke ha noe med sykdom å gjøre.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme utviklingen av empowerment ved å:

54. Utarbeide og implementere klageprosedyrer

55. Gi anledning til å bytte behandler

56. Støtte tilgang til selvhjelpsressurser (f.eks. www.glasgowsteps.com). I Norge er Selvhjelp Norge et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp (www.selvhjelp.no), i tillegg driver flere tjenester og brukerorganisasjoner selvhjelpsgrupper.

57. Fremme kontakt med personer i recovery som kan være gode rollemodeller for myndiggjøring og vise til erfaring med selvstyring

58. Oppfordre til at arbeidsgivere ser positivt på erfaring med psykisk sykdom[50]

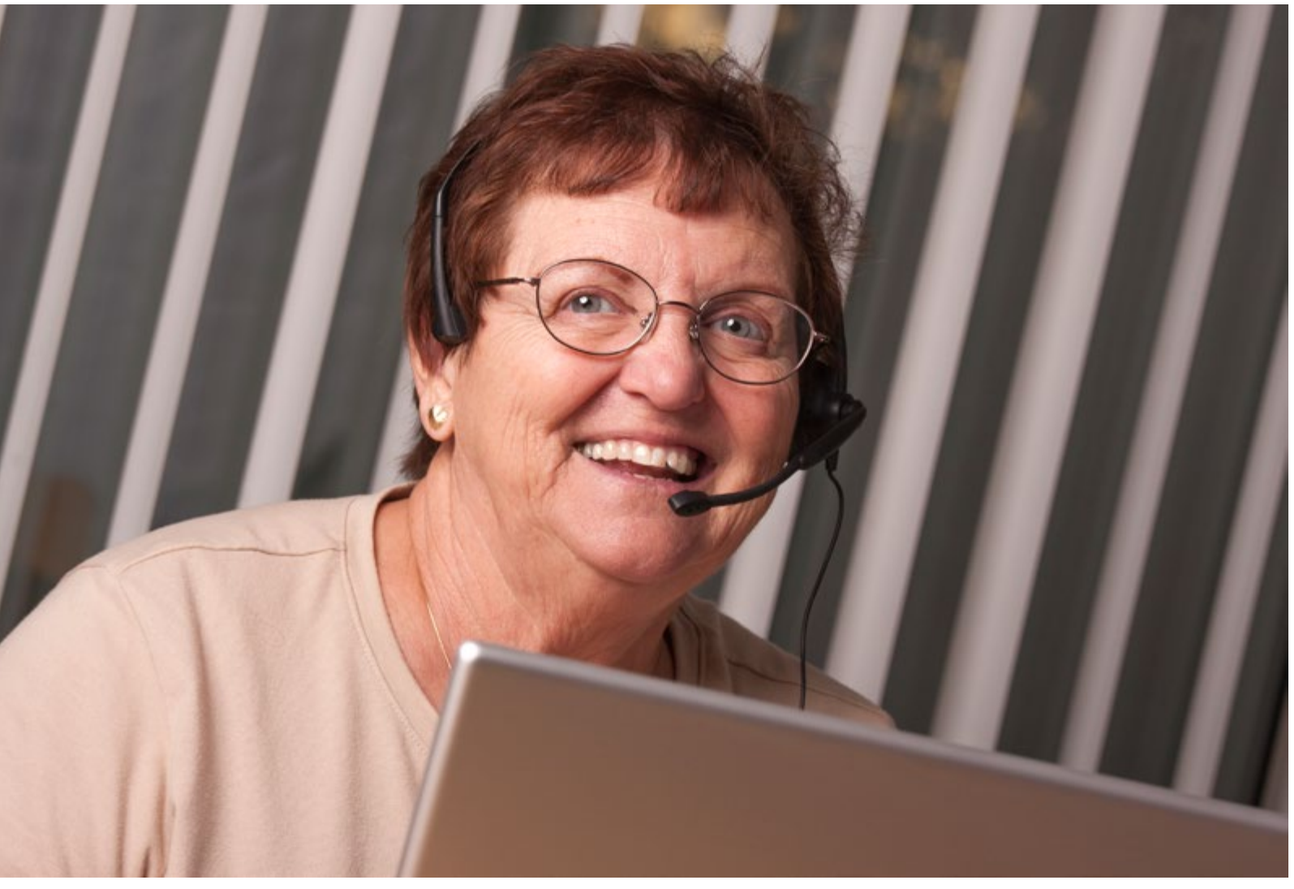
59. Støtte brukerstyrt evaluering av behandlinger og tjenester. Eksempler her er Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) (www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/artikler/hva-er-klient-og-resultatstyrt-praksis-kor) og Bruker Spør Bruker (www.brukererfaring.no)

60. Gi øvelser/trening for selvsikkerhet (f.eks. ved å lære DESC-Script-metoden: describe, express, specify and consequences[51]) og deretter styrke empowermentatferd

61. Anerkjenne forsøk på selvstyring gjennom hjelp som ikke er relatert til psykisk helse, for eksempel åndelig støtte eller en kulturell seremoni

62. Øve på å fremme empowerment ved å overrekke en «recoveryhatt» til én person i hvert teammøte. Denne ansatte har da rollen som brukerens advokat og skal fokuser på hvordan tjenestene støtter opp om personens recoveryprosess

63. Anse motstand mot forandring som fornuftig, forståelig og normalt siden recovery skjer i stadier



6.3 FREMME UTVIKLING AV MOTIVASJON

Tilnærmingen i motiverende intervjuer legger opp til å utforske hvordan en kan sette i gang en bevegelse mot recoverymål[52]. Motiverende intervjuer er en personsentrert tilnærming for å støtte endringer i atferd ved å utforske og eliminere ambivalens og er orientert mot samarbeid, utvikling og selvstendighet.

6.4 MEDISINERINGENS BIDRAG TIL RECOVERY

I en recoveryorientert psykisk helsetjeneste kan et bredt spekter av psykofarmaka være tilgjengelig. Tjenestens oppgave er ikke å sørge for at legemidler blir brukt til enhver pris. Jobben er selvfølgelig å støtte personlig recovery. I en bestemt periode av en persons liv *kan* det innebære bruk av legemidler. Men legemidler – med deres balanse av positive og negative effekter – er uansett bare én av mange typer recoverystøtte.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan øke motivasjon ved å:

64. Bruke reflekterende spørsmål/kommentarer for å sjekke at det man hører, faktisk er det personen mener å si: «Det høres ut som du ...», «Du føler ...», «Så du ...»

65. Fokusere på hvorfor personen ønsker å forandre seg, i stedet for på hvordan de vil forandre seg

66. Fokusere på motivasjon for forandring: «Tenk på ditt recoverymål. Ranger hvor klar du er til å endre atferden din for å nå målet, på en skala fra 1 (ikke klar) til 10 (helt klar). Hvorfor ble rangeringen din høyere enn 1?»

67. Underdrive, for eksempel: «Så kuttingen din medfører overhodet ingen problemer for deg?»

68. Overdrive, for eksempel: «Så det ser ikke ut til at du har noen som helst sjanse til å oppfylle målet ditt?»

69. Spørre for å øke motivasjon: «Hva får deg til å tro at du kan gjøre det?», «Hvis du lykkes, hvordan vil ting være annerledes?», «Hvordan var du før problemet oppsto?», «Hva bekymrer deg med denne situasjonen?», «Hva er det verste som kan skje hvis du ikke forandrer deg?»

70. Utforske verdier – «Hva er de viktigste tingene i livet ditt?» – og legge merke til motsetninger mellom atferd og verdier

71. Etablere belønningsritualer for å forsterke og vedlikeholde suksess

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme bruken av legemidler som et recoveryverktøy ved å:

72. Fremheve hvor viktig det er at personen tar personlig ansvar for eget velvære

73. Se på legemidler som en «utskiftbar beskyttelse mot tilbakefall»[53], der både farmakologiske og psykososiale tilnærminger beskytter personen mot tilbakefall. Fokuser på å fremme motstandskraft (som definitivt er viktig) i stedet for legemidler (som kanskje eller kanskje ikke er viktig). Se www.resilnet.uiuc.edu for mer informasjon om motstandskraft/recilience.

74. Bruke ekspertise om legemidler for å hjelpe personen til å ta det beste valget for seg selv

75. Gi kontrollen over medisineringen til brukeren og erkjenne at foreskrivningsrater på 100 prosent aktualiserer spørsmålet om hvorvidt valg virkelig er tilgjengelig

76. Sørge for at foreskrevne legemidler er fullt tilgjengelige for alle som ønsker det

77. Støtte personer som er usikre på om de vil ta legemidler, ved hjelp av klargjørende spørsmål. Fokuser diskusjonen på om medisinene bidrar til recoverymål, gi objektiv informasjon (inkludert om bivirkninger) og støtt personen med å planlegge og gjennomføre utprøving

78. Lære av nye tilnærmingsmåter for å kvalitetssikre beslutningstaking om legemidler i allmennmedisin (f.eks. www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm, http://decisionaid.ohri.ca/index.html) og i psykiske helsetjenester, f.eks. CommonGround (patdeegan.com).

79. Støtte personer som ønsker å slutte med medisiner. For eksempel ved å informere om fordeler og ulemper, identifisere alternativer (fortsette med medisiner i et visst tidsrom for deretter å revurdere dem på nytt, identifisere tidlige faresignaler og felles kriseplaner før man trapper ned og slutter, gradvis seponering, osv.), anerkjenne avgjørelsen deres selv når den ikke stemmer overens med reseptutstederens mening, og identifisere andre støtteressurser enn legemidler

80. Kjenne til ressurser[54–58] og nettsteder (f.eks. www.comingoff.com) som kan bidra til å støtte personer som ønsker å slutte å bruke psykofarmaka

6.5 HVORDAN RISIKO BIDRAR TIL RECOVERY

Risiko er et viktig aspekt ved endring som innebærer at personer har ansvar for, og kontroll over, sitt eget liv. Den politiske og faglige virkeligheten påvirker det psykiske helsevesenet til å unngå risiko. Dette har betydning fordi mennesker trenger å ta risiko for å vokse, utvikle og endre seg. I livet er det å ta sjanser en nødvendig del av det å være menneskelig. En sammenblanding av disse to måtene å bruke ordet risiko på – som noe nødvendig og som noe som må unngås – er ikke hensiktsmessig. I en recovery-orientert tjeneste er det et tydelig skille mellom de to betydningene.

Skadelig risiko er forbundet med atferd som er ulovlig eller ikke sosialt akseptert, for eksempel draps- og selvmordsforsøk, antisosial og kriminell atferd, personlig uansvarlighet, selvskadende atferdsmønstre og tilbakefall av psykisk sykdom. Skadelig risiko må unngås, og behandlingsmål fokuserer på å redusere skadelig risiko. Det å unngå skadelig risiko kan også være en del av et recoverymål, selv om denne unngåelsen har en bestemt grunn: «Mitt frivillige arbeid betyr så mye for meg at jeg vil unngå å sette det på spill ved å bli aggressiv når jeg ikke føler meg bra.»

Positiv risiko er forbundet med atferd som innebærer at personen tar på seg utfordringer som fører til personlig vekst og utvikling. Dette betyr å utvikle nye interesser, prøve noe du ikke er sikker på at du får til, bestemme deg for å oppføre deg annerledes i en relasjon og å ta på deg nye roller. Dette er nesten alltid fordelaktig, også når alt går galt utvikles motstandskraft ved å prøve og feile. Positiv risiko – begrunnet risiko – er nødvendig for å oppfylle mange recoverymål.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan fremme recovery i relasjon til risiko ved å:

81. Være oppmerksom på at det å fokusere på å unngå skadelig risiko ved hjelp av ansattes handlinger skaper en kultur som faktisk kan redusere personers utvikling av evne til å ta ansvar for egne handlinger

82. Erkjenne at samarbeid med psykiske helsetjenester er mye mer sannsynlig hvis recoverymålene prioriteres høyere enn behandlingsmålene

83. Sikre at det foreligger reviderte og organisatorisk støttede systemer for å evaluere, utvikle og dokumentere handlinger som involverer positiv risiko for å nå recoverymål

84. Fokusere på positiv risiko i stedet for å fokusere på å unngå skadelig risiko siden dette utvikler personens ferdigheter for selvstyring av risiko

85. Identifisere tiltak for å redusere skadelige risiko så mye som mulig sammen med brukeren

7 RECOVERY GJENNOM KRISER

Tvangsbehandling i en krisesituasjon er av og til nødvendig i recoveryorienterte psykiske helsetjenester. Hvis personer står i fare for å skade seg selv eller andre, er det bedre at tjenestene griper inn. Det å fokusere på personlig recovery betyr ikke at man passivt kan la tragedier skje fordi personen ikke ba om eller ikke ville ha hjelp. Tvang under en krise er derfor akseptabelt når andre alternativer er utprøvd.

En recoveryorientert tilnærming til kriser har til hensikt å:

- forebygge unødvendige kriser
- begrense tapet av personlig ansvar under en krise
- støtte identitet under og etter krisen

7.1 FOREBYGGE UNØDVENDIGE KRISER

Den beste måten å redusere sannsynligheten for en krise på, er å utvikle ferdigheter til selvstyring. Det gir motstandskraft til å takle nederlag, det gir empowerment, og brukeren blir aktør i eget liv. En viktig selvstyringsferdighet er evnen til å kjenne igjen og respondere på symptomene på psykisk sykdom. Utfordringen ved recovery er å arbeide med tidlige varselssignaler på en måte som styrker personens evne til selvregulering i stedet for å skape angst og overdreven vaktsomhet for tilbakefall.

Man trenger kompetanse til å formidle to budskap. For det første at ikke alle slag i livet er et tegn på mulig tilbakefall. Man må legge minst like mye innsats i støtte til utvikling av ferdigheter i å engasjere seg i livet og en holdning om at man takler (i stedet for å unngå) motgang.

For det andre at tilbakefall er normalt. Personer som sliter med å bryte med tidligere atferds- eller følelsesmessige mønstre, vil oppleve tilbakeskritt. Det



kan være nyttig å informere om at de fleste personer som har sluttet å røyke, har 12–14 mislykkede forsøk bak seg[59], eller at millionærer i gjennomsnitt har gått konkurs eller vært i nærheten av konkurs 3,2 ganger[60]. Positiv risikotaking og tilhørende tilbakeskritt er nødvendige deler av livet – det er et sunnhetstegn, ikke et tegn på sykdom.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan støtte personer før kriser ved å:

86. Samarbeide med brukeren for å identifisere hans eller hennes tidlige varselssignaler på en forestående krise

87. Formidle hva som utgjør et normalt og nyttig nivå av selvovervåking

88. Understreke at det er normalt å oppleve tilbakeskritt – det viktigste er hvordan man takler tilbakeskrittet

7.2 REDUSERE TAP AV PERSONLIG ANSVAR UNDER KRISER

En recoveryorientert tjeneste har til hensikt å ta så få beslutninger for personen som mulig. Dette gjøres ved å holde beslutningsprosessen så nær personen som mulig. Ideelt sett tar mennesker sine egne beslutninger. Når de midlertidig har mistet denne evnen, tar man utgangspunkt i deres tidligere uttrykte synspunkter, eller personer med fullmakt til det tar beslutninger på deres vegne. Det er bare når disse mulighetene ikke er tilgjengelige, at ansatte bør ta beslutninger på brukerens vegne. En sentral tilnærming for å begrense tap av selvstyring er derfor bruken av kriseplaner. Det finnes mange varianter av disse, og deres lovmessige status varierer fra land til land, men brukt riktig gir de den informasjon ansatte trenger for å gjøre jobben sin – som er å fokusere på brukeren og hans eller hennes verdier under en krise.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan redusere tap av personlig ansvar under en krise ved å:

89. Prøve å holde personen og hans eller hennes verdier i sentrum under en krise

90. Ha etablert rutiner for bruk av kriseplaner og andre tilnærminger (f.eks. omsorgsavtaler, journal oppbevares av brukeren selv) forut for krisen

7.3 STØTTE IDENTITET I OG GJENNOM EN KRISE

Relasjoner er av avgjørende betydning i en krise. Den tradisjonelle responsen når en person er i krise, har vært innleggelse. Viktigheten av å utvikle samarbeidsrelasjoner i recoveryorienterte døgntjenester og bofellesskap blir stadig tydeligere. Nye former for alternative korttids døgntilbud for personer i krise er også i ferd med å bli tilgjengelige, for eksempel Rethink Mental Illness' Cedar House i Rotherham i England. I Norge er det blant annet etablert brukerstyrte senger ved flere distriktpsykiatriske senter.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan støtte identitet under en krise ved å:

91. Balansere behovet for sikkerhet med muligheten krisen gir til å lære av fortiden og revurdere fremtidsplaner

92. Holde personens normale liv gående: sørge for at post tas inn, kjæledyr mates, barn blir tatt hånd om, regninger betales, hjemmet er sikret, leveringer avbestilles, osv.

93. Involvere brukerens støttenettverk så mye som mulig, for eksempel ved å ha ubegrenset besøkstid, aktivt oppmuntre til besøk, involvere de besøkende i måltider og andre aktiviteter på avdelingen

94. Holde vitale ferdigheter aktive. Hvis personen kan lage mat til seg selv (og andre), er det ikke formålstjenlig å gi dem ferdige måltider. Hvis personen liker å lese eller trene (eller en annen type personlig medisin)[61], er det viktig å oppmuntre dette

95. Forsterke personens identitet som et helt menneske fra første stund, i stedet for å starte med en sykdomsfokusert innleggingsprosedyre. Snakke med brukeren om hans eller hennes liv, hva han eller hun ønsker å få ut av innleggelsen, hva han eller hun håper på å gjøre etterpå, osv.

96. Støtte personen, over tid, til å reflektere over og skape mening med krisen. Hvordan oppsto den? Hva er positivt og negativt med den? Hva kan man lære av den? Hvilke planer, mål, støtte eller ferdigheter vil personen trenge i fremtiden?

97. Bruke tiden strategisk i stedet for å tilby et obligatorisk aktivitetsprogram. Tilpasse støtten individuelt etter den enkeltes behov. Dette kan ganske enkelt være å gi brukeren plass, å tilby rådgivning for å støtte recoveryprosesser, eller å gi tilgang til kunstneriske medier og terapier der personen kan gi uttrykk for opplevelser



8 KJENNE IGJEN RECOVERYFOKUS I PSYKISKE HELSETJENESTER

Hvordan kan vi gjenkjenne et recoveryfokus i psykiske helsetjenester? Så langt finnes det ingen godkjenningsprosedyrer for å identifisere recoveryfokus i tjenester, selv om man etter hvert vet mer om hva som er beste praksis.

Ulike kartleggings-, måle- og evalueringsinstrumenter for å støtte tjenestenes recoveryutvikling er nå i ferd med å utvikles og tas i bruk:

- INSPIRE er et evalueringsverktøy for brukeres vurdering av recoverystøtten de mottar fra psykisk helsepersonell. Det kan lastes ned gratis fra researchintorecovery.com/inspire

- De mest utbredte kvalitetsstandardene er Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care[62;63]

- Fidelity Assessment Common Ingredients Tool (FACIT)[64] er et verktøy for måling av modelltrofasthet for brukerstyrte tjenester

- Et verktøy for tjenesteutvikling, kalt Pillars of Recovery Service Audit Tool (PoRSAT)[65]

- Et verktøy som måler i hvilken grad brukeren opplever at relasjoner støtter recoveryprosesser, kalt Recovery-Promoting Relationships Scale[66]

Hvordan kan vi evaluere effekten av en psykisk helsetjeneste på måter som vektlegger recovery? Evaluering av resultater skal baseres på et teoretisk rammeverk og skal måle det som er viktig. Den personlige recoverymodellen gir et slikt teoretisk grunnlag. Den identifiserer to typer resultater som har betydning: verdsatte sosiale roller som styrker sosial identitet, og recoverymål som bidrar til personlig identitet. Evalueringene bør måle disse to tingene. For det første; objektive indikatorer for livskvalitet, for eksempel boforhold,



vennskap, sikkerhet, arbeid, nære relasjoner, inntekt osv. For det andre; fremskritt i forhold til personlige mål. Dekkes disse behovene, er dere sannsynligvis en recoveryorientert psykisk helsetjeneste.

RÅD

Ansatte i de psykiske helsetjenestene kan gjøre recoveryresultater mer synlige ved å:

98. Bruke recoverystøttende kvalitetsstandarder og tjenesteutviklingsverktøy

99. Evaluere recoveryprosesser og resultatmål, for eksempel ved å bruke INSPIRE-verktøyet (gratis fra researchintorecovery.com/inspire)

100. Ha rutiner for dokumentasjon av og tilbakemelding på oppnåelse av sosialt verdsatte roller og personlig verdsatte recoverymål



9 FORANDRING I DET PSYKISKE HELSESYSTEMET

Å arbeide på en recoveryorientert måte kommer ikke nødvendigvis av seg selv i de psykiske helsetjenestene. Utvikling i retning av en recoveryvisjon kan være umulig uten en grunnleggende endring.

Hvis du argumenterer for en vektlegging av personlig recovery, argumenterer du samtidig for et paradigmeskifte der:

- Den faglige forståelsen kommer fra et ståsted utenfor det dominerende vitenskapelige paradigmet (forståelsen av recovery kommer fra personer som har erfaringer med psykisk sykdom, ikke fra fagpersoner innen psykisk helse/psykiatri)
- Tidligere hovedområder (f.eks. risiko, symptomer, sykehusinnleggelser) blir betraktet som delområder eller særområder i det nye paradigmet
- Det som tidligere bare var av perifer interesse (for eksempel 'brukerperspektivet'), blir sentralt.

Å snu opp ned på enkelte tradisjonelle antakelser er kjernen i recoverytilnærmingen:

- Erfaringen med psykisk sykdom er en del av personen i stedet for at personen er en psykiatrisk pasient eller for eksempel «en schizofren person».
- Verdsatte sosiale roller forbedrer symptomer og reduserer risikoen for innleggelse i stedet for at behandling kreves før personen er klar til å ta på seg ansvar og livsroller.
- Recoverymål kommer fra brukeren, i motsetning til at det utvikles behandlingsmål som brukeren skal etterleve. Støtten til å oppfylle disse målene kommer blant annet fra ansatte.



Recoverymål kommer fra brukeren, i stedet for at det utvikles behandlingsmål som brukeren skal etterleve

– Vanlige menneskelige behov for arbeid, kjærlighet og aktivitet er det som gjelder

- Kartlegging fokuserer mer på brukerens ressurser, ønsker og ferdigheter enn hva de ikke kan gjøre.

- Vanlige menneskelige behov for arbeid, kjærlighet og aktivitet er det som gjelder – dette er målene som behandlingen kanskje eller kanskje ikke bidrar til.

- Mennesker med psykisk sykdom er i bunn og grunn normale, dvs. som alle andre når det gjelder egne håp og behov.

- Mennesker som får mulighet, støtte og oppmuntring vil over tid ta gode beslutninger om livene sine, i stedet for at de ofte tar dårlige beslutninger og at de ansatte må ta ansvar for dem.

Å begi seg ut på en recoveryreise har store konsekvenser for både brukere og ansatte i de psykiske helsetjenestene. Reisen byr åpenbart på mulighet til å styrke og endre brukere, men endringen slutter ikke der. En recoverytilnærming kan også bidra til å frigjøre psykisk helsepersonell fra urealistiske forventninger: diagnostiser denne personen; behandle denne sykdommen, kurer denne pasienten, administrer risiko effektivt; beskytt allmennheten; fjern avvik fra samfunnet. Det å vektlegge recovery er i alles interesse.



ELEKTRONISKE RESSURSER OM RECOVERY

Generelle recoveryressurser
Rethink Mental Illness: www.rethink.org
Mental Health Commission: www.mhc.govt.nz
Boston Universtity Center for Psychiatric Research: www.bu.edu/cpr
Ohio Department of Mental Health: www.mhrecovery.com
National Empowerment Center: www.power2u.org
Scottish Recovery Network: www.scottishrecovery.net
Recovery Devon: www.recoverydevon.co.uk

Spesifikke recoveryorienterte tilnærminger
Intentional Care: www.intentionalcare.org
Tidal Model: www.clan-unity.co.uk
Intentional Peer Support: www.intentionalpeersupport.org
Wellness Recovery Action Planning (WRAP): www.mentalhealthrecovery.com
The Village: www.mhavillage.org
Intervoice: www.intervoiceonline.org
Promoting Resilience: www.resilnet.uiuc.edu

Stigma-initiativer / brukerhistorier
Media Action Group for Mental Health: www.magmh.org.uk
Time to Change: www.time-to-change.org.uk
Like Minds, Like Mine: www.likeminds.org.nz
See me: www.seemescotland.org
Narratives Research Project: www.scottishrecovery.net
Mental Health Stigma: www.mentalhealthstigma.com
Active Minds: www.activeminds.org
StigmaBusters: www.nami.org

Ressurser innen positiv psykologi
Centre for Applied Positive Psychology: www.cappeu.org
Positive Psychology Center: www.ppc.sas.upenn.edu
Centre for Confidence and Well-being: www.centreforconfidence.co.uk
Values in Action Inventory of Strengths: www.viastrengths.org

Norske elektroniske ressurser
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA): www.napha.no
Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (ROP): www.rop.no
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse: www.erfaringskompetanse.no
Rådet for psykisk helse: www.psykiskhelse.no
Mental Helse: www.mentalhelse.no
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse: www.lpp.no
Selvhjelp Norge: www.selvhjelp.no
Bruker Spør Bruker: www.brukerkunnskap.no
Hvite Ørn: www.hviteorn.no
Landsforeningen We Shall Overcome: www.wso.no
Høgskolen i Buskerud og Vestfold/ recoveryverksteder: www.recoveryverksteder.no

LITTERATURLISTE

1. Helsedirektoratet. *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.* Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2076. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne
2. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry* 2011;199:445–52.
3. Shanks V, Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Slade, M. Measures of personal recovery: systematic review. *Psychiatr. Serv*. in press.
4. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M, Larsen J, Oades L, Williams J, et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychological Assessment* 2012;24:1024–33.
5. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc. Sci. Med*. 2012;74:554–64.
6. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr. Serv*. 2011;62:1470–76.
7. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2012;47:1827–35.
8. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. *REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services*. London: Rethink (researchintorecovery. com/refocus), 2011.
9. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
10. NHS Confederation Mental Health Network. *Supporting recovery in mental health*. London: NHS Confederation, 2012.
11. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17–24.
12. Borg M, Karlsson B, Stenhammer A. *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskappsammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2013.
13. HM Government. (2011). *No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages*. London: Department of Health.
14. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586–594.
15. Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13–34.

16. May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD (eds.). *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. 246–260.

17. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10:37–49.

18. Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S, Holloway F, Tattan T (eds.). *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. London: Gaskell; 2006. 18–37.

19. Farkas M, Gagne C, Anthony W. *Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1999.

20. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry.* 2012; 11:123–8.

21. Repper, J. & Carter, T. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health.* 2011; 20(4):392–411.

22. Tse S, Cheung E, Kan A, Ng R, Yau S. Recovery in Hong Kong: Service user participation in mental health services. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24: 40–7.

23. Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset; 2005.

24. Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and St George's Mental Health NHS Trust; 2007.

25. Davies, S., Wakely, E., Morgan, S., Carson, J. *Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers*. Brighton: Pavilion Press; 2012.

26. Mental Health Commission. Oranga Ngâkau. *Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users*. Wellington: Mental Health Commission; 2003.

27. Anthony W. The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.

28. Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Wellington: Mental Health Commission; 2002.

29. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS, 2009.

30. McIntosh Z. From Goldfish *Bowl to Ocean: personal accounts of mental illness and beyond*. London: Chipmunkapublishing; 2005.

31. Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery. Stories of hope and recovery from long term mental health problems*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.

32. Bowyer T, Hicks, A., Mailey, P., Sayers, R., Smith, R., Ajayi, S., Faulkner, A., Larsen, J. *Recovery insights. Learning from lived experience*. London: Rethink Mental Illness, 2010.

33. O'Hagan M. Recovery *Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission; 2001.

34. Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities – A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.

35. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141–158.

36. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91–97.

37. Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.

38. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441–1443.

39. Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations*. Routledge: Hove; 2005.

40. Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With People With Psychiatric Disabilities*. Second ed. New York: Oxford University Press; 2006.

41. Resnick SG, Rosenheck RA. Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psychiatric Services* 2006; 57(1):120–122.

42. Russinova Z. Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct–Dec:50–57.

43. Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall; 2003.

44. Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.

45. Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Burlington, MA: Elsevier; 2005.

46. Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. *Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation*. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.

47. Coleman R, Baker P, Taylor K. *Working to Recovery. Victim to Victor III*. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.

48. Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. *Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.

49. Copeland ME. *Wellness Recovery Action Plan*. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.

50. Becker DR, Drake RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2003.

51. Bower SA, Bower GH. *Asserting yourself. A practical guide for positive change*. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.

52. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: *Preparing people to change (addictive) behavior*. New York: Guilford Press; 2002.

53. Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:337–342.

54. Icarus Project and Freedom Center. *Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs*. http://theicarusproject net/ HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs.

55. Darton K. *Making sense of coming off psychiatric drugs*. London: Mind; 2005.

56. Lehmann P (ed). *Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.

57. Breggin P, Cohen D. Your *Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*. Reading, MA: Perseus Books; 2007.

58. Watkins J. *Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely*. Victoria: Michelle Anderson; 2007.

59. Zhu S.-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. *Scoop Health* 2007; 6 September.

60. Tracy B. 21 *Success Secrets of Self-made Millionaires*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.

61. Deegan P. The importance of personal medicine. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33:29–35.

62. Tondora J, Davidson L. *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.

63. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2009.

64. Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R (eds.). *On our own, together. Peer programs for people with mental illness*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213–238.

65. Higgins A. *A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development*. Dublin: Mental Health Commission; 2008.

66. Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. *Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual)*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.

Acknowledgements from "100 ways of recovery, 2nd ed."

«This report has emerged from the freely-shared expertise of many people with personal and / or professional experience of mental illness, for which I am hugely grateful. It was written during a leave of absence from my normal duties, for which I sincerely thank the Institute of Psychiatry and the South London and Maudsley NHS Foundation Trust. I also thank John Larsen and Vanessa Pinfold at Rethink Mental Illness for their unstinting support and enthusiasm for making recovery real.»

Mike Slade (report author), 2013

Parts of this guide are reproduced with permission from a longer and more comprehensive book: Slade M (2009) *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*, Cambridge: Cambridge University Press.

©2015 **NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – en avdeling i NTNU Samfunnsforskning AS**
Telefon: 73 59 00 60 – E-post: kontakt@napha.no
Heftet kan lastes ned fra vårt nettsted www.napha.no

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

NTNU
Samfunnsforskning AS