NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

Recoveryorienterte praksiser

En systematisk kunnskapssammenstilling



FORFATTERE: Marit Borg, Bengt Karlsson
og Anne Stenhammer

Rapport nr 4/2013

Utgitt: 2013
Utgiver: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
Forfattere: Marit Borg, Bengt Karlsson, Anne Stenhammer
Bidragsytere: Turid Møller Olsø, Lisbeth Christensen, Roald Lund Fleiner,
Anne Kristiansen Rønning og Trond Hatling
Forside illustrasjonsfoto: Colourbox
Foto: Colourbox
ISBN 978-82-7570-346-8 (web)
ISBN 978-82-7570-347-5 (trykk)
Design: Melkeveien Designkontor **Trykk:** Rolf Ottesen Grafisk AS

> Sammenstillingens hensikt var å oppsummere forskningsbasert kunnskap som kan være nyttig for klinisk praksis.

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 forespørsel fra NAPHA om å foreta en systematisk kunnskapssammenstilling innen området recoveryorienterte praksiser. NAPHA ønsket svar på hvordan recovery beskrives i forskningslitteraturen, hva som kjennetegner recoveryorienterte praksiser, og om det finnes eksempler på opplæringsprogram og kartleggings- og evalueringsverktøy. Sammenstillingens hensikt var å oppsummere forskningsbasert kunnskap som kan være nyttig for klinisk praksis.

Recovery som begrep og kunnskapsområde har fått en økende interesse i Norge de senere år. Særlig innen brukermiljøer og kommunalt psykisk helsearbeid har recoveryperspektivene blitt oppfattet som viktige for forståelse av psykisk helse og i utviklingen av mer likeverdige samarbeidsformer mellom brukere og fagpersoner. I en rekke internasjonale miljøer har recovery vært utgangspunkt for omfattende tjenesteutvikling så vel som implementering av mer avgrensede praksismodeller. Begreper, forståelser og praksiser knyttet til recovery er imidlertid svært uensartede, noe som vil fremkomme gjennom denne rapporten.

Arbeidet med kunnskapssammenstillingen har vært inspirerende og utfordrende. De ulike forståelser av recovery har gjort det krevende å avgrense og identifisere sentral forskning og kjerneartikler. Det har vært til stor hjelp å ha forhåndskunnskap om recoveryforskning og kontakt med noen av de sentrale internasjonale forskningsmiljøene.

Medarbeidere i prosjektet har vært professorene Marit Borg og Bengt Karlsson, bibliotekleder Anne Stenhammer, spesialbibliotekar Marte Andersen og universitetsbibliotekar Jana Myrvold.

Senter for psykisk helse og rus takker for dette viktige oppdraget og godt samarbeid med NAPHA i arbeidsprosessen.

Drammen, 5. november 2013

Marit Borg
Bengt Karlsson
Anne Stenhammer

Innhold

Kapittel 1. Innledning . . . . . **s. 5**
1.1 Recoveryorienterte praksiser – en systematisk kunnskapssammenstilling . . . . . s. 5
1.2 Forskningsspørsmål . . . . . s. 5
1.3 Rapportens oppbygging . . . . . s. 5

Kapittel 2. Metode . . . . . **s. 6**
2.1 Litteratursøk . . . . . s. 6
2.2 Kontakt med forsknings- og fagmiljøer . . . . . s. 6
2.3 Databaser og søkeord . . . . . s. 7
2.4 Modell for litteratursøk og trefftall . . . . . s. 7
2.5 Avgrensning . . . . . s. 8
2.6 Vurdering av artikler . . . . . s. 8

Kapittel 3. Resultater . . . . . **s. 9**
3.1 Recovery – historikk, begrep og perspektiver . . . . . s. 9
3.2 Recovery – policyer og prinsipper . . . . . s. 18
3.3 Recoveryorienterte praksiser . . . . . s. 22
3.4 Opplæringsprogram for brukere og hjelpere . . . . . s. 28
3.5 Kartleggings- og evalueringsverktøy . . . . . s. 34

Kapittel 4. Avsluttende konklusjon . . . . . **s. 39**

Referanser . . . . . **s. 42**

Vedlegg . . . . . **s. 49**



Side 10



Side 33



Side 15

1 Innledning

1.1 Recoveryorienterte praksiser – en systematisk kunnskapssammenstilling

Denne rapporten er en systematisk kunnskapssammenstilling om recoveryorienterte praksiser. Interessen for recovery som begrep, kunnskapsområde og grunnlag for praksisutvikling har vært økende i Norge de senere år. Internasjonalt er recovery fremhevet som retningsgivende for psykisk helse- og ruspolitikk, og er styrende for praksiser i en rekke land. Det er de siste tiår gjort et betydelig arbeid i bruker-, forsknings- og fagmiljøer med å tydeliggjøre begrepet recovery. Fortsatt finner vi ulike definisjoner og forståelser av begrepet, og det anvendes på forskjellige vis i helse- og velferdstjenestene både nasjonalt og internasjonalt. Gjennom arbeidet med denne kunnskapssammenstillingen har vi forsøkt å tydeliggjøre hvordan begrepet kan beskrives, og hvordan recoveryorienterte praksiser kan utvikles og fremmes.

«Internasjonalt er recovery fremhevet som retningsgivende for psykisk helse- og ruspolitikk, og er styrende for praksiser i en rekke land.

1.2 Forskningsspørsmål

Kunnskapssammenstillingen har som målsetting å besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskrives recovery i forskningslitteraturen?
2. Hva kjennetegner recoveryorientert praksis?
3. Hva hemmer og fremmer implementering av denne typen praksis?
4. Finnes det i forskningslitteraturen og i faglitteraturen gode eksempler på felles opplæringsprogram for brukere og hjelpere om recovery?
5. Finnes det i forskningslitteraturen eksempel på kartleggings- og evalueringsverktøy som kan fremme implementering av recoveryorientert praksis?

1.3 Rapportens oppbygging

Rapporten består av fire deler. *Første del* er en innledning som beskriver bakgrunnen for rapporten og forskningsspørsmål. *Andre del* beskriver de metoder som er benyttet for å gjennomføre den systematiske kunnskapssammenstillingen. *Tredje del* er rapportens resultatdel og besvarer de fem forskningsspørsmålene i punkt 1.2. Siste og *fjerde del* av rapporten gir en kort diskusjon og konklusjon basert på de nevnte forskningsspørsmålene.

Vedlegg 1 er en figur for rapportens litteratursøk.
Vedlegg 2 gir en oversikt over detaljert søkestrategi.
Vedlegg 3 gir en oversikt over arbeidsprosess og utvalg.

2 Metode

2.1 Litteratursøk

Kunnskapssammenstillingen baserer seg på en litteraturgjennomgang av forskningslitteratur om recovery og recoveryorienterte praksiser. Recovery som begrep og praksis anvendes ikke på noe ensidig og avgrenset vis i forskningslitteraturen innen psykisk helsefeltet. Videre brukes recovery på ulike måter innen en rekke helse- og velferdsfag. Det har dermed vært en krevende oppgave å angi presise søkeord. Psykisk helsefeltet er også et område der ulike begreper benyttes for å beskrive og avgrense fagfeltet. I forhold til recovery ville for eksempel avgrensing til «psychiatry», som er en submedisinsk disiplin, være problematisk og ekskludere mye viktig litteratur. Etter anbefalinger fra forskningsmiljøer (se oversikten nedenfor), og ut fra erfaringer fra tidligere kunnskapssammenstillinger, brukte vi heller «mental health services». Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i forskningsdatabaser. I tillegg ble litteraturlister i anbefalte kjerneartikler, vitenskapelige fagbøker samt egen forskning inkludert. Fagbøkene er presentert i eget avsnitt i rapporten. Den største delen av litteraturen kommer fra USA, England og Australia. Videre er det inkludert litteratur fra Skottland, Irland, Østerrike, New Zealand, Israel, Hongkong, Sverige, Danmark og Norge.

2.2 Kontakt med forsknings- og fagmiljøer

Høgskolen i Buskerud har i en årrekke samarbeidet med ulike nettverk som har ny kunnskap om recovery.
I sammenheng med denne rapporten har kontakten foregått først og fremst gjennom e-postutveksling hvor vi har diskutert relevant forskningslitteratur.



NETTVERK: Høgskolen i Buskerud har i en årrekke samarbeidet med ulike nettverk som har ny kunnskap om recovery.

Tabell 1:
Kontakt med fagmiljø

Forsker/forskernettverk	Institusjon/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-nettverket http://www.researchintorecovery.com/refocus
Dosent og professor II Alain Topor	Stockholm Universitet og Universitetet i Agder
Sosionom 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/

2.3 Databaser og søkeord

Utvalget av databaser (se tabell 2) ble definert av oppdragsgiver, forskere og bibliotekarer.
Søkeord ble valgt ut gjennom diskusjon med forskere, fra emneord i kjerneartikler i feltet samt sentrale begreper fra problemstillingene. Den valgte tidsperioden er fra 2003-2013. Et prøvesøk i et par relevante databaser bidro også til justering av søkeordene. Ut fra oppdraget definerte vi tre søkestrategier. Alle søk ble utført så likt som mulig gjennom ti ulike databaser. Søkene ble utført 13. - 15. februar 2013. Vi gjorde i tillegg et søk i Social Science Citation Index 26. juni 2013. Dette søket ble gjort for å sikre at samfunnsperspektivet ble inkludert og for å kunne besvare forskningsspørsmål 4 (felles opplæringsprogram) mer fullstendig. Søkeordene ble søkt på som tesaurusord der det var mulig, og trunkert som tekstord i alle baser. For detaljert beskrivelse av søkestrategi i databasene, se vedlegg 2.
Søk 1: Mental health services AND recovery
Søk 2: Severe mental illness AND recovery
Søk 3: Recovery oriented practice OR recovery based practice OR recovery practice
Tilleggssøk i SSCI: (recovery oriented practice OR recovery based practice) AND mental illness.
Det var nødvendig å søke med norske termer i to av databasene (Norart og Idunn).
Publikasjoner på skandinaviske språk og engelsk i perioden 2003-2013 ble inkludert. Perioden ble valgt fordi det i denne tiden har vært en betydelig forskningsaktivitet innen utviklingen av recoveryorienterte praksiser internasjonalt og innen recoveryforskning generelt. Publikasjoner om recovery som begrep og praksiser i somatikk, psykisk helse for barn og unge og rusfeltet ble ekskludert.

2.4 Modell for litteratursøk og trefftall

Tabell 2 – Trefftall fordelt på søkestrategier og databaser.

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

***Idunn: Kun 24 av 140 ble vurdert som relevante og overført til EndNote.**

Alle trefflistene til søk 1, 2 og 3 ble importert til EndNote og dublettene ble fjernet. Deretter tok vi bort artikler eldre enn 2003. Vi sto da igjen med ei treffliste på 3799. Samme strategi ble brukt i tilleggssøket i SSCI. 274 treff ble importert til EndNote.

Vedrørende søk i Idunn: Vi valgte å søke i hele databasen for å sikre fullstendighet. Databasen mangler mulighet for tesaurussøk, og man søker på ordets forekomst i fulltekstdokumentet. Dette bidrar til en del «støy» i trefflistene. Vi søkte på norske og engelske ord for å favne artikler på begge språk. Detaljert søkestrategi er beskrevet i vedlegg 2.

Utvalget av artikler ble gjort ut fra inklusjonskriteriene, se tidligere beskrivelse. Artiklene som falt utenfor disse ble ekskludert før importen til EndNote. Vi sto da igjen med ei treffliste på 3799. Samme strategi ble brukt i tilleggssøket i SSCI. 274 treff ble importert til EndNote. Totalt 4073 artikler.

2.5 Avgrensning

EndNote ble brukt for videre avgrensning. Forskerne søkte i EndNote-biblioteket på keywords i referansene i henhold til forskningsspørsmålene, eksempelvis recovery *, training OR education, psychometrics OR assessment, measure OR evaluation. Artikkelreferansene i trefflistene ble lest og vurdert for inklusjon. Et søk i keywordfeltet på recovery orientation ga få treff. Dette begrepet er med andre ord lite benyttet i databasene som standardisert emneord/keyword. Ved å utvide til et søk i «any field» blant referansene i EndNote-biblioteket fant vi flere relevante artikler om emnet. Artiklene ble organisert i relevante mapper i henhold til forskningsspørsmålene. Forskerne delte materialet mellom seg og gjennomgikk titler, keywords og abstrakter for å avgrense. Videre søkte vi i EndNote-biblioteket på forskere som vi vet har arbeidet med tematikken. Litteratur som er tatt med i resultatdelen er artikler som omhandler de fem forskningsspørsmålene. De 185 artiklene som ligger til grunn for denne rapporten består av kvalitative og kvantitative studier, oversiktsartikler, litteraturstudier og teoretiske artikler. Detaljer for arbeidsprosess vises i vedlegg 3.

2.6 Vurdering av artikler

Analyseprosessen foregikk i perioden 10. april - 30. juni 2013, og 185 artikler ble skrevet ut og analysert av forskerne. I gjennomgangen av artiklene benyttet vi erfaringer fra tidligere arbeider med systematisk litteratursøk (Borg, Karlsson & Kim, 2010; Sjølie, Karlsson & Kim, 2010; Winnes, Borg & Kim, 2010; Borg, Karlsson, Kim & McCormack, 2012), tematisk innholdsanalyse (Braun & Clark, 2006) og Kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler (www.kunnskapssenteret.no). De inkluderte185 artiklene danner grunnlaget for beskrivelser, diskusjoner og konklusjoner i rapporten.

Det ble funnet 33 artikler som omhandler sentrale prinsipper og retningslinjer for recoveryorienterte praksiser, og 41 artikler som omhandler beskrivelser og evalueringer av recoveryorienterte praksiser. Søkene innen opplæringsprogrammer resulterte i 54 artikler som er lagt til grunn for å besvare problemstilling 4 (opplæringsprogram). Totalt 57 artikler ble inkludert i besvarelsen av problemstilling 5 (kartleggings- og evalueringsverktøy).

3 Resultater

3.1 Recovery – historikk, begrep og perspektiver

Denne delen av rapporten er basert på et systematisk litteratursøk, som er beskrevet i kapittel 2.6, samt kontakt med sentrale forskningsnettverk, se kapittel 2.2. Det er også inkludert litteratur publisert tidligere enn 2003, der det ble vurdert som relevant for begrepsutvikling og historikk innen recovery.

Bakgrunn og historikk

Recovery, eller bedringsprosesser som det kalles på norsk, er et begrep som blir brukt på ulike måter. Det beskrives som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon og blant skeptikerne en myte eller et slogan (Roberts & Wolfson, 2004; Borg & Karlsson, 2013). Recovery er ikke noe nytt begrep eller perspektiv. Personer som har egenerfaring med psykiske helseproblemer, og deres pårørende, har i en årrekke visst at de kan komme seg – med eller uten behandling. Innen psykisk helseforskning og forløpsstudier er det i mer enn 50 år dokumentert at et betydelig antall personer med alvorlig psykisk lidelse opplever bedring (Harding, 1988; Topor, 2001; Borg, 2007; Silverstein & Bellack, 2008). De senere års utvikling av psykiske helsetjenester har også bidratt til et økt fokus på recoverybegrepet. Fremveksten av lokalbaserte tilbud, nedbygging av institusjonene, de terapeutiske samfunn, antipsykiatriske bevegelser, sosialpsykiatrisk utvikling og praksiser, Lov 180 og den demokratiske psykiske helsetjeneste i Italia, har på ulike vis inspirert til nye praksiser og kunnskaper (Jacobson & Curtis, 2000; Davidson, O'Conell, Tondora & Lawless, 2005; Slade, Leamy, Bacon, Janosik, Le Boutillier, Williams & Bird, 2012; Borg & Karlsson, 2013). Videre må den økende interessen for recovery forstås i lys av et sterkere fokus på menneskerettigheter og brukermedvirkning innen det psykiske helsearbeidet. Forskningsområder som empowerment, resilience, rehabilitering, salutogenese, helse og velvære, familie- og nettverksarbeid og samarbeidende praksiser er også beslektet med recovery (Andersen, 1987, 1999; Anderson & Goolishian; 1988; Deegan, 1996, 1997; Topor, 2001; Davidson, 2003; Anderson 2008; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013; Seikkulla & Arnkil, 2013).

Recovery er ikke noe nytt begrep eller perspektiv. Personer som har egenerfaring med psykiske helseproblemer, og deres pårørende, har i en årrekke visst at de kan komme seg – med eller uten behandling.

Recoveryforskning har særlig vært knyttet til alvorlige psykiske lidelser. Som vist tidligere er bedring ved alvorlige psykiske lidelser dokumentert i flere forløpsstudier (Warner, 1994; Harrison, Hopper, Craig, Laska, Siegel, Wanderling mfl., 2001; Topor, 2001). Likevel er kronisitetsstempelet fremdeles knyttet til psykiske lidelser i dominerende fagmiljøer. Ulikhet i forløpet ved diagnosen schizofreni er også bekreftet gjennom flere tiår (Bleuler, 1950; Strauss & Carpenter, 1977; Davidson, 2003). Avhengig av hvor forløpsstudier er utført, regnes det med at mellom 45 og 65 prosent «kommer seg» (Davidson & Roe, 2007). Forskning det gjerne vises til vedrørende recovery, er den amerikanske forskeren Courteney Hardings pionerarbeider (Harding, 1987). Her presenteres oppfølgning som ble gjennomført over et langt tidsrom, mellom 23 og 37 år. Det dokumenteres at mellom 53 og 68 prosent oppnår bedring (se Harding, 1987; Warner, 1994). Resultatene fra den anerkjente og omfattende WHO-studien er videre sentral bakgrunnskunnskap for recovery. En 25 års multisenterstudie med oppfølging av 18 store pasientgrupper viser at omkring halvparten har et positivt utfall ved at bedring foreligger (Harrison mfl., 2001). Pasientgruppene var geografisk plassert over hele verden, i både I- og U-land. Hele 75 prosent av informantene var det mulig å gjenfinne etter 25 år.

Det unike med recovery som begrep og forskningsområde er at kunnskapen er utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykisk uhelse og bedring. Fokus har særlig vært på hva personene selv mener skal til for å «komme seg». Recoveryforskning ble initiert i amerikanske miljøer på 1970- og 80-tallet. I begynnelsen ble recovery betraktet primært som en personlig prosess. Det foreligger en rekke definisjoner på recovery som en personlig prosess. En ofte gjengitt definisjon ble utarbeidet av den amerikanske psykologen William A. Anthony, som tidligere var leder for Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University:

Recoveryforskning ble initiert i amerikanske miljøer på 1970- og 80-tallet. I begynnelsen ble recovery betraktet primært som en personlig prosess.

«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» (vår oversettelse, Anthony, 1993, s. 17).

Senere, særlig gjennom britisk og nordisk forskning, men også deler av den amerikanske, er kontekstuelle forhold og rettighetsperspektiver blitt mer sentrale. Ingen skal gis merkelappen «så kronisk psykisk syk» at personen ikke kan leve et selvstendig, verdig og meningsfullt liv i sitt valgte lokalmiljø (Davidson, 2006). Dette er noe av det mest sentrale i recovery. Det er en grunnleggende holdning om at vi alle er en del av den samme menneskeheten. Vi har alle de samme rettighetene, og vi har ressurser, kompetanse og vekstpotensial. Recovery handler om å jakte på ressurser i seg selv, sammen med andre som venner, familie, kollegaer eller fagpersoner. Det handler om å bygge håp om et bedre liv og å finne frem til omgivelser som gir næring til og styrker den



KOMMER SEG: Personer som har egenerfaring med psykisk helseproblemer, og deres pårørende, har i en årrekke vist at de kan kommer seg – med eller uten behandling.

psykiske helsen og troen på en meningsfull fremtid. Selv om recovery først og fremst er personens egen prosess og arbeidsinnsats, er andre mennesker rundt og de sosiale betingelsene viktige.

I South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2007, s.8) brukes denne definisjonen som grunnlag for forskning og praksiser: «Recovery handler om å leve et så godt liv som mulig». Fokuset er på selve livet og muligheten til å ha det godt og trygt.

I en omfattende tjenesteutvikling i England, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), brukes denne definisjonen:

«*Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personene selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå.*» (Shepherd, Boardman & Slade, 2008, s.1, vår oversettelse).

I norsk helse- og velferdspolitikk er recovery i liten grad fremstilt som et sentralt begrep og perspektiv. I enkelte nasjonale retningslinjer for behandling, som for eksempel ROP-retningslinjene (2012), er det tatt opp i begrenset grad. Videre er det beskjedent inkludert i høringsutkastet til *Veileder for psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (Helsedirektoratet, 2013). Det skal imidlertid understrekes at grunnlagsperspektivene i recovery sammenfaller med sentrale politiske satsingsområder innen psykisk helse de siste 30 år: fra Tilbud i lokalmiljøet (1981) via Opptrappingsplanen (1998) til Samhandlingsreformen (2009). Her vektlegges også menneskerettigheter og pasientrettigheter, humanisme, lokalbaserte tilbud, sosial inkludering og medvirkning og deltakelse. Behov for holdningsendringer og ny kunnskap hos fagpersonene understrekes også, særlig i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Vi kan snakke om to ulike kilder i begrepsutviklingen av recovery (Davidson, O'Conell, Tandoro, Lawless & Evans, 2005; Borg, 2007; Slade, 2009). *Den ene kilden* er de psykiske helsetjenestene som har fokus på resultat og behandlingseffekt. *Den andre kilden* bygger på brukererfaringer og grasrotbevegelsers erfaringsbaserte kunnskap, mobilisering og engasjement for å bli lyttet til, trodd på og anerkjent som likeverdige medborgere. Vi vil her presentere tre definisjoner som det ofte vises til i forskningslitteratur og tjenesteutvikling: 1. Recovery som en personlig prosess, 2. Recovery som en sosial prosess og 3. Recovery som et resultat eller klinisk recovery.

Recovery som en personlig prosess

Menneskers historier om hva det innebærer å leve med og komme seg fra psykiske helseproblemer, har bidratt til å synliggjøre hva det vil si å oppleve psykisk uhelse. De beskriver også ulike strategier for mestring av psykisk helse- og sosiale problemer og erfaringer med helse- og velferdstjenestene. Vi har fått innsikt i hvilke livsutfordringer, smerter, utrygghet og uforutsigbarhet alt dette kan føre med seg. Beretningene har også synliggjort konsekvensene for personen i forhold til rollen som innbygger. Sosial stigmatisering, utstøting fra ulike miljøer, stigmatisering i helse- og velferdstjenestene og følelsen av ikke å høre til og å være uønsket, er noen av erfaringene som er blitt delt (Deegan, 1988; Topor, 2001; Davidson, 2003; Borg, 2007; Slade, 2009).

Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøer. De har ønsket å formidle den enorme innsatsen, tålmodigheten og kraften som kreves av den enkelte ved å gjennomgå denne prosessen. Dette står i kontrast til en rekke fag- og forskningsmiljøers fokus på recovery som et resultat (Resnick, Fontana, Lehman & Rosenheck, 2004). Recoveryhistorier og recoveryforskning knyttet til den personlige prosessen er formidlet i engelskspråklige land, og karakteristika som kjennetegner prosessen er dokumentert i forskningslitteratren (Davidson mfl., 2009; Leamy, Bird, Le Boutiller, Williams & Slade, 2011; Slade mfl., 2012). Her fremheves noen områder: betydningen av håp og tro på fremtiden, tilknytning til personer og miljøer, gjenoppbygging av en positiv identitet, mening og egenkontroll.

Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøer. De har ønsket å formidle den enorme innsatsen, tålmodigheten og kraften som kreves av den enkelte ved å gjennomgå denne prosessen

En oversiktsstudie (Leamy mfl., 2011) finner de samme fem områdene og omtaler det både som «recovery journey» og «recovery stadier». «Recovery journey» beskrives på ulike vis i litteraturen. Det handler om forståelse av recovery som en aktiv prosess, en unik prosess, en kamp. Noe som foregår gradvis, gjennom prøving og feiling, og der støttende, nærende og omsorgsfulle omgivelser er viktige. Videre beskrives «recovery journey» som en prosess som kan foregå i ulike stadier. Det er prosesser som endrer personers liv, og som kan foregå både med og uten hjelp fra profesjonelle. I en studie som gjennomgår britisk litteratur fra 2006-2009 (Stickley & Wright, 2011) er håp, optimisme og mening i livet sentrale funn. I tillegg tydeliggjør denne studien et forhold de kaller «recoveryfremmende aktiviteter». Dette handler særlig om fysisk aktivitet, utdanning og arbeid. Betydningen av arbeid og aktivitet som dette er også belyst i andre studier av recovery (Krupa, 2004; Marwaha & Johnson, 2005; Borg & Kristiansen, 2011; Kinn, Holgersen, Fjær & Borg, 2011). Aktiviteter og arbeid muliggjør tilknytning og tilhørighet på ulike sosiale arenaer, nye roller, mestringsopplevelser og muligheten til å bidra og å være en del av det sosiale livet.

I en amerikansk studie (Young & Ensing, 1999) vises det til tre stadier av personers recoveryprosesser. *Det første stadiet* er å komme over fastlåsthet. Dette starter med en aksept av problemene og situasjonen, et ønske om forandring og det å finne håp, mot og inspirasjon til å arbeide med bedringsprosessen. *Det andre stadiet* handler om å finne og ta tilbake det som er tapt, som egen myndighet og kontroll, ta ansvar, oppdagelse av egne muligheter, læring og egenutvikling og å finne måter å kunne fungere i dagliglivet på. *Det tredje stadiet* beskriver det å kunne ha god livskvalitet: det å føle velvære og trives med seg selv og livet sitt.

Sentralt i forståelsen av recovery som en personlig prosess er at det ikke nødvendigvis er å bli «symptomfri» eller kvitt alle problemene. Det er å leve et godt liv som en innbygger og ikke bli møtt som en «psykiatrisk pasient». Deegan (1996) sier at recovery dreier seg om:

«… ikke å bli 'frisk' eller symptomfri eller 'stabilisert', men heller en utvikling av selvet – ved at man både aksepterer sine egne begrensinger og oppdager en verden av nye muligheter. Dette er et av de viktigste paradokser ved recovery: gjennom å akseptere hva vi ikke kan gjøre eller være, begynner vi å oppdage hva vi kan være og hva vi kan gjøre. Derfor er recovery en prosess. Det er en måte å leve på. Det er en holdning og en tilnærmingsmåte til de daglige utfordringer … ikke en lineær prosess. På samme vis som sjørosen har recovery sin årsrytme. Det er en tid for å vende seg nedover i mørket og forankre de nye røttene, og det er en tid for å bryte ut i solskinnet. Mest av alt er recovery en langsom, bevisst prosess som handler om å kjempe seg over et lite sandkorn om gangen» (vår oversettelse, eget konferansenotat).

Vi viste til Anthonys (1993) definisjon av recovery. Her vektlegges det unike og personlige, egne mål og roller. Den enkelte må reorientere sine mål og finne ny mening for livet sitt, og finne nye muligheter til å vokse og utvikle seg. Davidson mfl. (2007) viser gjennom sin begrepsanalyse til noen felles aspekter ved recovery som personlig prosess. Det dreier seg om å gjenfinne håp og tro på egne muligheter, redefinere selvet i den forstand at de psykiske helseproblemene bare er en begrenset del av en selv, akseptere de psykiske helseproblemene, være involvert i meningsfulle aktiviteter, overkomme stigma, ta kontroll og delta i lokalmiljø og samfunn, håndtere symptom og plager og ha støtte av andre i lokalmiljøet, som venner, familie, likesinnede og profesjonelle.

Recovery som en personlig prosess beskrives med ulike dimensjoner. Disse er håp, tro på egne muligheter, opplevelse av mening, ta kontroll og å anerkjenne at psykiske helseproblemer bare er en begrenset del av en selv. Andre dimensjoner som beskrives er det å håndtere psykiske problemer – både personlig og sosiale, arbeide for et godt liv, oppleve tilhørighet, læring og utvikling og relasjoner og samarbeid med andre. Et annet vesentlig fellestrekk er at recovery kan foregå med eller uten hjelp fra profesjonelle.

Recovery som en sosial prosess

Det blir i økende grad fokusert på å forstå recovery som en sosial prosess vel så mye som en personlig. Recoveryprosesser forstås dermed som aktiviteter og strategier basert i personens hverdagsliv og lokalmiljø. Slik personer med egenerfaring beskriver det, handler recovery om innsatser for å ta kontrollen tilbake, finne



I begynnelsen ble recovery primært betraktet som en personlig prosess.

mening, leve det hverdagslivet den enkelte ønsker, retten til å ha valgmuligheter og retten til reelt samarbeid med fagpersoner (Davidson, 2003; Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013).

I denne definisjonen er det et kontekstuelt perspektiv på recovery. I nordiske studier er recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdannelse, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor, Borg, Di Girolamo & Davidson, 2009; Borg & Karlsson, 2013). I Storbritannia har sosiale og materielle betingelser og medborgerskap vært sentralt for begreps- og praksisutvikling og forskningsinnretning (Perkins & Slade, 2012; Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton & Le Boutillier, 2012). I engelsk psykisk helsepolitikk har recovery vært et vesentlig perspektiv siden 2001. Forhold som sosial inklusjon, arbeid og personens velvære har gradvis blitt tydeligere i politikken. Perkins & Slade (2012) understreker at recovery, i forståelsen av å «bli frisk», utfordres av mange miljøer. De er opptatt av at slike prosesser handler mer om «recovery av et liv». Mange vitenskapelige publikasjoner påpeker at recovery ikke foregår i et vakuum eller på profesjonelles kontor eller i behandlingsenheter. 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 blir miljøer og relasjoner som hindrer recovery, eller gir næring til recovery, tydelige (Sayce, 2000; Wilson & Beresford, 2002; Glover, 2005, 2012; Shakespeare, 2006; Beresford & Bryant, 2008). Ved å innta sosiale perspektiver i forskning og begrepsutvikling blir de mange miljømessige ekstrabelastningene som personene erfarer synlige. Helen Glover (2005), en australsk sosionom med egenerfaring, snakker om «recoverynærende omgivelser». Dette er et viktig begrep som poengterer at noen omgivelser er gode for mennesker og gir næring til vekst, utvikling og håp. Andre representerer barrierer og krenkelser.

I en internasjonal studie om recovery og sosiale faktorer problematiseres det individorienterte recoverybegrepet (Tew mfl., 2012). Forfatterne mener det blir for enkelt å snakke om kontroll over eget liv, tilknytning til sosiale miljøer og gjenoppbygging av en positiv identitet. Dette forutsetter at det er omgivelser og betingelser som muliggjør det. Tew mfl.(2012) viser til samfunnsforskning som dokumenterer at sosiale faktorer kan fremme, så vel som hindre, menneskers utvikling. Muligheter for kontroll over eget liv og anerkjente roller innebærer inkluderende lokalmiljøer og sosiale strukturerer som tillater dette. Tilknytning til sosiale miljøer og gjenoppbygging av en positiv identitet forutsetter fravær av diskriminering og stigma, samt levekår som bidrar til et verdig liv. Det er sentralt å forstå og arbeide med hva som kan gi muligheter for opplevelsen av en positiv og sosial identitet. Like viktig er det med fagmiljøer som viser respekt og anerkjennelse av personens erfaringer og preferanser, og som praktiserer samarbeid.

Det er sentralt å forstå og arbeide med hva som kan gi muligheter for opplevelsen av en positiv og sosial identitet.

I en nordisk forskningsartikkel beskrives sentrale elementer innenfor sosial recovery (Jensen, Topor & Borg, 2011, s. 20):

«Å komme seg' eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene. Dette arbeidet gjør den enkelte gjerne sammen med sitt sosiale nettverk, det vil si fagpersoner, venner eller pårørende, som støtter på ulike vis. Recoveryprosesser kan føre til utvikling og bedring og en situasjon der personer fortsatt har behov for litt støtte. Gjennom recoveryprosesser kan personer også oppleve et liv uten 'symptomer' eller behov for profesjonell innsats» (vår oversettelse).

Recovery, fra et sosialt perspektiv, handler om å avdekke og håndtere ulike levekårs- og sosiale konsekvenser av psykiske helseproblemer. En slik forståelse fører naturlig nok med seg oppmerksomhet rundt andre typer kunnskaper og innsatser på samfunnsnivå og tjenestenivå enn de individorienterte. Det bidrar til å heve blikket fra personen selv til tjenestenes og lokalmiljøets evne og egnethet til å samarbeide med den enkelte i recoveryprosessen. På samme måte som i den sosiale modellen for funksjonshemning, er det ikke nødvendigvis de

individuelle problemene og funksjonsbegrensningene som det skal arbeides med. Det skal arbeides like mye med de begrensende omgivelsene (se Shakespeare, 2006).

Ved Yale Program for Recovery and Community Health i USA har en gruppe med brukere, fagfolk og ledere utviklet en sosialt orientert beskrivelse (Davidson, Tandoro, Lawless, O'Connell & Rowe, 2009). Recovery forstås her først og fremst som å gjenskape en opplevelse av tilhørighet i ens lokalmiljø og en positiv følelse av identitet utenfor problemene. Det viktigste er å leve et godt liv på tross av følelsesmessige og sosiale problemer. Onken, Craig, Ridgeway, Ralph & Cook (2007) legger også vekt på de miljømessige forholdene i utviklingen av et økologisk rammeverk, der personens livskontekst regnes med i arbeidet med å støtte personer i deres recoveryprosess. Deres litteraturstudie konkluderer med at personen og omgivelsene må ses og forstås i sammenheng. Mulighet for recovery er avhengig av omgivelser og mennesker som har kunnskaper og muligheter til å støtte personen i livsprosessen mot en bedre hverdag. Ulike sosiale forståelsesmodeller bidrar til kunnskap om sosiale omgivelser og samfunnsmessige betingelser som kan føre til psykiske problemer, og omgivelser som kan bidra til bedring (Beresford, 2003).

Tre grunnleggende elementer preger disse forståelsesmodellene:

- Psykiske problemer har ofte sammenheng med livshendelser
- Det er klare sammenhenger mellom psykisk helse og sosiale forhold knyttet til klasse, arbeidsstatus og sosial rolle
- Personer med psykiske vansker får, eller fortsetter å ha, slike vansker på grunn av samfunnspåvirkninger



DEL AV HELHET: Selv om recovery først og fremst er personens egen prosess og arbeidsinnsats, er andre mennesker rundt og de sosiale betingelsene viktige.

Recovery som en sosial prosess innbefatter det dynamiske forholdet mellom personen og omgivelsene. Samfunnsmessige og sosiale forståelsesmodeller bidrar til å utvide perspektivene på psykisk helse og recovery, og utvider dermed hjelpetiltakenes innretning.

Sosiale relasjoner og deltakelse på de ulike samfunnsarenaene er forhold som i økende grad understrekes. En recoveryorientert tjeneste innebærer også arbeid for menneskerettigheter og mot diskriminering, samt for holdningsendringer i og utenfor psykisk helse- og velferdstjenester (Smith-Merry, Freeman & Sturdy, 2011; Tew, Ramon, Slade, Melton & Le Boutillier, 2012; Karlsson & Borg, 2013).

Recovery som et resultat eller klinisk recovery

Den tredje definisjonen av recovery reflekterer resultatorientering og er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer som er opptatt av objektive resultatmål og behandlingseffekt. Å definere recovery som en unik prosess eller en sosial prosess, som er forskjellig fra person til person, representerer en stor utfordring for kravene som påhviler tjenester til å bruke standardiserte mål og tjenester (Jacobson, 2001). Slade (2009) bruker begrepet klinisk recovery for dette behandlingsrettede og resultatorienterte perspektivet. Recovery har lenge vært brukt innenfor medisin og andre helsefag som resultatmål for «å bli frisk» og helt symptomfri. Slade (2009) peker på fire sentrale trekk ved det som betegnes som klinisk recovery: Det er et resultat eller en tilstand, det er observerbart, det er vurdert av en fagperson, og det er en tilstand som ikke varierer mellom individer. I denne forståelsen er man opptatt av å operasjonalisere recovery og måle grader av bedring. Det brukes en rekke sosiale funksjonskriterier (Libermann, Kopelowicz, Vendura & Gutkind, 2002). Disse er: total symptomfrihet - ordinær heltids- eller deltidsjobb - selvstendig bosituasjon - har venner og deltar i sosiale aktiviteter - varighet av ovennevnte kriterier i to år.

Den tredje definisjonen av recovery reflekterer resultatorientering og er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer som er opptatt av objektive resultatmål og behandlingseffekt.

Klinisk recovery har mange fellestrekk med behandlingsforskning og effektmålinger som har lange tradisjoner innen ulike deler av det psykiske helsefeltet, særlig i spesialisthelsetjenesten. Det er her beskjeden oppmerksomhet mot personens erfaringskunnskap, den unike situasjonen og konteksten. Flere forskere innen klinisk recovery er opptatt av behovet for å utvikle resultatmål som i større grad er relevante for personene det gjelder, og som tar inn over seg en flerdimensjonal forståelse av recovery. Det finnes internasjonale eksempler som viser til både instrumenter som måler personlig recovery, og instrumenter som måler tjenesters recoveryorientering. Dette beskrives senere i kapittel 3.5.

Hva er felles i recovery?

Recovery som begrep og kunnskapsområde tillegges, som vi har sett, forskjellig innhold og forståelse. Det er derfor nødvendig å klargjøre hvilke forståelser de forskjellige miljøene legger til grunn og anvender. Jacobsen (2001) peker på at definisjonen av recovery varierer med hvem som spør og fortolker, hvilken sammenheng dette gjøres i, for hvilket publikum og med hvilket formål. Vi vil fremheve noen forhold ved recovery som vi tenker er sentrale for å kunne bidra til recoveryorienterte tjenester og praksiser:

For det første settes personen i sentrum som et helt menneske med sine styrker og svakheter. I motsetning til tradisjonelle medisinske termer handler recovery om personens kunnskaper og erfaringer med hva som hjelper, og fokuserer på mening, håp, egenkontroll, ressurser, livet og hverdagen. Recovery dreier seg om helse og velvære, deltakelse i lokalmiljøet og på ulike samfunnsareaer, å gjenoppbygge personlig og sosial identitet og finne frem til og utvikle omgivelser som støtter bedringsprosessen. I den sosiale og dynamiske forståelsen understrekes at recovery ikke er et personlig ansvar og prosjekt alene. De sosiale og materielle betingelsene kan fremme eller hindre personens prosess. De som er rundt skal fungere som rådgivere, støttespillere, kartlesere og veivisere. Det er personen selv som er i førersetet.



I NORDEN oppfattes hjemmet, arbeid og aktivitet, utdannelse, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie å ha stor betydning for recoveryprosessen.

For det andre dreier recovery seg om personens egen aktive innsats. Det handler om alt det den enkelte gjør for å hjelpe seg selv og for å holde håpet levende. Det kan være å finne frem til folk og systemer som kan være til støtte, håndtere ulike problemer og etablere et meningsfullt liv. Recovery er personens arbeid med å få og ta tilbake alt det som er tapt, som rettigheter, roller, ansvar og plikter, valgmuligheter, rett til å bestemme selv i stort og smått, rett til å ha en fremtid og rett til brukbar hjelp slik vedkommende selv ser det. Recovery er ikke primært fagfolks intervensjoner og bidrag.

Recovery kan foregå på ulike vis og med eller uten hjelp fra fagpersoner. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende, mens andre representerer barrierer.

For det tredje er recovery både sosialt og personlig. De vanlige omgivelsene, som jobben, fotballarenaen, treningssenteret, puben, parken, bingoen, er det som fremheves som gode recoveryarenaer. Det er i det vanlige livet man kan «øve seg» på å være et helt menneske, finne mening og ta kontroll over eget liv ved hjelp av, og i samspill med, medmennesker.

For det fjerde handler recovery mer om livsprosesser enn resultater. Sentralt i dette er erkjennelsen av at ulike samfunnsstrukturer og levekår har en sentral betydning. Videre er det viktig med anerkjennelse av tiden og kreftene som skal til for å finne frem til levemåter, gode omgivelser og strategier der problemene ikke blir så dominerende i det daglige. Støttespillerne rundt må forstå hva det innebærer å oppleve og finne mening, å bygge på egne ressurser, interesser og kompetanse, og å utvikle velfungerende mestringsstrategier for konkrete plager. Recovery som «resultat» står mer på fagfolks og organisasjoners dagsorden, som en dokumentasjon av den faglige innsatsens effekt og virksomhetens verdi.

For det femte viser forskning at recovery foregår på ulike vis. Recovery er ikke rettlinjet eller strømlinjeformet. Det innebærer både fremgang og tilbakeskritt, med eller uten behandling og støtte fra offentlige instanser. Recovery handler ikke om å følge en retningslinje for «best practice».

Konklusjon

Recovery som begrep og kunnskapsområde tillegges forskjellig innhold og forståelse, der to ulike kilder til kunnskapsutvikling fremstår. Den ene er orientert mot behandlingsresultater og effektorientert forskning og den andre mot forskning innen brukererfaringer og erfaringsbasert kunnskap med hva som støtter recoveryprosesser i vid forstand. Det presenteres tre definisjoner som det ofte vises til i forskningslitteraturen: Recovery som en personlig prosess, recovery som en sosial prosess og recovery som et resultat eller klinisk recovery. Selv om recovery fremstilles forskjellig, er det noen fellestrekk i den erfaringsbaserte forskningen. Recovery handler om personens perspektiver på hva som hjelper og den enkeltes egen innsats for å ta kontroll, finne mening, håndtere konsekvensene av de psykiske problemene og reetablere et verdig liv. Recovery innebærer både personlige og sosiale prosesser, der levekår og strukturelle faktorer spiller en vesentlig rolle. Recovery kan foregå på ulike vis og med eller uten hjelp fra fagpersoner. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende, mens andre representerer barrierer. Recovery som resultatorienterte praksiser fremstilles gjerne av fagmiljøer og organisasjoner.

3.2 Recovery – policyer og prinsipper

Nasjonale policyer

I det følgende vil ulike policyer for utvikling av recoveryorienterte praksiser i forskjellige land og miljøer fremstilles. Bakgrunnen for nasjonale utviklinger er dels politisk og dels knyttet til faglige tradisjoner. De nasjonale politiske føringene er forskjellige (Slade, 2009). I USA kom i 2003 «The President's New Freedom Commision on Mental Health», som konkluderer med at de psykiske helsetjenestene ikke er rettet mot det ene målet som er det viktigste for personene det gjelder: håpet om å komme seg og få et godt liv. Det understrekes videre at de aller fleste med psykiske lidelser, selv de som sliter med de mest langvarige problemene, kommer seg. Denne klare politiske føringen har vært viktig i endringen av psykisk helsetjenester ulike steder i USA. To sentrale miljøer innen

forskning og utvikling av recoveryorienterte praksiser 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 det vært en prosess gjennom mange år der ulike grupper er invitert inn til å diskutere endringsbehov av psykiske helsetjenester. I 2013 kom strategidokumentet *"Toward Recovery and Well-Being"* http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/241/toward-recovery-and-well-being

I Australia og New Zealand har det fra 1990-tallet vært en tydelig politikk for etablering av recoveryorienterte praksiser og anerkjennelse av personers egne mål for sine liv (O'Hagan, 2004). I Skottland ble en nasjonal psykisk helseplan vedtatt i 2006. Her understrekes tjenestenes ansvar for å vektlegge likeverd, sosial inklusjon, recovery og rettigheter. En rekke initiativ er tatt i lokale tjenester for å utvikle recoveryorienterte praksiser, med vektlegging av lokal og «bortom-up» - utvikling av organisasjoner. Her har brukerbasert opplæring, brukeransettelser, mer likeverdige samarbeidsformer mellom bruker, pårørende og fagpersoner, og ikke minst arbeid med å skape inkluderende lokalmiljøer, vært sentrale elementer (Smith-Merry mfl., 2009). I Irland kom en ny nasjonal psykisk helsepolitikk i 2006 der recoveryperspektiver ble fremhevet. Den ble senere fulgt opp med en rekke faglige retningslinjer (Oshodi & Rush, 2011). I England og Wales ga Helsedepartementet i 2001 ut en policymelding relatert til recovery med noe av samme strategier som i USA (Department of Health, 2001). Helsedepartementet anmodet tjenestene om å utvikle håpefulle praksiser og positive, samarbeidsorienterte relasjoner med de som søker hjelp. Videre minnet de om at den store majoritet av personer med psykisk uhelse kommer seg, dersom de får den støtte de trenger og selv ønsker. I England er to store nasjonale prosjekter knyttet til recoveryorientert praksisutvikling og forskning. Det ene er «The Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC)», som i ferd med å gjennomføre en rekke lokale og radikale endringsprosjekter. Det andre er «Section for Recovery», Institute of Psychiatry, King's College London. Dette er et sentralt forskningsmiljø innen recoveryorienterte psykiske helsetjenester.

I norsk helse- og velferdspolitikk er recovery i liten grad fremstilt som et sentralt begrep og perspektiv. I sentrale dokumenter understrekes imidlertid mange av de verdier og prinsipper som recovery bygger på.

I mange land er det en økende interesse for recovery. I en rekke miljøer brukes også andre begrep for beslektede praksiser, som brukerorienterte tjenester, samarbeidsbaserte tjenester, rehabilitering og resilience. Noen steder kan det se ut til å handle om arbeid mot en radikal endring av praksiser, mens andre steder blir det mer som en overskrift. Noen steder velger å implementere konkrete modeller for recovery, som vi vil vise senere, mens andre vektlegger en «bottom-up» - prosess. Her starter man lokalt sammen med brukere, pårørende og fagpersoner med utgangspunkt i noen humane og organisasjonsmessige prinsipper (Davidson mfl., 2007; Smith-Merry mfl., 2011; Boardman & Shepherd, 2012). I norsk helse- og velferdspolitikk er recovery i liten grad fremstilt som et sentralt begrep og perspektiv. I sentrale dokumenter understrekes imidlertid mange av de verdier og prinsipper som recovery bygger på. Vi vil anta at i mange land er situasjonen den samme. Et siste forhold vi vil nevne, er at i mai 2013 vedtok generalforsamlingen i World Health Organization (WHO) en «Mental Health Action Plan 2013 - 2020». Handlingsplanen vektlegger at forholdene skal legges til rette for recovery, empowerment, lokalbaserte tjenester og sosial inklusjon: http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/

Prinsipper for recoveryorientert praksisutvikling

Kunnskapssammenstillingen viser til at det finnes et mangfold av recoveryorientert praksisutvikling og prinsipper i og for dette arbeidet. I det følgende vil vi både peke på noen felles prinsipper og forskjellige prinsipper for recoveryorientert praksisutvikling med det formål å yte rettferdighet til mangfoldet som litteraturen viser til. I en internasjonal studie av hva som er de sentrale prinsipper for recoveryorienterte praksiser ble 30 dokumenter fra seks ulike land gjennomgått og analysert (Le Boutillier mfl., 2011). Hensikten var å identifisere noen

sentrale karakteristika ved recoveryorienterte praksiser. Studien konkluderte med fire kjerneområder: 1. *fremme medborgerskap* (støtte personen i arbeidet med å få et meningsfullt liv i lokalmiljøet med fokus på rettigheter, sosial inkludering, lokalmiljøutvikling), 2. *organisasjonsmessig lojalitet* (ledelse, kultur og rammebetingelser som muliggjør radikale endringer), 3. *støtte til personens egne recoverymål* (lydhørhet og lojalitet til personens mål og ønsker for livet sitt, vektlegge valgmuligheter, likemannsarbeid og helhet) og 4. *samarbeidsrelasjoner* (partnerskap og likeverd). Studien konkluderte med at en betydelig utfordring for tjenesteorganisasjonene var manglende presisjon av hva en recoveryorientert tjeneste konkret innebærer og består av – at det i mange sammenhenger ikke forstås at dette er endringer som handler om et paradigmeskrifte.

I en betydelig del av litteraturen vi har gjennomgått er man opptatt av å understreke den grunnleggende forskjellen mellom en medisinsk modell og recoverymodell.

Anthony (1993) beskrev for tyve år siden sentrale prinsipper for recoveryorienterte praksiser gjennom sin «Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s». Han påpeker her at recovery er noe annet, og mer enn, å komme seg fra de psykiske lidelsene. Det handler like mye om å komme seg fra ulike krenkende konsekvenser av det å ha psykisk helseproblemer, som stigma, inhumane tjenester, ikke kunne bestemme selv, negative erfaringer med arbeidslivet og knuste drømmer. Anthony understreker at recovery er det personer med psykisk helseproblemer selv gjør. I en rekke lands helse- og velferdspolitikk er nå recoveryorientering anerkjent som grunnlag for endring og utvikling av psykisk helse- og rustjenester (Davidson & White, 2007; Pilgrim, 2008; Amering & Schmolke, 2009; Davidson mfl., 2009; Slade, 2009; Edgley, Stickley, Wright & Repper, 2012). Dette gjelder blant annet USA, Canada, New Zealand, Australia, England og Skottland. Realisering og oppfølging av dette ser ut til å være uensartet. Glover (2002) og O'Hagan (2004), som begge er sentrale i internasjonale brukermiljøer påpeker, er det mye retorikk. Selv om policydokumenter og språkdrakt er recoveryorienterte, opplever mange av dem som mottar tjenestene i liten grad at maktforhold, tjenestenes innhold og samarbeidsformer endres i vesentlig grad. Fokuset og de daglige praksisformer avspeiler ikke håp og optimisme, personlig kontroll og ansvar, å bli tatt på alvor, nye roller og arbeid for tilknytning til lokalmiljøet (O'Hagan, 2004).

En kompetent psykisk helsearbeider, sier O'Hagan, som forstår recoveryprinsipper og brukererfaringer, støtter personens ressurser og initiativ, beskytter menneskerettigheter, oppfatter diskriminering og arbeider mot det, har kultursensitivitet og forstår behovet for å støtte familie og nettverk. I noen land og stater i USA er de politiske oppfordringer tatt på alvor. Det gjelder blant annet i Skottland (Smith-Merry mfl., 2009), og i Englands ImROC-prosjekt der 35 NHS Health Trusts deltok pr. 2009 (Shepherd mfl., 2009). I delstater og miljøer i USA og Canada arbeides det også med recoveryorientering. Et eksempel er Connecticut, som beskrives nærmere senere. Andre miljøer finnes 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 annen litteratur vi har inkludert, påpeker de store utfordringer recoveryorientering har for helse- og velferdspolitikken og tjenestene. Det innebærer et utvidet kunnskapsgrunnlag, andre fagpersonroller og personalsammensetninger samt å forholde seg til sosiale strukturer og mangfold (Davidson mfl., 2007; Shepherd, Boardman & Slade, 2008, Slade, 2009; Karlsson & Borg, 2013). Det betyr endring og tilpasning av rammebetingelser og finansieringsordninger som muliggjør andre samarbeidsformer mellom fagpersoner og de som trenger hjelp. Det betyr andre resultatmål og et mer humant språk.

I en betydelig del av litteraturen vi har gjennomgått er man opptatt av å understreke den grunnleggende forskjellen mellom en medisinsk modell og recoverymodell i recoveryorientert praksisutvikling. Det er viktig å ha dette klart for seg som et startpunkt i praksisutviklingen (Davidson mfl., 2007; Farkas, Ashcraft & Anthony, 2008; Shepherd mfl., 2008; Slade, 2009; Amering, 2010; Davidson, 2010). Robert & Wolfson (2004 s.40) gir en oversikt over sentrale forskjeller i begrep, forståelse, verdier og språk mellom en recoverymodell og en medisinsk modell. Oversikten oppsummerer på en god måte det som litteraturen viser:

Recoverymodell	Medisinsk modell
Livet og hverdagen	Patologi og symptomer
Biografi	Sykdomshistorie
Personorientering	Sykdomsorientering
Ressurser	Behandlingstiltak
Erfaringsekspert	Lege og pasient
Personlig mening	Diagnose
Valgmulighet	Compliance/«lydighet»
Erfaringskunnskap	RCT studier
Egenkontroll	Eksperter
Personlig ansvar	Profesjonelt ansvar
I sosial kontekst	Akontekstuell

Den medisinske modell legger sykdomsforståelse av menneskelige livsproblemer og uvanlig adferd til grunn. Dermed blir diagnoser, symptomer og sykdomsidentifisering det sentrale fokus (Ralph, Lambert & Kidder, 2002; Robert & Wolfson, 2004; Oshodi & Rush, 2009). Kunnskapsgrunnlaget er basert på store randomiserte studier. Det er den kunnskapsformen som gjerne gis høyest anerkjennelse. Den medisinske



AVHENGIG AV ANDRE: Muligheter for recovery er avhengig av omgivelser og mennesker som har kunnskaper og muligheter til å støtte personen i livsprosessen mot en bedre hverdag.

modelltenkningen har begrenset kontekstuell forankring, og i de medisinske systemer er også avgrensing av oppgaver i økende grad blitt dominerende. Det legges stor vekt på hva som er et spesialistansvar og differensiering mellom ulike tjeneste- og forvaltningsområder. Recoverymodellen, med utgangspunkt i studier av subjektive erfaringer med bedringsprosesser, representerer som vi har sett tidligere et annet perspektiv. I mye av litteraturen beskrives det som et paradigemeskifte (Davidson, 2005; Fox & Ramon, 2011; Le Boutillier mfl., 2011; Boardman & Shepherd, 2012; Glover, 2012; Ryan, Ramon & Greacen, 2012). Fokuset for personen selv, for fagpersoner og praksisorganisasjonene er arbeidet mot et godt, meningsfullt liv i sitt lokalmiljø, med eller uten psykiske plager. Praksiser basert på recoverymodeller forventes å være fleksible for å kunne møte ulike personers ønsker og behov til ulike tider. Ressurser, egen kompetanse og egne planer vektlegges. Det rettes oppmerksomhet på og mot sosiale strukturer og betingelser som sentrale for tjenestenes innretning.

Konklusjon

I mye av litteraturen beskrives recoveryorientering av psykisk helsetjenester som et paradigemeskifte. Fokuset for personen selv, for fagpersoner og praksisorganisasjonene er arbeidet mot et meningsfullt liv i lokalmiljøet, med eller uten psykiske plager. Det innebærer et utvidet kunnskapsgrunnlag, andre fagpersonroller og personalsammensetninger, samt å forholde seg til sosiale strukturer og mangfold. Internasjonalt tilnærmer man seg recovery på ulike vis i politikk og praksiser. Noen steder har man en «bottom-up» - prosess, der det starter med et lokalt samarbeid mellom brukere, pårørende og fagpersoner. Andre steder har en mer «top-down»-prosess med implementering av konkrete modeller. I en rekke miljøer brukes også andre begrep for beslektede praksiser, som brukerorienterte tjenester, samarbeidsbaserte tjenester, rehabilitering og resilience. Noen steder kan recovery se ut til å handle om å arbeide mot en radikal ending av praksiser, mens andre steder blir det mer som en overskrift.

I mye av litteraturen beskrives recoveryorientering av psykisk helsetjenester som et paradigemeskifte.

3.3 Recoveryorienterte praksiser

Strategier og retningslinjer for utvikling av recoveryorienterte praksiser

Gjennom litteraturstudiene blir det tydelige at det er to grunnleggende og ulike strategier for recoveryorientering av og i psykisk helsepraksiser. *På den ene siden* finner vi miljøer som ser nødvendigheten av et paradigmeskifte for å kunne snakke om en helhetlig recoveryorientert praksis. Her arbeider man med en omfattende endring av hele organisasjonen ut fra en recoveryforståelse tilsvarende det vi oppsummerte avslutningsvis i kapittel 2. *På den andre siden* finner vi miljøer som innfører mer avgrensede recoverymodeller, som brukes sammen med ulike andre behandlings- og rehabiliteringstilbud. Her er ikke et paradigmeskifte eller en grunnleggende omorganisering nødvendigvis noe tema. Vi vil i det følgende først komme med eksempler på helhetlig recoveryorientert praksisutvikling. I del 3.4 presenteres noen av de modeller som finnes tilknyttet omtalen av opplæringsprogram.

I en australsk studie (Hungerford & Fox, 2013) undersøkes ulike utfordringer knyttet til implementering av recoveryorienterte tjenester. Målet var å identifisere hva utfordringene handlet om og å bidra med noen anbefalinger til håndteringen av dem. Brukere ble intervjuet om sine erfaringer med recoveryorienterte praksiser. De formidlet en opplevelse av usikkerhet både hos fagpersoner og i brukergruppen om hva recoverytjenester skal være. De opplevde også at fagpersoner praktiserte «hold fingrene fra fatet» heller enn å styrke samarbeidet med brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Løsningene på disse problemene inkluderte blant annet en mer målrettet undervisning i regi av brukere (Hungerford & Fox, 2013).

En kanadisk studie (Piat, Sabetti & Bloom, 2010) tar opp lederes perspektiver på implementering av recovery i kanadiske psykiske helsetjenester. De er opptatt av den sentrale rolle som ledere har i slike

omfattende endringsprosesser. I denne studien ble lokalbaserte tjenester vurdert som mest åpne for recoveryorienterte praksiser, og «førstelinjen» - de som er nærmest brukere og pårørende - som nøkkelpersonene i systemendringene. Lederne beskrev sin rolle som begrenset til å sørge for overordnede strategier og økonomiske rammer.

I andre studier som oppsummerer strategier for utvikling og implementering av recoveryorienterte praksiser, er det tilsvarende kjerneområder som de vi her har nevnt, som går igjen (Jacobsen & Curtis, 2000; Robertson & Wolfson, 2004; Davidsson mfl., 2007; Farkas, 2007; Ramon mfl., 2009; Tew mfl., 2011; Glover, 2012; Perkins & Slade, 2012). Vi vil i det følgende gi noen konkrete eksempler.

I utviklingen av recoveryorientert praksis i Connecticut, USA, beskrives den omfattende omorganiseringen som en systemisk prosess. Fem strategier ble identifisert som sentrale. Disse går i hverandre og kan ikke ses som atskilte lineære prosesser. Strategiene som ble valgt var: 1) Verdier og prinsipper basert på innspill fra og i samarbeid med personer med egenerfaring ble utviklet og avklart i en omfattende prosess. 2) På denne bakgrunn ble noen sentrale begrep definert, som hva recovery handler om og innebærer, og en lokal strategi for transformasjonsprosessen ble vedtatt politisk og på ledernivå. 3) De arbeidet med kunnskapsgrunnlag, kompetansebygging og utvikling av recoverybaserte ferdigheter hos de ansatte. Personer med egenerfaring og pårørende deltok i dette. 4) Nødvendige endringer og tilpasninger av økonomiske, driftsmessige og administrative prosedyrer ble indentifisert og gjennomført. 5) Tilsvarende ble nødvendige endringer gjort i forhold til evaluering og løpende oppfølging. Det ble utviklet og tatt i bruk recoveryorienterte kartleggings- og evalueringsredskaper. Disse var rettet både til personer i recovery, fagpersoners holdninger og kunnskaper innen recovery og kartlegging av opplæringsbehov og systembarrierer. For mer informasjon om Connecticuts strategier for endring mot recoveryorientert praksis, se Davidson mfl., 2007 og Davidson mfl., 2009.

Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) i England. Her startet man ut på samme måte som i Connecticut i en prosess der brukere, pårørende, fagpersoner, ledere og frivillige organisasjoner arbeidet sammen i fem workshops. Denne erfaringsbaserte kunnskapsutviklingen fra ImROC vedrørende hva recovery handler om identifiserte 10 sentrale endringsområder:

- Endring av de daglige praksiser innen psykisk helsetjenester og relasjonen mellom den som søker hjelp og fagpersoner. Det er utviklet et «Topp 10 tips for recoveryfokusert praksis».
- Tilby brukerstyrt opplærings- og ferdighetstreningsprogram for fagpersoner.
- Etablere recoveryskoler for personer med egenerfaring, pårørende og fagpersoner. Skolene skal bidra til kultur- og holdningsendringer og bringe sammen bred ekspertise fra brukermiljøer, fagmiljøer, frivillige og lokalmiljøene. Her holdes kurs, workshops og ulike dialogforum.
- Sikre organisatorisk forpliktelse og lojalitet for organisasjonsutviklingen på alle nivåer. Dette gjelder for rekruttering, veiledning, planlegging og policyutvikling.
- Øke muligheter for valgmulighet for personen. Valg og kontroll over egen prosess er nødvendig.
- Endre måten det tenkes risiko og risikohåndtering på. De er opptatt av å bevege seg vekk fra risikovurdering og kontroll fra fagpersoners side, til å lage trygghetsplaner: planer som er skreddersydd slik at personen kan arbeide mot sine mål og der de deler ansvaret for trygghet.
- Redefinere brukerinvolvering. I en recoveryorientert tjeneste kan ikke en gruppe (fagpersoner) involvere en annen (brukere) i «deres» tilbud. Det må utvikles likeverd og samarbeid på alle nivåer.
- Endring av personalsammensetningene. De anbefaler en radikal endring og at 50 % av de ansatte har brukererfaring og har opplæring som erfaringseksperter.
- Støtte fagpersoner i deres utvikling mot å bli recoveryorienterte og i de ulike utfordringer knyttet til radikale forandringer.
- Øke mulighetene til å bygge seg et liv utenfor problemene. Deltakelse er avgjørende i recoveryprosesser. Om personene skal gjenoppbygge sine liv, må de ha samme valgmulighet, frihet og kontroll som innbyggere generelt: hjemme, på jobb og i lokalmiljøet. Dette betyr å anerkjenne og støtte oppunder både personens egne og omgivelsenes ressurser og kompetanse (Shepherd mfl., 2008; Perkins & Slade, 2012).

Noen miljøer som arbeider med recoveryorientering vektlegger enkelte dimensjoner mer enn andre (se kap. 3.1.). Noen steder er det stort fokus på personens egen aktive rolle og egenkontroll. Andre steder er man mer opptatt av lokalmiljøer, strukturelle samfunnsforhold, levekår og maktforhold. Tew (2005) peker på noen grunnleggende forhold knyttet til sosiale perspektiver på psykisk helse og recoveryorienterte praksiser. *For det første* forutsetter det å avvikle «oss» og «dem»-tenkingen som gir inntrykk av at det finnes to kategorier av mennesker. De «normale» og de «gale». Psykisk helse og uhelse må betraktes som livserfaringer og uttrykk integrert i det hverdagslige. *For det andre* forplikter et sosialt perspektiv til helhetlig tenking og forsøke å forstå psykisk helse kontekstuelt. Dette innebærer oppriktig å undersøke hva som foregår sammen med den det gjelder og de som er rundt ham eller henne. *For det tredje* betyr det å anerkjenne den forståelse personen selv gir til hendelser, sammenhenger og situasjoner. Dette innebærer å lytte etter mening og sammen med personen å forsøke og utvikle forståelse og enes om veier videre. *For det fjerde*, makt og posisjoner er en integrert del av det å forstå en situasjon og en person. I recoveryorienterte praksiser må det arbeides mot stigma, urettferdighet, fremmedgjøring og marginalisering. Det må jobbes for praktiske løsninger, gode rammebetingelser for den enkelte, gode sosiale miljøer og et mer inkluderende samfunn (Tew, 2005; Pilgrim, 2009; Boewink, 2012; Davidson mfl., 2012; Ryan mfl., 2012).

> I utviklingen av recoveryorientert praksis i Connecticut, USA, beskrives den omfattende omorganiseringen som en systemisk prosess.



LIVET OG HVERDAGEN: I motsetning til tradisjonelle medisinske termer handler recovery om personens kunnskaper og erfaringer med hva som hjelper, og har fokus på mening, håp, egenkontroll, ressurser, livet og hverdagen.

I en rekke miljøer og land foregår det nå implementering av recoveryorienterte praksiser (Davidson mfl., 2009; Slade 2009; Farkas 2012; Shepherd mfl., 2008). Slade (2012) understeker at for de fleste psykiske helse- og velferdstjenester er det krevende å bevege seg fra tradisjonelle praksismodeller til recoveryorientert praksiser. Utfordringene handler særlig om å forstå de grunnleggende implikasjoner et paradigmeskifte som dette innebærer. En bevegelse mot recovery innebærer å forstå og endre på maktforhold. Et eksempel er at det i slike praksiser er brukerens forståelse og ekspertise som skal ha forrang – ikke fagpersonens.

Avslutningsvis vil vi oppsummere noen sentrale strategier for helhetlig recoveryorientert praksisutvikling som ser ut til å gå igjen: 1) Recoveryutdanning, 2) kulturendring i tjenestene, 3) brukeransettelser og brukerstyrte tjenester og 4) recoverybaserte kartleggings- og evalueringsverktøy og resultatmål.

> I en rekke miljøer og land foregår det nå implementering av recoveryorienterte praksiser

Recoveryutdanning. Det legges særlig vekt på å ta i bruk erfaringskunnskap og recoveryforskning og se dette som en sentral del av kunnskapsgrunnlaget. Ulike etter- og videreutdanningsprogram etableres som en nøkkeldel av omorganiseringsprosessen. Utdanningstilbudene kan enten være spesielt tilrettelagt for brukere, pårørende, ledere eller fagpersoner. Det kan også være fellesprogram nettopp fordi recoverybaserte praksiser ønskes utviklet i fellesskap mellom de overnevnte gruppene. Fellesprogram anses å være viktige når nye praksiser innebærer nye roller og samarbeidsformer for alle, samt for andre policyer og lederstrukturer. I England har man etablert Recovery Colleges (Perkins & Slade, 2012). Disse er i stor grad utviklet og ledet av personer med egenerfaring. I de ulike utdanninger er det også program rettet mot kompetanseutvikling og veiledning for erfaringskonsulenter. Dette er personer med egenerfaring som ansettes i tjenestene som et sentralt bidrag i tjenesteutviklingen. Det understrekes at for å oppnå varig endring av psykisk helse- og velferdstjenestene, må holdningene og samarbeidspraksisene til fagpersoner endres. Brukerstyrte utdanningsprogram er en viktig strategi for å oppnå varig endring (Davidson mfl., 2008; Shepherd mfl., 2008; Farkas, 2012).

Kulturendring i tjenestene. Den daglige praksis må gjennomgå en grunnleggende endring, særlig i forhold til hvordan samarbeidet og relasjonene mellom fagpersoner, brukere og pårørende fungerer. Recoveryorienterte praksiser forutsetter økt kontroll for personen, reduserte maktforskjeller, langt større fokus på sosial inkludering og kontakt med lokalmiljøet, et hovedfokus på «livet utenfor problemene» og håp. Denne kulturendringen gjelder for organisasjonen som helhet, og integreres i rekruttering, veiledning, planlegging og policyutvikling. Språk og samværsformer er også en del av dette.

Brukeransettelser og brukerstyrte tjenester. En bredere sammensatt fagpersongruppe vektlegges i tjenesteutviklingen. De tradisjonelle faggruppene må reorienteres både i forhold til de mellommenneskelige relasjoner og innholdet i tjenestene. Fokus på livet i lokalmiljøet, jobb, økonomi, hjem, arbeid mot stigma og eksklusjon, er noe av det mest sentrale. Dette innebærer at rammebetingelsene for praksis også må endres slik at fagpersonene får autonomi til å arbeide recoverybasert. Erfaringskonsulenter er en naturlig del av fagpersongruppen. Egne utdanningsprogram ivaretar deres behov for kompetanseutvikling slik at erfaringskunnskap kan integreres med fagkunnskap. Brukerstyrte tilbud som drop-in sentra, krisetilbud, selvhjelpsgrupper og alternativ til innleggelser, er vanlige deler av et helhetlig recoveryorientert praksistilbud (Jacobsen & Curtis 2012; Shepherd mfl., 2008).

Recoveryorienterte kartleggings- og evalueringsverktøy og resultatmål

Det er utviklet en rekke instrumenter basert på recoveryforskning: dels for kartlegging og evaluering på individnivå og dels på tjenestenivå. En psykisk helsetjeneste som arbeider recoveryorientert trenger andre former for kartlegging, evaluering og resultatmål. Selv-evalueringsverktøy for personen, pårørende og fagpersoner kan brukes for å kartlegge og måle i hvilken grad en tjeneste arbeider recoverybasert. Wellness Recovery Action Planning (WRAP) er et instrument som benyttes i mange tjenester. For videre lesning henvises til kapittel 3.5.

Helhetlig recoveryorientert praksisutvikling

Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) – England.

ImROC har gjennomført et pilotprosjekt i England på vegne av The Department of Health (NHS). Her deltar 29 lokale NHS og uavhengige tjenesteorganisasjoner innen psykisk helse fra ulike deler av landet (Shepherd mfl., 2010; Boardman & Frieli, 2012; Alakeson & Perkins, 2012; Perkins mfl., 2012; Repper, 2013; http://www.imroc.org/). ImROC er en virksomhet som støtter lokale psykisk helsetjenester og deres samarbeidspartnere i arbeidet med å bli mer recoveryorienterte. De arbeider etter de fire strategier for helhetlig recoveryorientert praksisutvikling som ble beskrevet overfor. Ytterligere fire sentrale erfaringer trekkes fram i evalueringen av den toårige pilotperioden (The NHS Confederation's Mental Health Network (MHN), 2012). *For det første* viser de at endring til en mer recoveryorientert praksis er mulig selv om ressursene er begrenset. Det krever at organisasjonene er villige til å tenke nytt om eksisterende tjenester og personalressurser. *For det andre* er felles læring mellom fagpersoner og brukere en kraftfull og effektiv metode for systemendringer. *For det tredje* må den lokale ledelse ha god oppbakking av overordnede ledere og styret for at recoveryorienterte praksiser kan la seg gjennomføre. *For det fjerde* er det behov for mer erfaring knyttet til identifisering og oppfølging av recoveryorienterte resultater. Et helhetlig recovery-resultatmål bør inkludere personens erfaringer, økt håp og kontroll over sin situasjon og opplevelse av å ha nådd ønskede livsmål. ImROC peker også på flere erfaringer som kan være nyttige for andre, for eksempel at det ikke finnes noen oppskrift for hvordan en recoveryorientering best kan introduseres eller innføres. Organisasjoner har høyst ulike historier og lokale praksiser som det må tas hensyn til. Det nytter ikke at deler av en organisasjon får opplærling og støtte i recoveryutvikling av tjenestene. Alle må involveres og en god, forpliktet og tydelig ledelse er en forutsetning for å lykkes. Endring tar tid og vanligvis lenger tid enn forventet. Det er betydelige barrierer som skal håndteres. Dette handler om tradisjonelle arbeidsmåter som er vanskelige å få snudd, endring av fagpersonroller, ansettelse av personer med egenerfaring, begrensede ressurser og administrative standardkrav og prosedyrer innen planlegging og oppfølging. Betydningen av felles læring mellom ulike grupper og det å lære av hverandre fremheves. Historisk sett har psykiske helsetjenester ofte utviklet seg raskere gjennom eksempler og erfaringer fra andre enn fra topptung policy-implementering.

> Det er utviklet en rekke instrumenter basert på recoveryforskning: dels for kartlegging og evaluering på individnivå og dels på tjenestenivå.

Utvikling av recoveryorientert praksis i Connecticut – USA.

I perioden 2002 – 2007 innførte Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services (DMHAS) recovery som det overordnede målet for den offentlige psykiske helse- og rustjenesten (Davidson mfl., 2007; Davidson mfl., 2009). Det hele startet i 2000 ved at helsedirektøren inviterte personer med brukererfaring til å utarbeide en recoveryplattform som skulle være retningsgivende for praksisutviklingen. Dette resulterte i en liste med sentrale verdier og prinsipper for recovery som dannet grunnlaget for en recoverypolicy. Den ble vedtatt i de sentrale politiske organer. Et resultat av prosessen ble en konkret definisjon av begrepet recovery som organisasjonen skulle legge til grunn: *«Recovery er en prosess som dreier seg om å gjenopprette opplevelsen av en meningsfull tilhørighet i lokalmiljøet og en positiv selvfølelse atskilt fra problemene, mens en gjenoppbygger et liv til tross for begrensningene skapt gjennom problemene»* (Davidson mfl., 2007, s. 24 og 25, vår oversettelse). Denne definisjonen representerte et paradigmeskifte fra en medisinsk modell til en rettighetsorienterte modell, som i tillegg til sivile rettigheter og menneskerettigheter inkluderte funksjonshemmedes rettigheter. I stedet for å ha fokus på

> Det nytter ikke at deler av en organisasjon får opplærling og støtte i recoveryutvikling av tjenestene. Alle må involveres og en god, forpliktet og tydelig ledelse er en forutsetning for å lykkes.

tilpasning og compliance med behandlingen, skulle nå et *samarbeid* med brukere og pårørende være grunnlaget for praksisene. I tillegg kom en fagpersonrolle som hadde til oppgave å støtte personen i arbedet med sine mål og sitt livsprosjekt. DMHAS trekker fram noen sentrale strategier i omorganiseringen. I et partnerskap med bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagmiljøer og et forskningsmiljø, startet en prosess med å meisle ut noen definerte elementer i recovery. Ut fra dette ble recovery konkretisert gjennom en «bottom-up»-prosess med ulike grupper: 1) Personer med egenerfaring, 2) fagpersoner og 3) ledere. Slik fikk de fram hva recovery betydde for de sentrale partene.

Det neste steget var å utvikle et selvvurderingsskjema som ble brukt av team og fagmiljøer i dialog med ledelsen for å starte utviklingen. På denne måten kartla de sine styrker og svakheter og kunne identifisere områder som måtte endres i forhold til standardene for en recoveryorientert tjeneste. De ulike steg i omorganiseringsprosessen er felles med de prinsipper vi har beskrevet tidligere; disse er kompetanseutvikling for og med fagpersoner, brukere og pårørende, nye kartleggings- og evalueringsverktøy på person- og systemnivå og utdanning og ansettelse av personer med egenerfaring i tjenestene. Erfaringer fra DMHAS viser at endringer tar tid. Videre trekker de fram to forhold som sentrale. *Det ene* er at recovery ikke handler om noen spesifikke intervensjoner eller tjenester, men hva personer selv gjør for å håndtere livsproblemene og få livet sitt tilbake. Recovery viser heller ikke til hva fagpersoner gjør eller kan gjøre for andre. *Det andre* er at recovery ikke kan være noen tilleggstjeneste, noe som foregår ved siden av eksisterende tjenester. Å arbeide recoveryorientert forutsetter at recovery, slik det ble definert lokalt, er det sentrale mål og selve overbygningen for alle tjenester og støttesystemer. Fokuset må være på felles utvikling og nødvendige endringer av policyer, prosedyrer, daglige samhandlingspraksiser og støttesystemer. Videre må personalressurser og økonomiske ressurser reorienteres slik at prinsippene for recovery kan bli reelle for personene som arbeider med sine livsutfordringer.

I DMHAS ble det understreket at recoveryorienteringen var en evidensbasert praksis. Basert på over tretti års forskning som dokumenterer at personer med alvorlige psykiske lidelser kommer seg, utviklet de denne forskningen videre. Dette, sammen med annen recoveryforskning, dannet grunnlaget for utviklingen recoveryorienterte praksiser (For mer detaljer om strategier og verktøy i endringsprosessene, vises til Davidson mfl., 2009 og http://www.yale.edu/PRCH). The Program for Recovery and Community Health (PRCH) har bidratt i en rekke helseforetak og stater i USA og andre land, i utviklingen av recoveryorienterte praksiser. For mer informasjon om dette se http://www.yale.edu/PRCH). Det er også andre miljøer i USA og Canada som har vært sentrale i recoveryorientering, som Center for Psychiatric Rehabilitation : http://cpr.bu.edu/ og de øvrige vi har vist til tidligere.

Konklusjon

Slik det understrekes i ImROC finnes ingen presis oppskrift for hvordan recoveryorientering best kan innføres. Det må tas hensyn til organisasjoners ulike historier og praksiser. Historisk sett har psykiske helsetjenester ofte utviklet seg raskere gjennom eksempler og erfaringer fra andre enn fra topptung policy-implementering. Forhold som kan se ut til å *fremme* en helhetlig recoveryorientert praksis er: 1) Utvikle hele organisasjonen, alle må involveres, tydelig ledelse og lederforankring er nødvendig, 2) å avklare hvordan recovery forstås og hva en recoveryorientert tjeneste konkret innebærer og består av, 3) å forstå at dette er endringer som handler om et paradigmeskrifte, 4) felles kunnskapsutvikling, læring mellom ulike grupper og av hverandre, 5) vektlegge likeverdige samarbeidsformer, 6) utvikle recoveryorienterte kartleggings- og evalueringsverktøy samt resultatmål og 7) nødvendige endringer og tilpasninger av økonomiske, driftsmessige og administrative prosedyrer. Forhold som kan se ut til å *hemme* en helhetlig recoveryorientert tjeneste er: 1) Manglende erkjennelse av de betydelige barrierer som skal håndteres, slik som trad sjonelle arbeidsmåter, at disse må snus, og fagpersonroller som skal endres. I stedet for å ha fokus på tilpasning og compliance med behandlingen, skal et *samarbeid* med brukere og pårørende være grunnlaget for praksisene og 2) recovery som en tilleggstjeneste, noe som foregår ved siden av eksisterende tjenester.

«Historisk sett har psykiske helsetjenester ofte utviklet seg raskere gjennom eksempler og erfaringer fra andre enn fra topptung policy-implementering.

3.4 Finnes det i forskningslitteraturen og i faglitteraturen gode eksempler på felles opplæringsprogram for brukere og hjelpere om recovery?

Forholdet mellom opplæringsprogram og kartleggings- og evalueringsverktøy

Vi har under punkt 3.3 gjennomgått strategier og retningslinjer for utvikling av recoveryorienterte praksiser. Et sentralt bidrag i det å kunne utvikle recoveryorienterte praksiser er forholdet mellom recoverybaserte opplæringsprogrammer for brukere og ansatte, og tilsvarende kartleggings- og evalueringsverktøy og resultatmål. Funnene fra den systematiske kunnskapssammenstillingen viser en sammenheng mellom utviklingen av ulike opplæringsprogram og relaterte kartleggings- og evalueringsverktøy (Lysaker, Lintner, Luedtke & Buck, 2009; Slade, 2010; Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson,Williams & Slade, 2011; Perkins & Slade, 2012). Samtidig pekes det på utvikling av recoveryorienterte praksiser hvor det ikke er utviklet tilhørende opplæringsprogrammer og det utlukkende brukes kartleggings- og evalueringsverktøy. Kunnskapssammenstillingen finner færre opplæringsprogram for brukere og fagpersoner enn det er kartleggings- og evalueringsverktøy (Andresen, Caputi, & Oades, 2010; Burgess mfl., 2011; Wilrycx, Croon, Van Den Broek & Van Nieuwenhuizen, 2011). På denne bakgrunn viser kunnskapssammenstillingen til et mangfold av både opplæringsprogram, kartleggings-, evaluerings- og resultatverktøy samt forholdet mellom disse.

Litteraturen viser også til noen grunnleggende spørsmål som reises og diskuteres når en skal vurdere relevansen av ulike felles opplæringsprogram samt kartleggings- og evalueringsverktøy for brukere, ansatte og tjenester. Den *ene* diskusjonen knytter seg til om ulike opplæringsprogram og deres verktøy evner å fange de grunnleggende perspektivene i forståelsen av recovery og hva som skal til for at programmene skal kunne implementeres i tjenesteutviklingen. Vi har i kap. 3.1 vist til tre perspektiver på recovery som en personlig prosess, som en sosial prosess 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) vises det til at den manglende avklaringen om hva recoveryorienterte praksiser er, også bidrar til uklarheter om hva innhold og metoder skal være i tilsvarende opplæringsprogrammer og kartleggings- og evalueringsverktøy. Williams og kollegaer (2012) fremholder at de ikke finner at noen opplæringsprogrammer og deres respektive verktøy var knyttet til en begrepsmessig avklaring av hva recoveryorientert praksis skulle være. Schrank og kollegaer (2013) peker i deres gjennomgang på at et overordnet spørsmål er om opplæringsmodeller bringer endringer, hva endringer skulle kunne innebære og hvordan de skal kunne måles. Kan man ha personorienterte recoveryverktøy når tjenestene ikke er recoveryorienterte? Hvordan henger individ og tjenestemodeller sammen? Lakerman (2004) hevder at de opplæringsprogrammer som fokuserer på individuelle kartleggings- og evalueringsverktøy og som utelukkende betoner kliniske evalueringsmål, er uegnet i recoveryorienterte praksiser. Forfatteren fremholder at disse bare i begrenset forstand kan fange den rikdom av erfaringer som ligger til grunn for ulike personers recovery, og derfor ikke bidrar til å utvikle de recoveryorientert tjenestetilbud som skal eller kan gis.

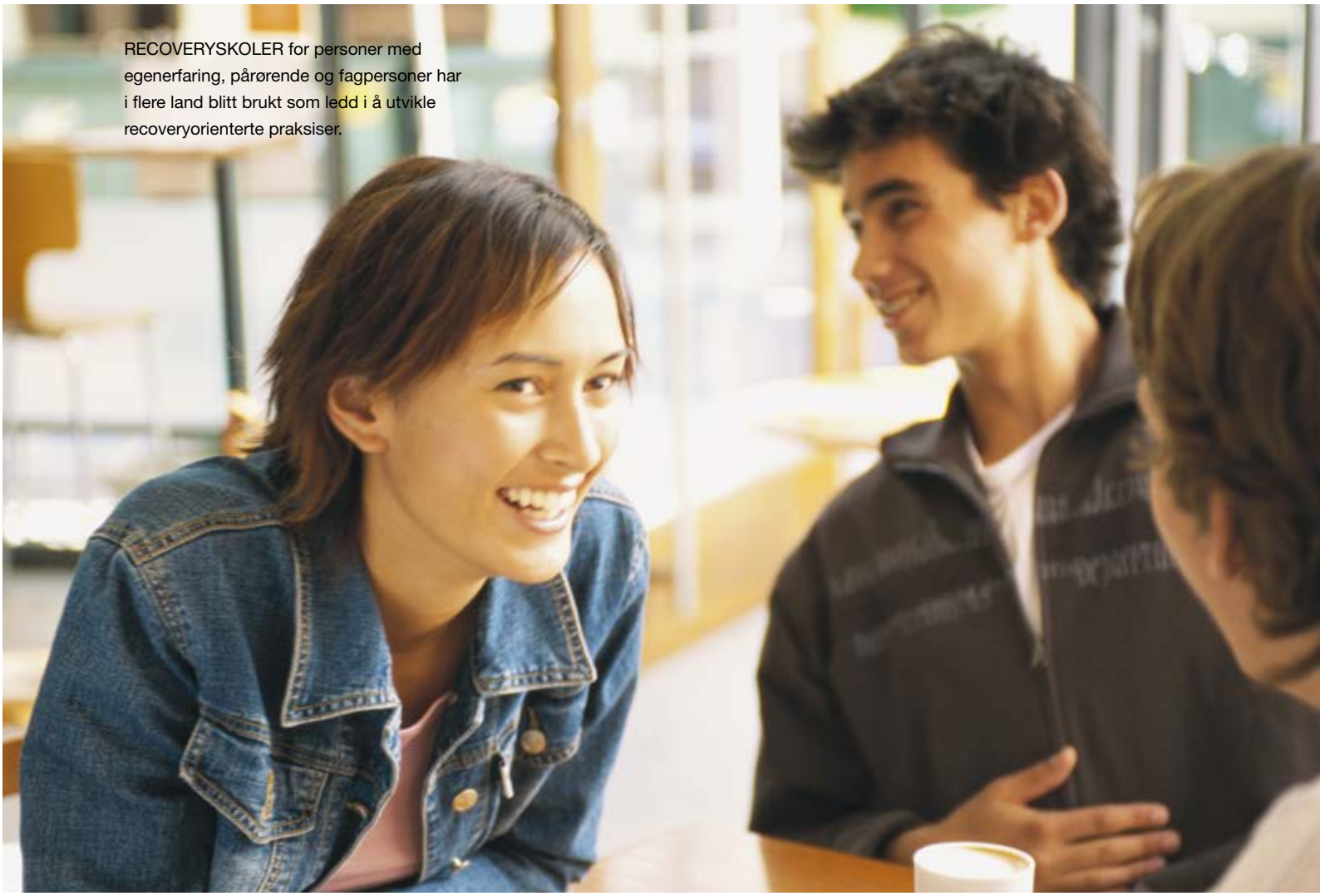
Den *andre* diskusjonen knytter seg til hva og hvem som skal forandres i betydningen av at recoveryperspektivene representerer noe nytt i psykiske helsetjenester. Er det organisasjoner, kulturer, fagpersoner eller brukere som skal inviteres til forandring? Kan man tenke at helheten skal forandres eller kan man ta deler av helheten? (Meehan, King, Beavis & Robinson, 2008; Lysaker mfl., 2009; Witley mfl., 2009; Le Boutillier mfl., 2011). Begge disse diskusjonene er sentrale ved at de er avgjørende for de perspektiver og det innhold ulike opplæringsprogrammer skal fylles med (Witley mfl., 2009; Perkins & Slade, 2012), og også hvordan de skal gjennomføres og med hvem som deltar i utformingen og gjennomføringen av programmene (Le Boutillier mfl., 2011). Sistnevnte forfattere viser i sin gjennomgang av opplæringsprogrammer fra USA, England, Skottland, Irland, Danmark og New Zealand at brukerinvolveringen i programutvikling og gjennomføring er avgjørende, og at denne er svært varierende i de nevnte lands programmer. I sin kvalitative analyse av 30 artikler om recoveryorienterte praksiser fra de nevnte land viser Le Boutillier mfl. (2011) fire sentrale aspekter ved gode opplæringsprogrammer: 1. De fremmer medborgerskap, 2. de har en organisasjonsmessig troskap, 3. de støtter en personlig definert recoveryprosess og 4. det utvikles en arbeidsallianse mellom bruker og ansatt.

I dette kapittelet velger vi nå å peke på de mest sentrale opplæringsprogram i vår besvarelse av forskningsspørsmål 4. Vi vil løfte frem noen recoverymodeller og deres opplæringsprogram. Modellene vi har valgt å presentere er ImROC: The Implementing Recovery through Organisational Change, IMR: Illness Management and Recovery – herunder også WERP: Wellness Enhancement Recovery Program og WMR: Wellness Mangement Recovery, CRM: Collaborative recovery model, WRAP: Wellness Recovery Action Plan, Peer-support modeller samt en kategori av Andre opplæringsprogrammer.

Recoverymodeller og opplæringsprogram

ImROC: Implementing Recovery through Organisational Change

ImROC har som vi tidligere viste gjennomført et pilotprosjekt i England der det deltok 29 lokale NHS og uavhengige tjenesteorganisasjoner innen psykisk helse fra ulike deler av landet (Shepherd, Boardman & Burns, 2010, Boardman & Frieli, 2012; Alakeson & Perkins, 2012; Perkins, Repper, Rinaldi & Brown, 2012; Machin & Repper, 2013; Repper, 2013; http://www.imroc.org/). ImROC er en virksomhet som støtter lokale psykisk helsetjenester og deres samarbeidspartnere i arbeidet med å bli mer recoveryorienterte. Grunnlaget for omorganiseringsprosessene er de som tidligere ble beskrevet i kap 3.2. I denne sammenheng er to forhold sentrale: 1) Opplæringsprogrammer må ha et recoverybasert kunnskapsgrunnlag og et felles utdanningsprogram for brukere, pårørende og fagpersoner og 2) Det må inngå recoverybaserte kartleggings- og evalueringsverktøy og resultatmål. I evalueringen av den toårige pilotperioden (The NHS Confederation's Mental Health Network (MHN), 2012) trekkes et punkt frem i forhold til evaluering: Det er behov for mer systematisert erfaring og



RECOVERYSKOLER for personer med egenerfaring, pårørende og fagpersoner har i flere land blitt brukt som ledd i å utvikle recoveryorienterte praksiser.

kunnskap for å kunne identifisere og følge opp recoveryorienterte resultatmål. Et helhetlig resultatmål av recovery må inkludere personens erfaringer, økt håp, kontroll over sin situasjon og opplevelse av å ha nådd ønskede livsmål. I forhold til opplæringsprogrammer fremheves betydningen av felles læring mellom ulike grupper og det å lære av hverandre.

IMR: Illness Management and Recovery

IMR ble utviklet som et program basert i forskning innen opplæringstilbud for personer med en schizofrenilidelse hvor fokus var rettet mot mestring av egne symptomer. Målet med IMR er å hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser til å lære og håndtere sine symptomer og sykdomsopplevelser mer effektivt. Fem empirisk forankrede områder ble identifisert: Psykoedukasjon innen psykisk lidelse og behandling, kognitiv tilnærming (CBT) til effektiv medisinbruk (compliance), utvikle tilbakefallsplan, sosial ferdighetstrening og mestringstrening. Disse fem områdene er inkludert i ni IMR-moduler som danner grunnlag for undervisning, motivering og CBT (Kognitiv aferdsterapi) opplæringsstrategier (Mueser mfl., 2006). Det legges opp til individuelle og gruppetilbud som det tar ca. 9 måneder å gjennomføre. Hjemmeoppgaver avtales i samarbeid mellom bruker og fagpersonen. Med personens tillatelse, inviteres også familie og venner til å støtte personen i å lære seg strategier til å leve med symptomer og arbeide mot sine mål. IMR er tatt i bruk i en rekke land, også i Norge (Mandelid, Lid & Färdig, 2013). Det er utviklet undervisningsmateriell om IMR som er tilgjengelig på SAMSA sin hjemmeside http://store.samhsa.gov/product/Illness-Management-and-Recovery-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA09-4463 Det er foretatt noe evalueringsforskning innen IMR som viser bedring av symptommestring (Mueser mfl., 2006; Hassan-Ohayon, Roe & Kravetz, 2007) og positiv erfaring med selve programmet (Roe mfl., 2009).

> Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) er en virksomhet som støtter lokale psykisk helsetjenester og deres samarbeidspartnere i arbeidet med å bli mer recoveryorienterte.

WERP: Wellness Enhancement Recovery Program og WMR: Wellness Mangement Recovery

Både WERP og WMR er videreutviklinger av IMR og begge disse programmene har beholdt deler av IMR innen psykoedukasjon og symptommestring. De har styrket områder som fokus på håp, ressursorientering og sosiale relasjoner. For mer informasjon om WEPR, se Tierney & Kane, 2011, og om WMR, se Rychener, Salyers, Labriola & Little, 2009.

CRM: Collaborative recovery model

CRM er introdusert både i kanadisk (Oades, Crowe & Nguyen, 2009) og australsk kontekst (Oades mfl., 2005; Prabhu & Browne, 2007). Her fremheves hvordan modellen bidrar som en støtte for klinikere i recoverybasert praksisutvikling. CRM består av to retningsgivende prinsipper og fire komponenter, samt seks opplærings- og treningsmoduler. CRM startet med opplæringsprogram for fagpersoner, og har etter hvert laget moduler for egenutvikling for personer med egenerfaring og moduler for pårørende. I alle modulene følges kjerneområdene for CRM og prinsippene om Recovery som en individuell prosess, Samarbeid og støtte til autonomi, Endringsorientering, Ressurs og verdiorientering, Samarbeidsbaserte visjoner og mål og Samarbeidsbasert handlingsplaner og oppfølging.

Erfaringer fra denne modellen understreker nødvendigheten av kompetanseutvikling og holdningsendringer. I ett av stedene (Prabhu & Browne, 2007) viser de at CRM ble godt mottatt både av brukere og fagpersoner. Fagpersonene opplevde det krevende at recoveryorientert arbeid utfordrer den etablerte virksomheten. Jevnlig opplæring og tilrettelagte møteforum var viktig for å støtte fagpersonene i samarbeidende recoveryorienterte praksiser. Nært samarbeid både med brukere og pårørende var avgjørende. Forfatterne understreker at den nye recovery- og samarbeidsorienterte tjenesten, ble opplevd som effektiviserende ved fokuset på personen, og bedre koordinering innenfor og mellom tjenestenivåene. Den sentrale rollen som ledere har, ble understreket.

Dette gjelder både i oppfølging og støtte for hele organisasjonen, og i forhold til å endre omgivelsene slik at de blir mer ressursorienterte og inviterende til vekst og utvikling.

WRAP: Wellness Recovery Action Plan

WRAP er utarbeidet av Mary Ellen Copeland og brukes i mange internasjonale praksiser (http://www.mentalhealthrecovery.com/wrap/; Oshodi & Rush, 2011). WRAP ble utviklet av personer med egenerfaring sammen med Copeland. Her identifiseres fem områder som er nødvendig for recovery: håp, personlig ansvar, utdanning, kunne fremme sin sak (self-advocacy) og støtte. WRAP defineres som en arbeids- og recoverymodell som er utviklet for å sikre helse og velvære, redusere symptom og plager, styrke egen rolle og eget ansvar og bedre livskvaliteten. WRAP kan bli brukt sammen med ulike andre behandlingsopplegg som personen selv velger. WRAP er også inkludert som en av fire tilnærminger i den skotske utviklingen av recovery og opplæringsprogrammer (Smith-Merry mfl., 2011). Man finner at WRAP hadde en avgjørende betydning for brukere og ansatte i sin opplæring til recoveryorienterte praksiser.
recoveryorienterte praksiser.

Peer – support-modeller

Peer - support kan best beskrives som personer som selv har hatt erfaringer med psykisk uhelse, og som vil bruke disse erfaringene til å støtte og hjelpe andre som er i en tilsvarende situasjon. I en norsk sammenheng kan dette omtales som likemenn eller likemannsarbeid, erfaringskonsulenter, brukermedvirkere eller personer med egenerfaring. Utviklingen av peer-support modeller i recoveryorienterte praksiser i psykisk helsefeltet startet ved inngangen til 2000 - tallet, inspirert av tilsvarende modeller i somatiske helsetjenester (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell & Rowe, 2009). I dag finnes det en rekke modeller for peer - support hvor det grunnleggende er at personer med egenerfaring skal bruke sin erfaring med recovery både personlig, i opplæringssammenheng og som tjenestetilbud i samarbeid med andre brukere 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 overnevnte studier viser til et mangfold av peer – support-modeller fra personlige og gruppebaserte involveringer i møte med andre brukere, utdanningsprogrammer for brukere, utdanningsprogrammer for ansatte, utdanningsprogrammer for begge grupper og i forskning og forskningsledelse.

Andre opplæringsmodeller

Center for Psychiatric Rehabilitation

Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin (2005) trekker fram noen sentrale dimensjoner ved implementering av evidensbaserte, recoveryorienterte programmer. Disse defineres som verdier eller retningsgivende prinsipper for praksis. Det er personorientering, personinvolvering, selvbestemmelse og valgmulighet samt troen på vekstmuligheter.

Personorientering handler om at tjenestene må se personen som en med ressurser og muligheter, talent og interesser, så vel som en som har utfordringer. Altså som et helt menneske og ikke som en diagnose eller en «sak». *Personinvolvering* fokuserer på menneskers rett til full deltakelse og samarbeid når det gjelder planlegging, tiltak og evaluering av tilbud som skal støtte recoveryprosessen. *Selvbestemmelse* og *valgmulighet* handler om personens rett til å ta selvstendige valg i alt som angår den enkeltes vei framover. Dette gjelder mål, hvilke tjenester og aktiviteter som ønskes, tid og sted som er mest ønskelig for ulike tiltak og hva et godt resultat er. *Troen på vekstmuligheter* fokuserer på håpet for fremtiden og den iboende styrke og kapasitet i alle mennesker til å komme seg videre, uansett hvor umulig det kan se ut i øyeblikket. Verdier danner så grunnlaget for organisasjonsutvikling og personalsammensetting. I organisasjonen utvikles *målsettinger* basert i verdigrunnlaget og det identifiseres handlingsorienterte resultatmål. Dette kan være å ha arbeid, å ha et hjem, å trene, å ha kontroll på symptomer, å redusere medisiner med bivirkninger og å trives. Målsettingen skal ikke være luftige og visjonære, men konkrete og hverdagsnære og forståelige for brukere, pårørende, fagfolk og ledere. Det vil også bli utviklet bestemmelser for policy som reflekterer de fire kjerneverdier, prosedyrer som sikrer at mål og policyer gir

meningsfull retning for praksis og utdanningsprogrammer basert i dette. Det understrekes en bevisst personalpolitikk, veiledning og kompetanseutvikling.

Recovery på dansk

I Socialpsykiatrien i Århus, Danmark, har man siden 2006 arbeidet med et omfattende kvalitetsutviklingsprogram som har til mål å sikre at alle brukere blir møtt med en recoveryorientert tilnærming. Brukere skal bli møtt med en tro på at alle på sikt kan komme seg og selv om noen av problemene vedvarer, skal de få et bedre liv. I utviklingsprogrammet ble det gjennomført en basisutdannelse for de ansatte med fokus på reorientering av praksiser og samarbeidsformer. For mer informasjon om utviklingsprosjektet og evaluering se www.RecoveryDK.dk. Prosjektet ble evaluert i 2010 og her konkluderes det med at brukerne opplever en klar forbedring av de tilbud, den støtte og kontakt, som de mottar fra kommunen. Det kan ikke dokumenteres at psykisk helsetjenesten som helhet arbeider mer recoveryorientert. I evalueringsrapporten sammenfattes det forsiktig med at endringene i tjenestetilbudet kan gi brukerne opplevelse av at fagpersonene er mer lyttende og personorienterte.

Recovery på skotsk

Siden slutten av 2000-tallet har Skottland utviklet en recoverytilnærming i psykisk helsetjenestene, og som en følge av dette utarbeidet opplæringstilbud for brukere og ansatte (Smith-Merry mfl., 2011). Modellen er utviklet særlig de siste fem årene ved å forsøke å vektlegge den skotske konteksten i relasjon til inspirasjoner fra andre nasjoner, miljøer og tradisjoner som har arbeidet recoveryorientert. Til grunn ligger et forsøk på å rehumanisere de psykiske helsetjenestene. Smith-Merry mfl. (2010) peker på fire «teknologier» som er avgjørende i opplæring og bruk i den skotske recoverytilnærmingen: «1. Recovery narratives, 2. The Scottish Recovery Indicator, 3.Wellness Recovery Action Planning (WRAP) og 4. Peer Support» (s.1). Dette innebærer at den skotske tilnærmingen er basert på fire ulike innsteg for å kunne utvikle opplæringsprogrammer. Både basert i to kjente elementer; WRAP og Peer-Support og eget i form av Recovery narratives og The Scottish Recovery Indicator. På bakgrunn av dette legges det til grunn en dobbel tilnærming til recovery på skotsk, både i politikk, opplæring og i praksis. Ideer er importert fra andre kontekster og tradisjoner og utviklet i Skottland basert på lokale brukeres erfaringsbaserte kunnskap.

> I Socialpsykiatrien i Århus, Danmark, har man siden 2006 arbeidet med et omfattende kvalitetsutviklingsprogram som har til mål å sikre at alle brukere blir møtt med en recoveryorientert tilnærming.

Norsk recoveryopplæring

I en norsk studie (Karlsson, Borg, Revheim, & Jonassen, 2013) vises det til et kurs omtalt som «Utvikling av felles kurs for brukere og ansatte i empowerment og recovery». Kurset ble ledet av representanter fra en brukerorganisasjon og deltakerne var par av brukere og ansatte som daglig arbeidet sammen ved et DPS. Studien viser til kursets betydning for å utvikle en felles forståelse og praksis knyttet til det terapeutiske samarbeid og endrede foki for dette. Videre en anerkjennelse av betydningen av deres felles og ulike kunnskaper og kompetanse, samt å kunne dele dette med hverandre i en kontekst og annen struktur utenfor det terapeutiske rommet.

Opplæringsprogrammer for ansatte

Det er utarbeidet egne opplæringsprogrammer rettet mot ansatte i psykisk helsetjenester med henblikk på å utvikle recoveryorienterte praksiser. Disse er både profesjonsbasert og ikke.
Kirsh & Cockburn (2009) fremholder gjennom sin studie av Canadian Occupational Performance Measure (COPM) hvordan ergoterapeuter kan bruke forskjellige former for opplæring og verktøy i den hensikt å fremme rehabilitering gjennom recoverybaserte praksiser i psykisk helsefeltet.

I en studie av psykologer som arbeider i recoverybaserte tjenester beskriver Cohen mfl. (2012) at yrkesgruppen er særlig egnet til denne formen for klinisk arbeid med vekt på å lede opplæringsprogrammer for egen og andre yrkesgrupper og brukere. Deres profesjonelle utdanning og ferdigheter forbereder og gjør dem spesielt

egnet til å utvikle og lede recoverybaserte tilbud og opplæring, samt til å lede omstillings- og forandringsprosesser både på organisatorisk og individuelt nivå.

Stratford, Brophy & Castle (2012) viser hvordan psykiatere gjennom opplæring i recoverybaserte praksiser kan bidra til å fremme og støtte brukeres egne recoveryprosesser og opplevelse av livskvalitet. Forfatterne beskriver hvordan bruken av personer med egen erfaring med både psykiske vansker, og som erfaringskonsulent, var avgjørende for at opplæringsprogrammet ble omtalt som vellykket i betydningen av at psykiatere kunne bidra til å fremme håpet og relasjonens betydning i samarbeidet med brukerne.



Loyd & Carson (2012) presenterer en mindre studie med psykiatriske sykepleiere. På samme vis som over var opplæringens vellykkethet knyttet til involveringen av brukere og pårørende, både som deltagere og undervisere.

Gehart (2012 a, 2012 b) har gjennomført to studier knyttet til hvordan familieterapi og familieterapeuter kan utvikle og inngå i recoveryorienterte praksiser. Gerhart finner at mye av den postmoderne tradisjonen blant familieterapeuter med vekt på språk, relasjoner, kontekster og samarbeid kan knyttes an til en recoveryorientering. I opplæringsprogrammet for familieterapeuter vektlegges det hvordan de i samtaler med familier kan fremme recoverybaserte relasjoner og samarbeid, utforske muligheter i bedringsprosesser, planlegge og organisere disse samt bidra til at nødvendige ressurser kan benyttes i samarbeidet.

Razzano, Jonikas, Goelitz, Hamilton, Marvin, Jones-Martinez & Cook (2010) beskriver et studium gjennomført ved University of Illionis, Chicago's National Research and Training Center on Psychiatric Disability. Studieprogrammet er omtalt som REAP (Recovery Education in the Academy Program). Det akademiske (med studiepoeng) studieprogrammet har hatt over 1000 studenter fra studier som medisin, psykologi, sosialt arbeid, ergoterapeuter, ph.d.- og post doc-studenter og andre profesjoner og klinikere. Opplæring har bidratt til å integrere og implementere recoveryorientert forståelse og praksis både hos studenter og klinikere i en akademisk setting.

Konklusjon

Forskningslitteraturen som ligger til grunn for denne rapporten viser til at opplæringsprogrammer i recovery er organisert både som fellestilbud for brukere og ansatte, for den enkelte gruppe og de kan også rette seg mot spesifikke tjenester og profesjoner. I hovedsak er opplæringsprogrammene utviklet lokalt, noen steder også nasjonalt. Programmene er forankret i ulike perspektiver og modeller for recovery og dette avspeiler seg i programmenes innholdskomponenter og hva som skal vektlegges i opplæring, undervisning og veiledning. Det er i liten grad gjort evalueringsstudier av opplæringsprogrammer knyttet til hvilke forandringer de har bidratt med på individ- og tjenestenivå knyttet til ytterligere recoveryorientering av praksiser.

3.5. Finnes det i forskningslitteraturen eksempel på kartleggings- og evalueringsverktøy som kan fremme implementering av recoveryorientert praksis?

Innledning:

Det er viktig innledningsvis å nevne den gjennomgående og grunnleggende debatt *om* recovery kan og skal måles. Personens egne opplevelser av prosesser med recovery vektlegges i mange miljøer. Her problematiseres det utfordrende i å måle og evaluere førstepersonsperspektivet gjennom tradisjonelle objektive målestørrelser eller omtalt som «outcome measurements» (Lakemann, 2004; Meehan mfl., 2008; Olmos-Gallo & DeRoche, 2010; Slade, 2010; Smith-Merry mfl., 2011). Fordi recovery først og fremst må «måles» og evalueres av personen selv er en tradisjonell outcometilnærming irrelevant (Lakemann, 2004; Meehan mfl., 2008). Andre tenker at det er mulig å måle recovery objektivt (Andresen mfl., 2010; Olmos-Gallo & DeRoche, 2010; Wilryck mfl., 2011). Andre igjen mener det er mulig å gjøre begge deler og argumenterer for dette (Boutillier mfl., 2011; Lysaker mfl., 2009; Schrank mfl., 2013; Perkins & Slade, 2012; Slade, 2010). Vi vil la denne debatten ligge og ser det som sentralt å løfte frem ulike kartleggings-, måle- og evalueringsinstrumenter samt deres foki og metoder. Det er et meget stort antall verktøy som er utviklet de siste 15 årene (Burgess mfl., 2011). I denne omgang ønsker vi å tegne et kart over ulike verktøy som er i bruk. Først ved å vise til noen oversiktsartikler som angir antallet verktøy som er blitt identifisert, hvordan de kan grupperes og hvilke som kan omtales som sentrale gjennom å

Personens egne opplevelser av prosesser med recovery vektlegges i mange miljøer. Her problematiseres det utfordrende i å måle og evaluere førstepersonsperspektivet gjennom tradisjonelle objektive målestørrelser eller omtalt som «outcome measurements»

ha blitt evaluert som verktøy for kartlegging-, måling- og evaluering. Dernest vil vi beskrive et utvalg av kartleggings-, måle og evalueringsverktøy. Utvalget er gjort basert på at de ulike verktøyene vi omtaler er de som hyppigst blir nevnt i litteraturen som ligger til grunn for denne kunnskapssammenstillingen. Som det vil fremgå av denne beskrivelsen er det flere enn de som omtales som «godkjente» for bruk basert i de tre følgende oversiktsartiklene (Burgess mfl., 2011; Williams mfl., 2012; Schrank mfl., 2013).

Oversikt over kartleggings-, måle- og evalueringsinstrumenter

I en oversiktsartikkel fra 2011 finner Burgess mfl. i alt at det er 33 ulike instrumenter for karlegging-, evaluering og måling av recovery. Av disse er 22 utviklet for å kunne dekke karlegging-, evaluering og måling av recovery på individnivå. Forfatterne finner videre at det er 11 instrumenter som er utviklet for å kunne måle hvorvidt psykisk helsetjenestene tilbød recoveryorienterte praksiser. I en annen review fra 2012 finner Williams mfl. at det er 13 ulike målingsinstrumenter som fokuserer recoveryorienterte praksiser i psykisk helsetjenestene. Schrank mfl. (2013) viser til 13 instrumenter som måler recovery på individnivå basert på et sett av kriterier som forfatterne analyserte artiklene utfra (se nærmere neste avsnitt). På bakgrunn av disse systematiske oversiktsartiklene kan vi slå fast at det finnes en rekke instrumenter som har til hensikt å måle recovery på to områder: Recovery som personorientert og recovery som tjenesteorientert.

Grupper av kartleggings-, måle- og evalueringsinstrumenter

Recovery som personorientert

Som tidligere vist finner Burgess m.fl (2011) hele 22 instrumenter som tar sikte på å kartlegge, måle og evaluere personorientert recovery. De 22 instrumentene ble evaluert med ulike kriterier i relasjon til om de var utviklet til faktisk å måle personers recovery, ulike delmål som kan beskrive en personlig recovery, enkelt å bruke, hadde et brukerperspektiv m.m. I vurderingsprosessen av de 22 instrumenten basert på overnevnte kriterier ble 18 ekskludert. Den endelige analysen endte med at fire instrumenter ble akseptert som å kunne ivareta de oppsatte kriteriene; RAS – Recovery Assessment Scale, IMR – Illness Management and Recovery Scales, STORI-Stages of Recovery Instrument, RPI - Recovery Process Inventory.

Schrank mfl. (2013) identifiserte 13 ulike instrumenter som kunne måle personers recovery basert på 365 abstracter og 35 artikler. De fant at The Recovery Assessment Scale (RAS) var det mest publiserte instrumentet. De gjennomgikk alle de 13 instrumentene og analyserte dem i relasjon til et rammeverk omtalt som CHIME (Tilknytning, Håp, Identitet, Mening og Empowerment) og ni andre sentrale psykometriske verdier. Basert på dette fant de at bare The Questionnaire About the Process of Recovery (QPR) kunne måle alle de fem variablene i CHIME i et og samme instrument. De fant ingen instrumenter som kunne måle alle de ni psykometriske egenskapene. The Stages of Recovery Instrument kunne måle seks psykometriske egenskaper, The Maryland Assessment of Recovery målte fem og QPR og RAS målte fire. Forfatterne konkluderer med at intet instrument kan anbefales uten gitt begrensninger som vist over.

Om en sammenholder resultatene fra de to overnevte studier finner vi at ulike og antall kriterier er avgjørende for hvilke personorienterte verktøy som får godkjent karakter til å kunne brukes. Burgess mfl. (2011) finner fire aksepterte verktøy og Schrank mfl., 2013 finner et. Sammenholder man disse to studiene er det to verktøy som får høy anerkjennelse begge steder: 1. Recovery Assessment Scale - RAS, og 2. The Stages of Recovery Instrument - STORI.

Recovery som tjenesteorientert

Burgess mfl. (2011) fant 11 instrumenter som skulle måle om ulike psykisk helsetjenester er recoveryorienterte eller ikke. De fant at det var fire som tilfredsstilte de tidligere nevnte krav til vurdering: Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI), Recovery Self Assessment (RSA), Recovery Oriented Practices Index (ROPI) og Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS).

Williams mfl. (2012) finner 13 ulike instrumenter som skal kunne måle recovery som tjenesteorientert. De vurderer disse i relasjon til det overnevnte rammeverket CHIME og deres ulike psykometriske egenskaper. Forfatterne finner at ingen av de 13 oppfyller både CHIME og ulike psykometriske egenskaper samlet. Ingen oppfylte kravene knyttet til CHIME. Seks av instrumentene oppfylte kravene til psykometriske egenskaper. Det konkluderes med at det er en sentral utfordring å kunne utvikle instrumenter som faktisk kan måle om psykisk helsetjenester er recoveyorienterte eller ikke, både for praksis og i forskning.

Sentrale kartleggings-, måle- og evalueringsinstrumenter

I det følgende vil vi presentere noen sentrale kartleggings-, måle- og evalueringsinstrumenter i relasjon til oppdelingen i recovery som personorientert og recovery som tjenesteorientert. Begge komponenter omtales under hvert enkelt instrument. Vår fremstilling er basert på hvilke instrumenter vi finner mest omtalt i den litteraturstudien som ligger til grunn for denne rapporten. Det vil også bli referert til artikler hvor man kan lese mer om de ulike instrumentene. Vi har ikke gjort noen form for vurdering av instrumentene slik de overnevnte oversiktsartikler har gjort. Som det vil fremgå finnes det instrumenter som både vil måle recovery som personorientert og som tjenesteorientert og noen som bare måler et område. Fremstillingen er gjort alfabetisk:

Det konkluderes med at det er en sentral utfordring å kunne utvikle instrumenter som faktisk kan måle om psykisk helsetjenester er recoveyorienterte eller ikke, både for praksis og i forskning.

CRM – Collaborative Recovery Model er, som tidligere nevnt, utviklet både Canada og (Oades mfl., 2009) og i Australia (Oades mfl., 2005; Prabhu & Browne, 2007). Modellen har særlig vekt på å kunne måle recoveryorienterte tjenester. Modellen og instrumentene er utviklet i samarbeid mellom brukere og forskere. Resultatene bidrar til å gi respons til det aktuelle tjenestetilbudets status i forhold til recovery og mulige forbedringer og endringer (Marshal, Oades & Growe, 2010).

DREEM – Developing Recovery Enhancing Environments Measure. Dette er utviklet i England i 2004 og har ulike instrumenter som både måler personers egen prosess i recovery og hvordan ansatte og tjenester kan bidra i dette samarbeidet. Instrumentene brukes også i utvikling og planlegging av psykisk helsetjenester (Dinniss, Roberts, Hubbard, Hounsell & Webb, 2007; Ridgway & Press, 2004).

INSPIRE- er et instrument utviklet i forskningsprosjektet «Research into recovery and wellbeing» ledet av professor Mike Slade, Kings College, London (http://www.researchintorecovery.com/INSPIRE#s4). Det er utviklet i samarbeid mellom forskere og brukere og rettet mot evaluering av brukeres erfaringer med støtten de får fra psykisk helsearbeidere i deres recoveryprosess. Det har to seksjoner- støtte og relasjoner. *Støtte-delen* har 21 spørsmål rettet mot ulike livsområder og *Relasjons-delen* har fokus på forholdet og samarbeid mellom bruker og fagperson.

IMR – Illness Management and Recovery Scales. Dette er utviklet i USA i 2004 som en del av programmet IMR. Det har både en personorientert og en tjenesteorientert utgave. Siktemål for instrumentene er å fremme sykdomshåndtering og å fremme personens mål i egen recoveryprosess og hvordan, og om, klinikere bidra til disse to målsettingene (Farding, Lewander, Fredriksson & Melin, 2011; Hasson-Ohayon, Roe & Kravetz, 2007; Salerno, Margolies, Cleek, Pollock, Gopalan & Jackson, 2011; Saylers mfl., 2007; Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins & Boyle,2009; Salyers, McGuire, Rollins, Bond, Mueser & Macy, 2010; Whitley mfl., 2009).

MHRS – Mental Health Recovery Star er utviklet i England i 2008. Også kjent som STAR. Instrumentet søker å måle personens egen recovery basert i ti ulike dimensjoner som omsorg for seg selv, evne til å håndtere egne psykiske vansker, sosiale nettverk, livsutfordringer, arbeid m.m. Instrumentet utfylles i samarbeid mellom bruker og ansatt (Dickens, Weleminsky, Onifade & Sugarman, 2012; Killaspy, White, Taylor, & King, 2012).

POP – Peer Outcomes Protocol er utviklet i USA i 2004 med en rekke nye utgaver og versjoner særlig i UK. Hovedfokus i instrumentene er rettet mot i hvilken grad bruken av erfaringskonsulenter kan bidra til å

støtte og hjelpe personer egen recovery, hvordan ulike programmer og tjeneste tilbud ledet på basis av Peer Support innvirker både på recovery som person- og tjenesteorientert (Barlow mfl., 2010; Bologna & Pulice, 2011; Buckley mfl., 2007; Davidson mfl., 2006; Fukui mfl., 2010; Latimer mfl., 2011; Loumpa, 2012; Resnick & Rosenheck, 2008; Van Gestel-Timmermanns mfl., 2012; Walsh & Boyle, 2009).

QPR – The Process of Recovery Questionnaire er utviklet i England og er ment å kunne brukes både for brukere, klinikere og forskere. Det er en kort utgave med 22 spørsmål som er utviklet basert på 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. Utviklet i USA i 1995 og er blitt brukt til å evaluere en rekke programmer i recovery. Finnes både i en personorientert og tjenesteorientert utgave. Finnes også i to utgaver som en lang og en kort versjon. Den personorienterte fokuserer ulike aspekter ved håp og personens opplevelse av innflytelse og selvbestemmelse. Den tjenesteorienterte utgaven har som fokus om og i hvilken grad psykisk helsetjenestene bidrar til personers recovery knyttet til områder som mål for livet, involvering, mangfold i tilbud, muligheter til valg og personorientering. Det finnes videre skjemaer som retter seg mot familiemedlemmer, klinikere og ledere (Corrigan, Larson, Rusch, Corrigan , 2009; Lavin & Ryan, 2012; Law, Morrison, Byrne & Hodson, 2012; McNaught, Caputi, Oades & Deane, 2007; O'Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005).

RPI – Recovery Process Inventory er utviklet i USA i 2006 og har brukerens perspektiv i fokus knyttet til områder som livsmål, håp, hjelp og støtte fra seg selv og andre og livssituasjon (Jerrell, Cousins & Roberts, 2006).

SRI – The Scottish Recovery Indicator. Som tidligere nevnt består den skotske recoverymodellen av fire komponenter eller teknologier i sammenheng for å fremme recovery både som person- og tjenesteorientert: Recovery Narratives, SRI, WRAP og Peer Support. (Smith-Merry mfl., 2011). Gjennom disse tilnærmingene vurderes og utvikles person- og tjenesteorientert recovery i møter med skotske brukeres erfaringer.

STORI – Stages of Recovery Instrument. Er utviklet i Australia i 2006 og finnes i en rekke og ulike utgaver. Den definerer ulike steg i en persons recovery. Disse stegene er operasjonalisert i ulike variabler som vurderes av personen selv (Andresen mfl., 2006; Weeks, Slade & Hayward, 2011; Wolstencroft, Oades, Caputi & Andresen, 2010).

WERP og WMR - Wellness Enhancement Recovery Program og Wellness Mangement Recovery er begge videreutviklinger av IMR. De inneholder verktøy som har beholdt deler av IMR innen psykoedukasjon og symptommestring, og har styrket områder som fokus på håp, ressursorientering og sosiale relasjoner (Tierney & Kane, 2011; Rychener mfl., 2009).

WRAP – the Wellness Recovery Action Plan brukes i mange internasjonale praksiser. WRAP ble utviklet av personer med egenerfaring sammen med klinikere. Det identifiseres fem områder som er nødvendig for recovery: håp, personlig ansvar, utdanning, kunne fremme sin sak (self-advocacy) og støtte. WRAP defineres som en arbeids- og recoverymodell som er utviklet for å sikre helse og velvære, redusere symptom og plager, styrke egen rolle og eget ansvar og bedre livskvaliteten. WRAP er også blitt brukt i som en av fire tilnærminger i den skotske utviklingen av recovery og opplæringsprogrammer (Smith-Merry mfl., 2011). De finner at WRAP hadde en avgjørende betydning for brukere og ansatte i sin opplæring til recoveryorienterte praksiser (Doughty, Tse, Duncan & McIntyre, 2008; http://www.mentalhealthrecovery.com/wrap/; Oshodi & Rush, 2011; Scott & Wilson, 2011).

Konklusjon

Kunnskapssammenstillingen viser til sentrale utfordringer knyttet til å utvikle kartleggings-, evaluerings- og måleverktøy. En utfordring handler om å kunne ivareta recovery som en personlig prosess med lokal og kontekstuell forankring i relasjon til å utvikle kartleggings- evaluerings- og måleverktøy som er universelle, generelle og uavhengige av lokal og kontekstuell forankring. Samtidig finnes i forskningslitteraturen en rekke

eksempel på kartleggings-, evaluerings- og måleverktøy som kan fremme implementering av recoveryorientert praksiser. Det finnes to hovedgrupper av verktøy. En gruppe som er orientert mot recovery som personorientert, og en annen mot recovery som tjenesteorientert. Det finnes instrumenter som er utviklet for å måle det første eller det andre området, og det finnes instrumenter som måler begge. Alle former for verktøy er utviklet i tråd med modellen eller opplæringsprogrammet som ligger til grunn for de aktuelle recoveryorienterte praksisene. Det er gjort studier som evaluerer ulike utgaver av kartleggings-, evaluerings- og måleverktøy basert på grunnleggende begreper i recovery og psykometriske egenskaper. De verktøyene som fremheves 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.

Det finnes to hovedgrupper av verktøy. En gruppe som er orientert mot recovery som personorientert, og en annen mot recovery som tjenesteorientert.



Å HA ARBEID, å ha et hjem, å trene, å ha kontroll på symptomer, å redusere medisiner med bivirkninger og å trives kan være recovery-mål.

4 Avsluttende konklusjon

På bakgrunn av denne kunnskapssammenstillingen om recoveryorienterte praksiser er det mulig å utvikle en foreløpig konklusjon. Et første poeng er at vi bruker *praksiser* i flertallsform. Det gjør vi for å løfte frem at det finnes svært ulike og uensartede praksiser i psykisk helsefeltet som omtales og omtaler seg selv som recoveryorienterte. Det foreligger ingen fellesstandarder eller en type praksis som kan defineres som recoveryorientert. Derimot finnes det et mangfold og de er høyst forskjellige både med hensyn til innhold og utforming. Kunnskapssammenstillingen gir slik sett heller intet belegg for å hevde at det finnes en evidensbasert praksis. Dette kan begrunnes med at det er høyst ulike syn på hvordan begrepet recovery kan defineres og avgrenses så vel som hva som kan anses å være evident kunnskap om recovery. I litteraturen finnes en rekke diskusjoner om sammenhenger mellom recovery og evidens, og flere argumenterer for at forholdet mellom de to hverken er motsetningsfulle eller enkle. I relasjon til recovery understrekes behovet for å utvide evidensforståelsen til i langt større grad å inkludere de personlige erfaringer med hva som hjelper. Videre diskuteres ulike måter å knytte recovery og evidensbasert praksis sammen (Torrey, Rapp, Van Tosh, McNabb & Ralph, 2005; Davidson, Drake, Schmuttle, Dinzeo, Andres- Hyman, 2009; Gordon & Ellis, 2013). I mye av litteraturen om evidens, tjenesteutvikling og forskning, problematiseres mangelen på en entydig definisjon av begrepet recovery, og hva som er de sentrale kjennetegn ved recoveryorienterte og praksiser. Kunnskapssammenstillingen viser at begrepet og innholdet i recovery har endret seg siden det gjorde sitt inntog i psykisk helsefeltet. Recovery ble først forstått og vektlagt som en personlig prosess for den personen som hadde psykiske helsevansker. Denne ble videreutviklet til å forstå recovery som en sosial prosess hvor person og personens recoveryarbeid ble sett i relasjon til de kontekstuelle livs- og miljøbetingelser. Den tredje forståelsen vektlegger recovery som et objektivt mål eller som et resultat. Forskjellene i hva man vektlegger av disse tre har skapt ulike tradisjoner både når det gjelder modeller, praksiser, opplæringsprogrammer og kartleggings-, evaluerings- og måleverktøy.

Litteraturgjennomgangen viser også at recovery er et sentralt politisk tema særlig i den vestlige del av verden i relasjon til utvikling og endring av de psykiske helsetjenestene. Det har utviklet seg gjennom snart 30 år i ulike utgaver og med ulik tyngde. Den politiske prosessen er ofte den samme. Politiske myndigheter vedtar grunnlagsdokumenter for recovery som så skal implementeres i kliniske praksiser hvor fagfolk ofte har et tveegget forhold både til implementering og endring av egne praksiser. Samtidig viser kunnskapssammenstillingen at de steder de erfarer at endringsarbeidet knyttet til å utvikle recoveryorienterte praksiser har gått bra, oftest er basert på et arbeid nedenfra og opp. Grunnleggende her er at det har vært et samarbeid mellom brukere, ansatte, pårørende og forskere fra første dag. I en felles kontekst har man startet med å utvikle en felles forståelse for hvordan begrepet recovery skal forstås. Videre igjen hvilke kunnskapsformer som skal legges til grunn, og hvordan de skal utvikles og forskes om og med. Videre hvordan kunnskapene skal tas i bruk i samarbeidet mellom brukere, pårørende og ansatte i recoveryorienterte praksiser. Siden recovery handler om å få et godt liv, har det også vært lagt stor vekt på arbeid med og i lokalmiljøet og de nødvendige sosiale og materielle betingelser. Det finnes flere gode eksempler på slikt endringssamarbeid fra Skottland, England, USA og Australia.

> Kunnskapssammenstillingen viser at begrepet og innholdet i recovery har endret seg siden det gjorde sitt inntog i psykisk helsefeltet.

Litteraturgjennomgangen viser at det finnes sammenhenger mellom hvordan man definerer recovery, hvilken recoverymodell som legges til grunn, kunnskapssyn og fagpersonroller og de opplæringsprogrammer og kartleggings-, evaluerings- og måleverktøy som utvikles. Kunnskapssammenstilling dokumenterer at det finnes opplæringsprogrammer som både har brukere og ansatte som målgruppe, bare bruker, bare ansatte og oppdelt i profesjonsgrupper. Det finnes langt flere kartleggings-, evaluerings- og måleverktøy som søker å fange

recovery som personorientert og ditto som tjenesteorienterte. Samtidig viser litteraturgjennomgangen at det også er store ideologiske skiller innen den store «recoveryfamilien». Både forstått som hva recovery *er*, hvordan utvikle kunnskap om recovery og recoveryorienterte praksiser og om recovery kan og skal måles. Det er grunn til å spørre: hvis recovery defineres som et entydig og objektivt forhold og kan måles som andre tilnærminger i psykiske feltet, hva er så det unike og nye? Hva er forskjellen mellom det som oppfattes som «standard praksis» og recovery?

I deler av recoveryfeltet fremholdes at recoveryperspektivet innebærer et paradigmeskifte fra patologi til en grunnlagsforståelse av at mennesker med psykiske helseproblemer kommer seg, og at en støttende sosial og kulturell kontekst er viktig for bedringsprosessen. Recoveryorienterte psykisk helse- og velferdstjenester vektlegger håp og tro på personens ressurser og potensialer, på personens muligheter til et liv utenfor de psykiske helseproblemer og likeverd og samarbeid. Her problematiseres standardiserte

I deler av recoveryfeltet fremholdes at recoveryperspektivet innebærer et paradigmeskifte fra patologi til en grunnlagsforståelse av at mennesker med psykiske helseproblemer kommer seg, og at en støttende sosial og kulturell kontekst er viktig for bedringsprosessen.



FAMILIETERAPI OG RECOVERY: I opplæringsprogrammet for familieterapeuter vektlegges det hvordan de i samtaler med familier kan fremme recoverybaserte relasjoner og samarbeid.

behandlingsmodeller med evaluerings- og kartleggingsinstrumenter som måler bedring og endring gjennom eksterne kriterier. I slike kontekster er målene og områdene definert av andre, ofte inspirert av biomedisinske tradisjoner og gjerne med helsetjenestens ideer om hva et godt resultat og et «riktig» mål er.
Denne kunnskapssammenstillingen gir noen svar og peker på en rekke problemstillinger knyttet til recovery. Problemstillinger som er gjenkjennbare fra andre utviklingsområder innen psykisk helsefeltet. Avslutningsvis er det viktig å minne om tre forhold. *For det første* er det mange sentrale verdier, perspektiver og prinsipper innen recovery som er sammenfallende eller beslektet med andre begrep og perspektiver som er velkjent i norske kontekster. Dette er forhold som har vært vektlagt i flere politiske dokumenter og strategier. *For det andre* er det grunn til å minne om at det innen recovery, som i andre sammenhenger, er nødvendig å presisere hva man mener med begrepene som brukes. Begrep må sees i relasjon til kontekster og posisjoner og man må ha for øye hvilke konsekvenser forståelsen kan ha for kunnskapsutvikling og praksiser innen psykisk helsearbeid. *For det tredje* er det viktig å understreke den mulighet recovery representerer. En betydelig del av forskningen det vises til i denne rapporten, poengterer at recovery som begrep og perspektiver er basert i erfaringskunnskapen til mennesker som har opplevd psykiske problemer. Mange av de praksiser det vises til er utviklet i samarbeid mellom fagpersoner, brukere og pårørende. Kartleggings- og evalueringsverktøy og opplæringsprogram er også basert i erfaringskunnskap og i et samarbeid mellom ulike parter i psykisk helsefeltet. Recovery-kunnskapen og praksisene kan inspirere og bidra til å bevege oss fra gode intensjoner om anerkjennelse av et videre kunnskapsgrunnlag, til å gjøre det. Her finnes eksempler og strategier. Vi som har arbeidet med denne rapporten håper riktig mange lar seg inspirere.



RIKTIG Å MÅLE? Det er store ideologiske skiller innen «recoveryfamilien». Både forstått som hva recovery er, hvordan utvikle kunnskap om recovery og recoveryorienterte praksiser og om recovery kan og skal måles.

Referanser

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

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

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 Well-Being*, 5(1), doi: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: doi:10.1080/09638230400006809

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.

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 **a**nd 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
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: doi: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://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@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 libertanan 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 Mangement
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
Gerhart, 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.
Gerhart, 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 radomized 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). Återhämtning, 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 involvmentin mental health nursing. *Nursing Education Today*, 32, 2, pp. 151-155.
Lysaker, P., Lintner, J., Luedtke, B. & Buck, K. (2009): Quantative 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 SEPREP,* 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
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.
Saylers, 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.2013.05.011Scott, **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
Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. London: Routledge.
Sheperd, 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 Helath 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

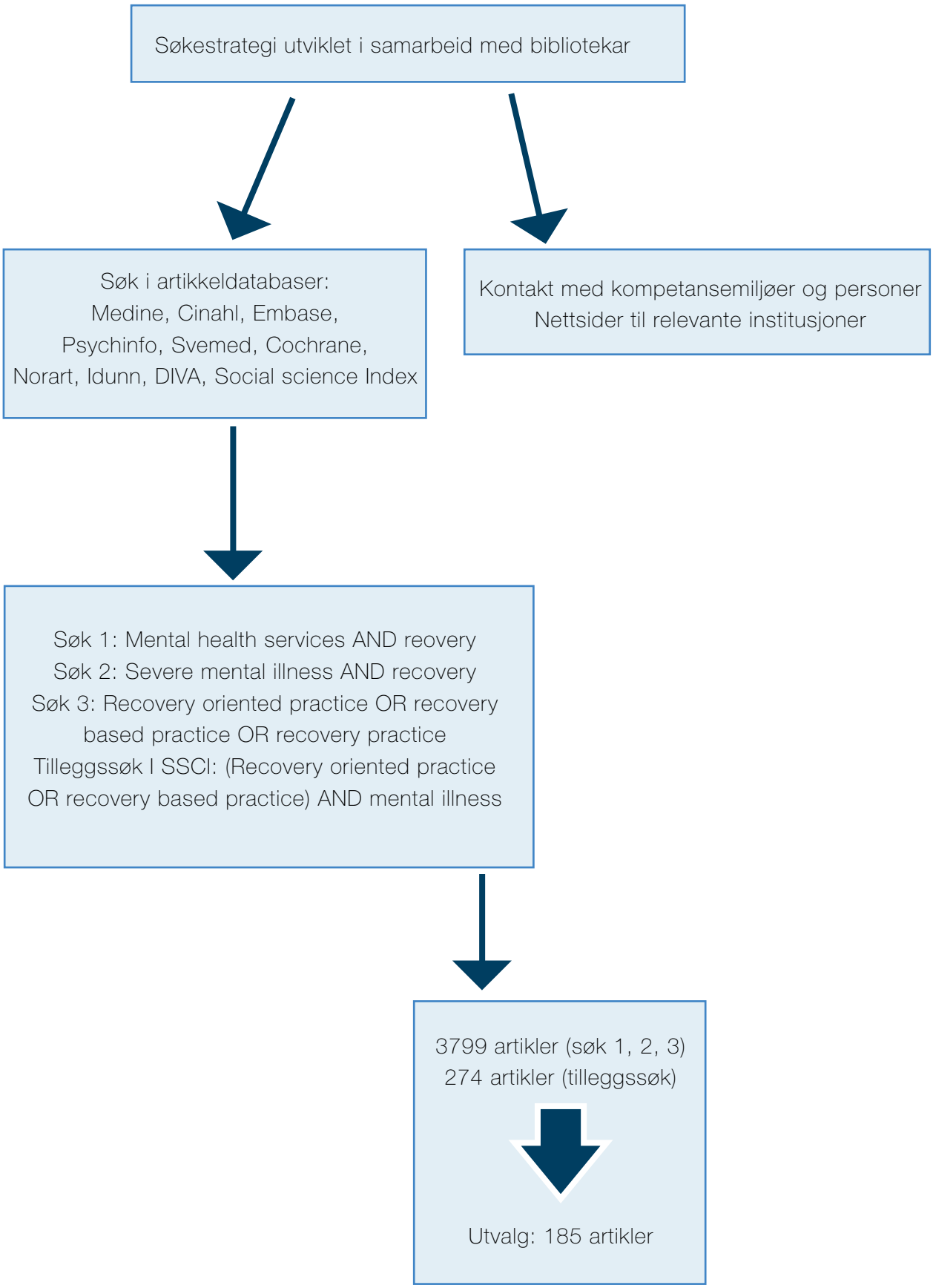
Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., & Mueser, K. T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychiatric Services,* 60(2), 202-209. doi: 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.

Vitenskapelige fagbøker

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., Staeheli Lawless, M., O'Conell, 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 psychosociale 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. *Broadeing 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.

Vedlegg 1

Oversikt over litteratursøk



Vedlegg 2

Detaljert søkestrategi

Søk 1:

Medline, Embase, Swemed, Cochrane, Cinahl, DIVA* Norart**	**PsychInfo**
1. mental health services.mp. or exp Mental Health Services/	1. mental health services.mp. or exp Mental Health Services/
2. mental health service*.tw.	2. exp «Recovery (Disorders)»/ or recovery.mp.
3. 1 or 2	3. mental health service*.tw.
4. recover*.tw.	4. 1 or 3
5. 3 and 4	5. recover*.mp.
	6. 2 or 5
	7. 4 and 6

***DIVA kun søkt med tekstord **Norart kun søkt med tekstord**

Søk 2:

Medline, Embase, Swemed, Idunn, DIVA*, Cinahl, Cochrane, Norart	**PsychInfo**
1. severe mental illness*.tw.	1. severe mental illness.mp.
2. recover*.tw.	2. recover*.tw.
3. 1 and 2	3. exp «Recovery (Disorders)»/
	4. 2 or 3
	5. 1and 4

***DIVA kun søkt med tekstord**

Søk 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

Tilleggssøk i Social Science Citation Index (SSCI):

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

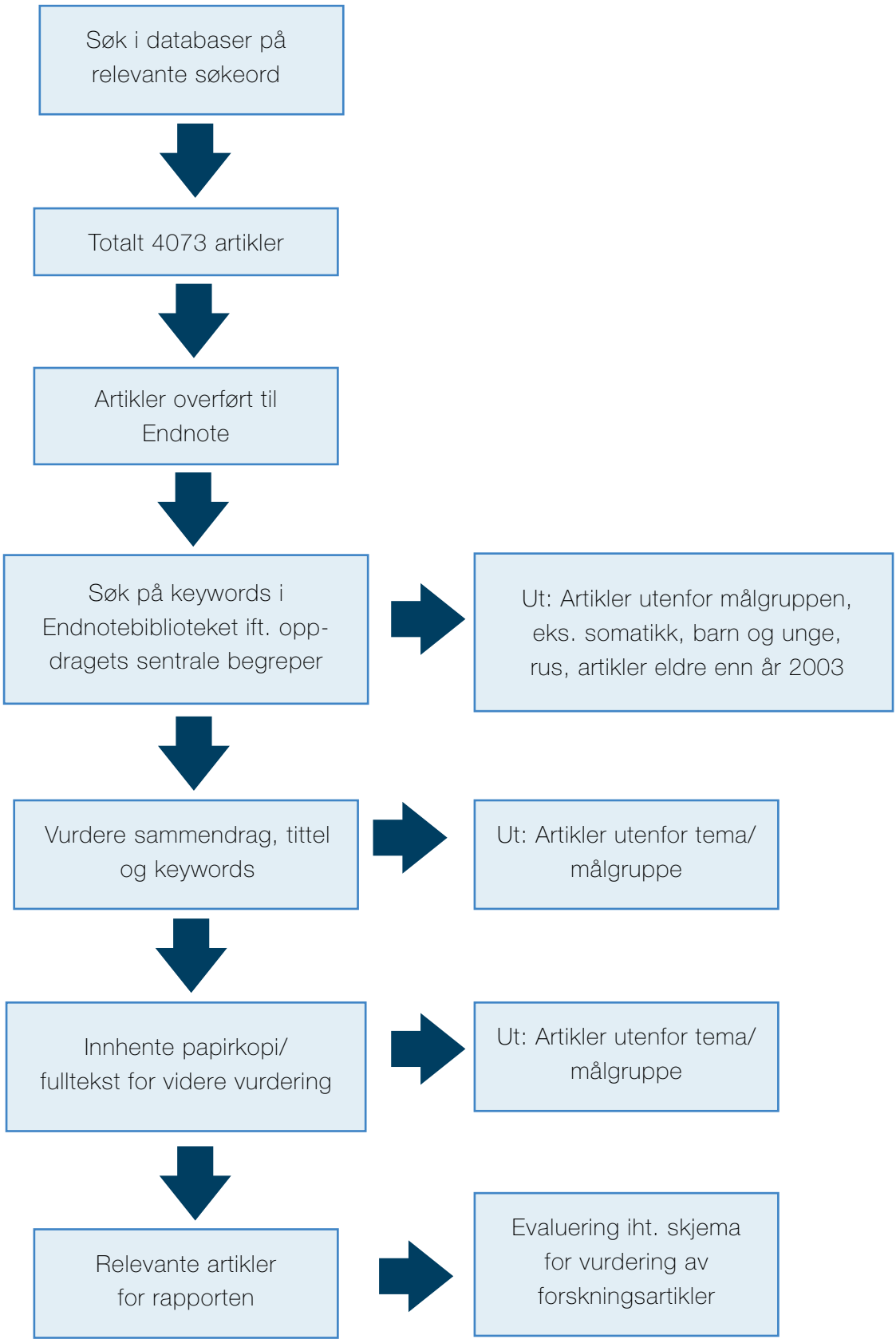
Søk på norske termer:

Norart og Idunn ble søkt i med både norske og engelske emneord trunkert

Norart: (Recover* OR bedring*) AND (mental* OR psykisk*) = 26 treff
Idunn : (Recover* OR bedring*) AND (mental* OR psykisk*) = 73 treff

Vedlegg 3

Arbeidsprosess - Utvalg



© 2013 NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – en avdeling i NTNU Samfunnsforskning AS
7491 Trondheim
Telefon: 73 59 00 60 • E-post: kontakt@napha.no
Nettsider: **www.napha.no** (hjemmeside) og **www.psykiskhelsearbeid.no** (kunnskapsbase)
E-post forfattere: marit.borg@hibu.no og bengt.karlsson@hibu.no
Temaheftet kan bestilles via e-post: kontakt@napha.no eller lastes ned via www.psykiskhelsearbeid.no

NAPHA samarbeider med sentrale FoU-miljøer om å oppsummere forskningsbasert kunnskap om aktuelle temaer med relevans for det psykiske helsearbeidet. Denne rapporten er en oppsummering av forskning innen recoveryorienterte praksiser. Utgivelsen er en del av NAPHAs satsing på å styrke den forskningsbaserte kunnskapen, og å gjøre den mer tilgjengelig og brukt i det kommunale psykiske helsearbeidet.

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

HØGSKOLEN
i Buskerud